

A questão do aborto no Brasil

The question of abortion in Brazil

Editorial

O aborto é definido pela Medicina como o nascimento de um feto com menos que 500 g ou antes de 20 semanas completadas de idade gestacional no momento da expulsão do útero, não possuindo nenhuma probabilidade de sobrevivência¹. No Brasil, o ato de provocar um aborto é considerado crime (artigos 124, 125, 126 e 127 do Código Penal Brasileiro)², exceto em duas circunstâncias: quando não há outro meio para salvar a vida da gestante ou é resultado de estupro (artigo 128).

Por outro lado, o aborto no Brasil é considerado um problema de Saúde Pública, o que significa que devemos levar em conta a sua dimensão. O problema atinge muitas pessoas? Ou afetará muitas pessoas, como no caso de doenças de alta transmissibilidade? Outro aspecto a ser considerado é sua letalidade. Trata-se de um fenômeno mórbido potencialmente capaz de contribuir para o aumento da mortalidade? Sabe-se, hoje, que a Saúde Pública toma para si a responsabilidade de algumas doenças com alta letalidade, como é o caso da raiva, ou mesmo da Aids, especialmente antes da terapia antirretroviral.

A preventabilidade, ou seja, a existência de medidas eficazes de prevenção de determinados fenômenos mórbidos é o terceiro aspecto a ser considerado quando pensamos em um problema de Saúde Pública. Quando tratamos do aborto como problema de Saúde Pública, esses três aspectos estão presentes. Considerando a sua dimensão, estudos de estimativas utilizando como base os dados do Sistema Único de Saúde (SUS) de internações por complicações de aborto afirmam que um grande contingente de cerca de 1 milhão de abortos são realizados por ano no país³. Esses dados confirmam os estudos de série histórica desenvolvidos por Monteiro e Adesse⁴. Esse grande contingente será provavelmente maior se considerarmos os casos de abortos em mulheres que não sofrem internações ou são realizados clandestinamente em clínicas privadas.

O aborto provocado no Brasil, devido à sua criminalização, pode ser considerado como inseguro e figura na lista das principais causas de mortalidade materna no país. O aborto oscila entre a terceira e a quarta causa de morte materna. Adiciona-se que a mortalidade materna é um dos nossos grandes problemas de Saúde Pública, estimada para o ano de 2006 em 77,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos⁵, e tem sido considerada incompatível com o nosso nível de desenvolvimento. Países desenvolvidos, como Canadá, Inglaterra, França e Japão, têm índices de mortalidade materna bem menores, por volta de 10 por 100 mil nascidos vivos.

Correspondência:

Elisabeth Meloni Vieira
Av. Bandeirantes, 3.900
CEP 14049-900 – Ribeirão Preto (SP), Brasil
Fone: (16) 3602-2433 / 3602-3070
Fax: (16) 3633-1386
bmeloni@fmrp.usp.br

Recebido

1/3/10

Aceito com modificações

22/3/10

¹ Professora-associada do Departamento de Medicina Social do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Considerando-se o terceiro aspecto, a preventabilidade, sim, o problema poderia ser prevenido pelo menos em parte ou em sua maioria, já que um amplo acesso a métodos contraceptivos deveria estar na agenda da atenção básica à Saúde em todos os municípios brasileiros, que são os verdadeiros executores do SUS, cumprindo assim o que diz a lei. Neste caso, existe uma lei, a 9.263, que regulamenta o artigo 226 da Constituição Federal e dá o direito do planejamento familiar a todo cidadão brasileiro.

Além de ser um problema de Saúde Pública é também um problema *para* a Saúde Pública, já que os custos financeiros, sociais, emocionais e físicos de 250 mil internações hospitalares anuais de mulheres poderiam ser evitados ou ao menos minimizados se a prevenção da gravidez indesejada estivesse acessível a todos. Segundo Diniz⁶, estudiosa do tema, os direitos reprodutivos são uma importante dimensão dos direitos humanos.

O presente número da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO) traz, entre seus artigos, um estudo dos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996⁷ que, embora possa à primeira vista parecer antigo, permitirá que se faça uma comparação com dados mais recentes da PNDS realizada em 2006. Daí a sua importância: trata de tema relevante mostrando as características demográficas das mulheres mais afetadas pela prática do aborto no Brasil. Segundo este estudo, a prevalência do aborto aumenta com a idade da mulher. Ser de região urbana, ter tido mais de um filho vivo e não ser de cor branca são fatores que aumentam o risco para o aborto. Portanto, traz a crucial informação do perfil de mulheres que devem ser mais atingidas por programas preventivos. Além disso, faz um levantamento também dos importantes elementos sobre as condições epidemiológicas e sobre a legalidade do aborto no mundo.

Para os ginecologistas e obstetras que lidam diariamente com a situação de aborto, este estudo mostra a real dimensão de um problema que precisa ser enfrentado pelas políticas públicas considerando-se que o aborto legalizado no país é restrito. Situações outras, como doença de transmissão genética, malformação congênita, ingestão de fármaco teratogênico, virose contraída durante a organogênese ou mesmo o desejo da mulher de poder controlar o seu corpo e sua prole não são relevantes para o Estado. Realizar aborto nessas situações é considerado crime também, em que pese que os tribunais brasileiros, a partir da década de 1990, por jurisprudência têm reconhecido o direito ao aborto em casos de anomalias fetais graves incompatíveis com a vida extrauterina.

Os países que medicalizaram o aborto por escolha da mulher o fizeram com base na alta mortalidade materna, na defesa da laicidade do Estado e com base na ideia de que até a 20ª semana de gravidez, quando a condição extrauterina do feto seria incompatível com a vida, ele não pode ser considerado com base no estatuto de pessoa. Adotando essa visão, o feto pertence ao corpo feminino dentro deste limite de tempo, e a mulher é considerada soberana para decidir o que deve ser feito com o seu corpo.

A questão do Estado laico é outro aspecto fundamental, pois permite aos indivíduos a liberdade de escolher qualquer religião ou mesmo a liberdade de não ter nenhuma religião. O Estado laico não pode adotar nenhuma visão religiosa sob a pena de privilegiar grupos e pessoas, deixando de servir a todos. Este debate precisa ser feito: até que ponto podemos evitar a tragédia da mortalidade materna? Quais conceitos e definições de aborto estão em jogo quando discutimos o assunto? Qual o lugar que ocupa a mulher como soberana da sua vida e da sua sexualidade? Essas são questões fundamentais que não podem escapar quando se pensa no problema.

Referências

1. Dicionário médico ilustrado Dorland. 28a ed. São Paulo: Manole; 1997.
2. Brasil. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 dezembro 1940, alterado pela Lei nº 9.777, de 26 dezembro 1998 [Internet]. 1998 [citado 2010 Fev 19]. Disponível em: http://www.cejamericas.org/doc/legislacion/codigos/pen_brasil.pdf
3. Vieira EM, Cordeiro LD, Monteiro RA. A mulher em idade fértil no Brasil: evolução da mortalidade e da internação por aborto. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. p. 143-82.
4. Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 18-22 set 2006; Caxambu, Brasil. Belo Horizonte: ABEP; 2006. p. 1-10.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores de mortalidade: C.3 razão de mortalidade materna [Internet]. 2008 [citado 2010 Fev 21]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/C03b.htm>
6. Diniz D. Aborto e direitos humanos [Internet]. Correio Braziliense. 2010 Jan 20; Opinião [citado 2010 Fev 21]. Disponível em: <http://ofensivamm.blogspot.com/2010/01/aborto-e-direitos-humanos.html>
7. Cecatti JG, Queiroz GV, Sousa MH, Menezes GM. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico? Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(3):105-11.