



O IMPACTO DA ILEGALIDADE DO ABORTO NA SAÚDE DAS MULHERES E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CINCO ESTADOS BRASILEIROS: SUBSÍDIOS PARA O DEBATE POLÍTICO

Autora¹, Maria Beatriz Galli

Co-autora², Ana Paula de Andrade Lima Viana

Resumo

Este trabalho apresenta os resultados do levantamento realizado nos estados de Pernambuco, Bahia, Paraíba, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul. O estudo teve como objetivo levantar dados e informações sobre a realidade e a magnitude do abortamento inseguro e o impacto da ilegalidade do abortamento na qualidade da assistência, na saúde das mulheres e no sistema de saúde. O trabalho visa subsidiar e aprofundar o debate político e midiático sobre uma eventual proposta legislativa de revisão da atual legislação penal sobre o aborto no Brasil. A pesquisa foi realizada em maternidades públicas das capitais e municípios do interior dos estados com maior número de internações por complicações de abortamento. A partir das falas das mulheres e dos profissionais de saúde, foi construído um panorama sobre a qualidade da assistência nos estados pesquisados. Outras fontes de informação foram baseadas nos dados sobre custos, número de internações por causas obstétricas contidos no Sistema de Informação em Saúde/SUS (DATASUS), relatórios dos comitês de mortalidade materna ou relatórios fornecidos pelas secretarias estaduais de saúde, quando disponíveis.

Palavras-chave: mortalidade maternal, aborto inseguro, direitos humanos, discriminação, estigma.

Contexto Político

No âmbito do Poder Legislativo, o tema do aborto esteve em debate na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados, através do Projeto de Lei (PL) No.

¹ Maria Beatriz Galli, Advogada, mestre em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Toronto e membro do CLADEM Brasil – Comitê Latino Americano e do Caribe pelos Direitos da Mulher, consultora do Ipas Brasil/RJ, gallib@ipas.org

² Paula Viana, Enfermeira, Grupo Curumim – Recife /PE, paulaviana@grupocurumim.org.br



1.135 de 1991, que descriminaliza o aborto. O projeto foi objeto de três audiências públicas em 2007 que tiveram o objetivo de convidar especialistas de várias áreas a trazerem subsídios, argumentos e dados para fornecer os elementos necessários ao deputado relator do projeto para a formulação de seu parecer. (GALLI, B. & SYDOW, E., 2009) O espaço legislativo mostra-se atualmente como uma arena de constante tensão e ameaças aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Além dos índices de morbi-mortalidade por aborto inseguro, este estudo, apresenta dados sobre a qualidade do atendimento as mulheres em situação de abortamento, atendidas no sistema público de saúde (SUS) considerando como categorias de análise as assimetrias de gênero, de condição sócia econômica como parte da realidade em um contexto de estigma associado a ilegalidade e criminalização do aborto.

Parte-se da premissa de que as ações nos serviços públicos de saúde devem atender ao que recomenda a Norma Técnica do Técnica para Atenção Humanizada às Mulheres em Abortamento (Ministério da Saúde, 2005) e os documento internacionais de direitos humanos relacionados a saúde sexual e reprodutiva e nos tratados internacionais de direitos humanos dos quais o governo brasileiro é signatário. As políticas públicas devem ser norteadas pelas diretrizes estabelecidas na *Conferência Internacional de População e Desenvolvimento*, realizada no Cairo em 1994; e na *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*, em Beijing na China em 1995, que foram marcos para a afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos. Os documentos internacionais originados nestas conferências são diretrizes para ações governamentais na área da saúde sexual e reprodutiva. O governo brasileiro, quando assinou tais documentos, passou a assumir um compromisso político de alcançar as metas ali previstas. O parágrafo 106 K da Plataforma de Ação de Beijing, de 1995, dispõe que “os governos devem considerar revisarem as leis que contém medidas punitivas contra mulheres que realizaram abortos ilegais”.

Aborto Inseguro, morbidade e mortalidade materna³

O Código Penal datado de 1940 estabelece que o aborto não seja punível em dois casos específicos: risco de vida para a mulher e em caso de estupro, conforme dispõe o artigo 128, incisos I e II. Mesmo nesses casos, as mulheres ainda encontram dificuldades de acesso ao aborto previsto em lei.

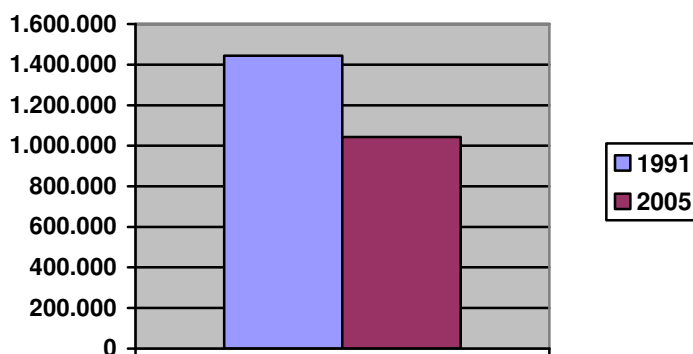
³ A organização Mundial de Saúde define abortamento inseguro como o procedimento para interromper a gestação não desejada realizado por pessoas sem as habilidades necessárias ou em ambiente que não cumpra com os mínimos requisitos médicos, ou ambas as condições.



Evidências científicas comprovam que o abortamento representa um grave problema de saúde pública e de justiça social, de grande amplitude e com complexa cadeia de aspectos envolvendo questões políticas, legais, econômicas, sociais e psicológicas. Um reflexo disso é que, enquanto o número de abortos inseguros na Europa Ocidental é próximo a zero, na América do Sul esta estimativa chega a três milhões (Cook, Dickens & Fathalla, 2004).

A condição de clandestinidade do aborto no Brasil dificulta a definição de sua real dimensão e da complexidade de aspectos que envolvem questões legais, econômicas, sociais e psicológicas, impactando diretamente na vida e na autonomia das mulheres. As mortes maternas, que tem como causa complicações decorrentes de abortamento, apresentam, ainda, maiores dificuldades de informação e registro como tal, no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde. A condição de ilegalidade do aborto contribui para a ocultação dessa causa específica de morte relacionada à gravidez, que por vezes é mascarada por infecções ou hemorragias, ou entre “óbitos por causas mal definidas”(SORRENTINO, 2005). No entanto, a partir de estimativas, é possível projetar sua magnitude frente aos serviços públicos de saúde. Estima-se que ocorram anualmente no Brasil entre 729 mil e 1,25 milhão de abortamentos inseguros, de acordo com os resultados da pesquisa *Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social*, (MONTEIRO, 2008).

Estimativa de abortamentos inseguros:



Fonte: Alan Guttmacher Institute, IPAS-Brasil e Instituto de Medicina Social da UERJ

Pesquisa nacional recente sobre o aborto realizada em todos os Estados com 2.002 mulheres, de 18 a 39 anos, revelou o perfil da mulher que interrompe a gravidez: casada, tem filhos, religião e pertence a todas classes sociais. Das mulheres entrevistadas, 15% declararam que já fizeram pelo menos um aborto. Projetado sobre a população feminina do País nessa faixa etária, que é de 35,6



milhões, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esse número representaria 5,3 milhões de mulheres.

No Brasil, o aborto é uma questão de saúde pública, penalizando mais severamente as mulheres negras, pobres e jovens que acessam os serviços públicos de saúde para finalizar um aborto iniciado em condições inseguras. No levantamento no estado da Pernambuco, Paraíba, Bahia e Rio de Janeiro, observa-se que o acesso à atenção pós-abortamento nos serviços públicos de saúde é majoritariamente de mulheres negras (pretas e pardas), o que aponta maior vulnerabilidade das mulheres negras à má qualidade da atenção (MARTINS, 2001).

Os abortamentos inseguros acontecem, na maioria das vezes, através de procedimentos realizados sem assistência adequada, sem nenhuma segurança e em ambientes sem os mínimos padrões sanitários, com possibilidades de complicações pós-aborto, como hemorragia, infecção, infertilidade e/ou morte.

É sabido que a criminalização e as leis restritivas não levam à eliminação ou redução de abortos provocados, além de aumentarem consideravelmente os riscos de morbidade feminina e de mortalidade materna. O abortamento inseguro representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Pesquisa realizada por Laurenti *et al* (2003), em todas as capitais e no Distrito Federal, permitiu a identificação de fator de correção de 1,4 a ser aplicado à razão de mortes maternas, evidenciando valor corrigido de 74 óbitos/100.000 nascidos vivos no país, diferentemente do que ocorre em alguns países onde o aborto está previsto na lei e a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por esta causa é reduzida ou inexistente.

Estima-se que não tem havido avanços nos últimos anos em relação ao declínio da mortalidade materna. Nem mesmo onde existem os melhores comitês de mortalidade materna, como no Paraná e em São Paulo, não se verifica diminuição.⁴ Conforme afirmou Tânia Lago, se comparados por região, de 1996 a 2006 (melhores dados de nascidos vivos por região), são duas regiões em que a mortalidade materna aumenta: Nordeste e Centro-Oeste (só em Pernambuco e Ceará não ocorre elevação no NE).⁵

Dados do DATASUS demonstram que a curetagem pós-abortamento (CPA) é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nos serviços públicos de saúde do país, ocorrendo cerca de 230 mil internações por ano para tratamento das complicações de aborto.

⁴ Taxa média quinquenal de mortalidade materna, Brasil 1996-2000 e 2000-2006. Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. SIM, Tabnet (acesso em 25/05/2009). Fonte: Relatório do Seminário Mortalidade Materna e Direitos Humanos no Brasil, Comissão Cidadania e Reprodução, maio de 2009.

⁵ Idem



A Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)⁶ é um procedimento recomendado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, pela Organização Mundial da Saúde e instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil como o mais eficaz e humanizado para tratamento do abortamento incompleto (Portarias nº 569/2000 e nº 48/2001⁷), exigindo menor tempo de internação, com menores riscos para as mulheres, a um custo médio de R\$ 129,57 por internação. Comparativamente, a CPA tem um custo médio de R\$ 189,95⁸, obrigando a mulher a permanecer por mais tempo no serviço, longe da família, o que onera o SUS com a ocupação desnecessária do leito. Em todos os cinco estados estudados, foi possível constatar que a CPA é majoritariamente utilizada ao invés da AMIU, com aumento dos riscos de agravos e o tempo de internação das mulheres.

Sabe-se que o impacto da ilegalidade atinge as mulheres de forma desigual: há regiões no país em que as taxas de mortalidade materna são mais altas, como no Norte, no Nordeste e no Centro-Oeste. Além disso, sabe-se que existem grupos de mulheres com maior vulnerabilidade socioeconômica, visto que nas faixas menos favorecidas há um risco maior de mortalidade materna por aborto inseguro. E parte-se do pressuposto de que existe então uma relação direta entre a restrição legal em relação ao aborto, o alto número de mortes maternas e as seqüelas em decorrência desse aborto. (Comissão Parlamentar de Inquérito, 2001)

A metodologia para pesquisa de dados e coleta de informações compreendeu três fases: o levantamento de dados no SUS, em bancos de dados locais, relatórios dos comitês de mortalidade materna, publicações e sites; as visitas realizadas aos serviços de saúde nos municípios e as entrevistas informais roteirizadas com profissionais e usuárias.

Os entrevistados foram selecionados de maneira a contemplar todos os sujeitos sociais envolvidos com questões levantadas neste levantamento. Gestores públicos que puderam fornecer informações sobre os serviços, profissionais de saúde, médicos (as) e enfermeiros (as), que atuam nos serviços e se relacionam diretamente com as mulheres que procuram e precisam dos serviços.

⁶ Procedimento que utiliza cânulas de Karman, com diâmetros variáveis de 4 a 12mm, acopladas à seringa com vácuo, retira os restos ovulares por meio da raspagem da cavidade uterina por aspiração.

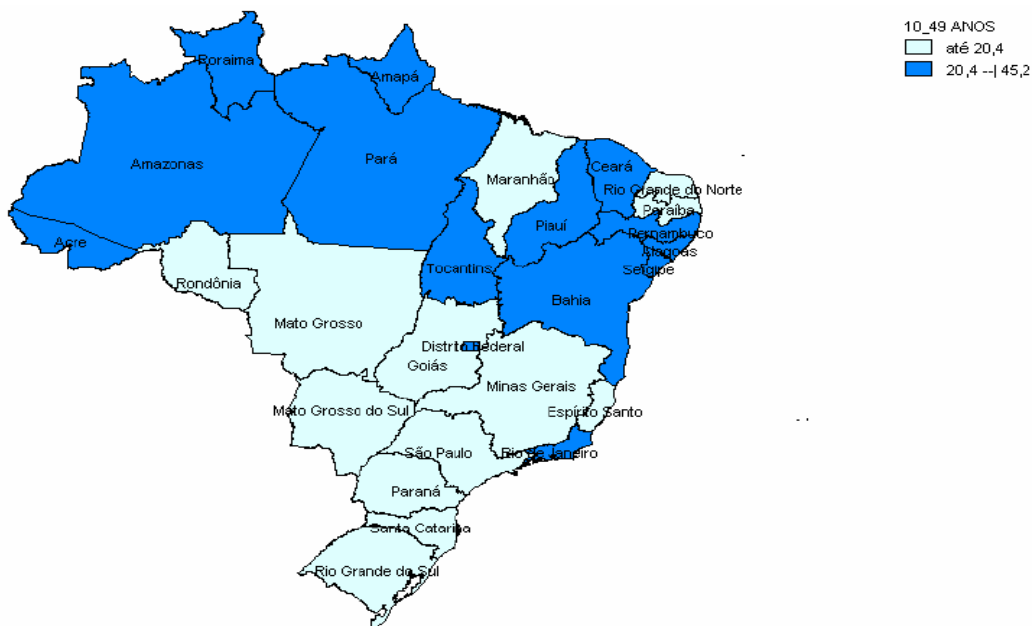
⁷ A portaria 569/200 institui a AMIU como o procedimento mais humanizado eficaz para tratamento do abortamento incompleto e a portaria 48/2001 define como o procedimento de menor tempo de internação.

⁸ Banco de Dados do DATASUS/ MS – Sistema de Informação em Saúde / SUS



Dados obtidos nos estados

Dados elaborados a partir de estudos realizados pelo pesquisador Mario Monteiro (Instituto de Medicina Social da UERJ) sobre o abortamento nos estados de Pernambuco, Bahia, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e Paraíba também auxiliaram na construção desta análise. As informações coletadas no site DATASUS nos permitiram chegar ao índice de abortamentos por cidade de cada estado, calculado em uma proporção de números de abortamentos e número de habitantes femininas. Segundo pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ e IPAS-Brasil, a distribuição dos riscos de abortamento induzido por Unidades da Federação mostra uma desigualdade marcante. Nos estados das Regiões Sudeste (menos Rio de Janeiro), Sul e Centro-Oeste (menos o Distrito Federal) apresentam taxas inferiores 20,4 abortamentos para cada grupo de 1000 mulheres de 10 a 49 anos. Nos Estados do Norte (menos Rondônia) e Nordeste (menos Rio Grande do Norte e Paraíba) estas taxas são maiores que 21,1/1000 (Estado do Rio de Janeiro) e chegam a mais de 40 abortamentos por 1000 mulheres de 10 a 49 anos nos Estados do Acre e Amapá.



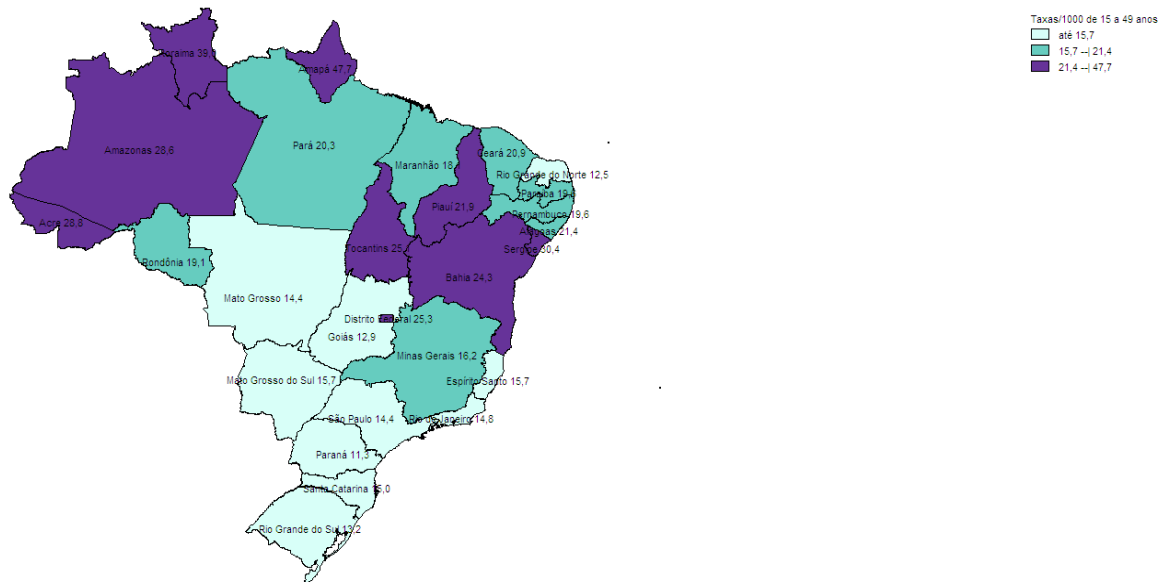
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS(SIH/SUS)

A ilegalidade do aborto leva a uma subnotificação e subregistro das informações relacionadas ao abortamento no SUS. A sub-informação nos registros da evolução da internação acarreta erros no desenho do perfil epidemiológico da mortalidade materna por abortamento,

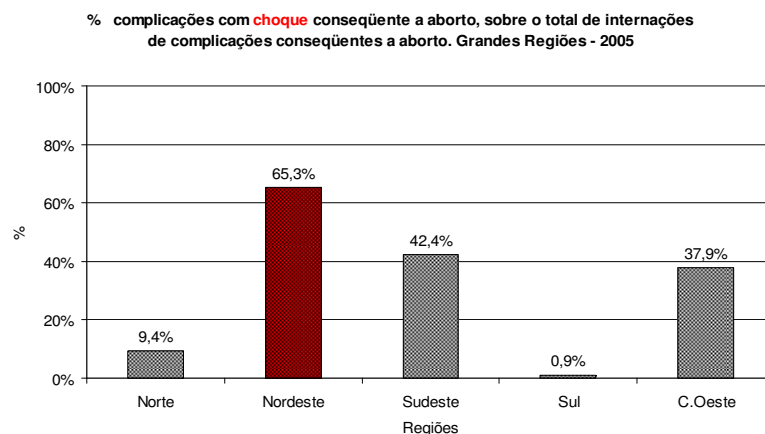


mascara a realidade dos serviços e a qualidade da atenção recebida pelas mulheres.(GALLI, B., MONTEIRO, M., VIANA, P. & MELO, N., 2008).

Mapa 1: Estimativa das taxas anuais de aborto induzido por 1000 mulheres de 15 a 49 anos



Ainda segundo Mario Monteiro, entre as complicações de aborto, o choque é o mais grave, e representa cerca de 2/3 das internações por complicações de aborto na região Nordeste, enquanto na região Sul é de apenas 1%, demonstrando que o choque pode ser evitado e a sua participação nas complicações do aborto deveria ser reduzida.



Alguns aspectos levantados nas entrevistas relacionados à falta de qualidade na assistência prestada às mulheres em situação de abortamento



A ilegalidade tem impacto no acesso, na falta de privacidade, e interfere na qualidade da assistência às mulheres em situação de abortamento. Pode traduzir-se a falta de qualidade e a discriminação na assistência, nos cinco estados pesquisados pelo retardo do atendimento, jejum prolongado, sensação de isolamento, falta de comunicação sobre o que estaria se passando, falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas, na maioria dos relatos das mulheres entrevistadas.

“[...]Não tive acompanhante. Tive acusante. Só isso[...]” (Usuária,, MS)

Constata-se que o estigma do aborto, conseqüência da sua ilegalidade, faz com que as mulheres enfrentem uma freqüente e violenta discriminação e violação de seus direitos, quando recorrem aos serviços, além do fato de estarem expostas ao risco de morbidade e mortalidade por complicações do aborto inseguro. A ilegalidade do aborto contribui para a dificuldade de se estabelecer uma relação de confiança entre a paciente e o profissional de saúde, que trabalha sem segurança quanto ao diagnóstico e ao tratamento adequado.

Existe desconhecimento por parte dos profissionais da saúde sobre o marco legal, sobre o tipo de conduta ético-profissional para os casos de aborto, na maior parte dos profissionais entrevistados. A situação é de constante conflito íntimo para o profissional de saúde, agravada pelo fato de que o abortamento é parte significativa da demanda das mulheres nos serviços, realidade para a qual não se sentem preparados para lidar.

[...] a mulher, acho que era enfermeira, quando olhou a minha ficha, aí, ela perguntou: “você tomou o remédio pra fazer isso?” Eu disse: “foi”. Aí, ela perguntou por que e eu disse o porquê. Tem gente que acha absurdo. Eu também acho absurdo, mas a gente não sabe o motivo pra fazer um negócio desse, entendeu? Mas foi na frente das pacientes, [...] tinham outras enfermeiras também. Não foi um negócio recuado, não, só pra mim e ela. Foi pras outras ouvirem. Vergonhoso, né?”(Usuária, PB)

Há tratamento diferenciado entre as mulheres em processo de abortamento e as parturientes, com evidente desvalorização e marginalização das mulheres que chegam abortando, levando as mesmas a enfrentar uma seqüência de violências institucionais e discriminação (RABAY, G. & SOARES, S.G., 2008). As falas das mulheres revelam a violação de privacidade no atendimento, quando assistidas, e a violação de sua autonomia em relação à decisão em interromper a gravidez. Acesso, privacidade, resolutividade, integralidade são princípios negligenciados quando se trata das mulheres em situação de abortamento, impactando negativamente na saúde e na vida das mulheres (Borges S., Lima C. & e Soares S. G., 2010).

Constatou-se, ainda, que há deficiência de leitos obstétricos e precariedade da estrutura física das unidades, falta de equipamentos e profissionais qualificados. Nas unidades visitadas



constatou-se que não há serviço de planejamento reprodutivo pós-aborto ou quando existe é deficiente para dar conta da demanda existente por informação e métodos contraceptivos, facilitando a recorrência de gravidezes indesejadas.

Por fim, esse estudo chega à conclusão de que a legislação restritiva que criminaliza a prática do abortamento é a principal barreira para a redução da morbi-mortalidade materna por esta causa e para a melhoria da assistência ao abortamento e pós-abortamento no Brasil.

Bibliografia

ADESSE, L. e MONTEIRO, M. *A Magnitude do Aborto: aspectos epidemiológicos e sociais*. Rio de Janeiro: Ipas Brasil e IMS/UERJ, 2007

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Sistema de Informação em Saúde/SUS. Disponível em: www.datasus.gov.br

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. *Sistema de Informação em Saúde/SUS*. Disponível em: www.datasus.gov.br

BORGES, S; RABAY, G & LIRA, L. Ministério Público: um aliado na ação feminista. In: *Toques de Saúde*, nº 6. João Pessoa: Cunhã/ Coletivo Feminista, maio/2008

BORGES S., LIMA C. & SOARES S. G., Dossie “A Realidade do Aborto Inseguro: O Impacto da Ilegalidade do Abortamento na Saúde das Mulheres e nos Serviços de Saúde da Paraíba, janeiro 2010 (www.ipas.org)

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO SOBRE MORTALIDADE MATERNA. *Relatório da CPI sobre a Situação da Mortalidade Materna no Brasil*. Brasília, 2001

COOK, R. & BEVILAQUA, M.B. *Invoking Human Rights to Prevent Maternal Deaths*. The Lancet 363: 73, 2004

COOK R.J., DICKENS, B.M. e FATHALLA, M.F. *Reproductive Health and Human Rights Integrating medicine, ethics and law*. New York: Oxford University Press, 2003

CUNHÃ- COLETIVO FEMINISTA. *História do Abandono. Aborto na Paraíba: a luta pela implementação do serviço de atendimento aos casos previstos na lei*. João Pessoa, 1997

DINIZ, D. Aborto e saúde pública no Brasil. Editorial. *Cad. Saúde Pública*, v. 23 n. 9. Rio de Janeiro, setembro 2007. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 9 março 2008.

DINIZ, D. & MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5593



- GALLI, B., MONTEIRO, M., VIANA, P. & MELO, N., *Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro em Pernambuco: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de Recife e Petrolina*. Ipas Brasil, Grupo Curumim, 2008, página 15
- GALLI, B. & SYDOW, E. O debate sobre o aborto no Brasil: avanços, retrocessos e perspectivas. In: *Revista Saúde Sexual e Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2009
- IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Síntese de Indicadores Sociais – 2005*. Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e socioeconômica, número 17. Rio de Janeiro, 2006
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna*. Relatório de Pesquisa apresentado no V Fórum Nacional de Mortalidade Materna, 2003
- MARTINS, Alaerte L. Maior Risco para Mulheres Negras no Brasil. In: *Jornal da Rede Feminista de Saúde* - nº 23 - Março 2001
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. 2ª ed. atual. e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005
- MONTEIRO, M.F.G. ADESSE, L. e LEVIN, J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. In: *Revista Radis – Comunicação em Saúde*, n. 66. Fevereiro de 2008. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis_66.pdf. Acesso em 11 de abril de 2009
- RABAY, G. & SOARES, G. *Abortamento inseguro: assistência e discriminação*. João Pessoa: Cunha – Coletivo Feminista; Marmesh, 2008
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE (RFS). *Dossiê Aborto Inseguro*. 2005
- SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. In: *Cad. Saúde Pública*, vol.19 suppl. 2, p.S399-S406, 2003
- SORRENTINO, S. *Mortes Previsíveis e Evitáveis*. Rede Feminista de Saúde, março de 2005