

Autos: Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF 442

Relatora: Ministra Rosa Weber

Memorial sobre o **impacto da criminalização do aborto sobre a mortalidade materna.**

Autora: Tania Di Giacomo do Lago

Instituição: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP)

Excelentíssima Ministra Relatora Rosa Weber, Excelentíssimos Ministros e autoridades presentes,

Agradeço a oportunidade de estar aqui. Estamos reunidos nestes dias de audiência pública para debater os efeitos da criminalização do aborto, e a mim me toca enfrentar uma constatação dura que exige nossa atenção urgente: a criminalização do aborto mata mulheres. E isto ocorre por dois motivos. O mais conhecido decorre das condições precárias em que se realiza o aborto clandestino, do medo justificado que impede mulheres de procurarem atenção médica quando as complicações surgem e da falta de socorro de pessoas próximas porque as mulheres frequentemente não contam que estão induzindo um aborto. Elas não sabem qual será a reação das pessoas próximas, frente à sua ação “criminosa”.

O motivo menos comentado, no entanto, é que a criminalização do aborto impede que mulheres façam o aborto para se manterem vivas. O texto do artigo 128 do Código Penal não pune o aborto “quando não há outro meio para salvar a vida da mãe”, o que é diferente de permitir o aborto em gestações de alto risco. Ora, a situação, tal como descrita, é muito rara. Nas palavras do Professor Dr. Aníbal Faúndes, um dos maiores especialistas internacionais em saúde reprodutiva:

*“Na prática diária, o aborto por esta causa é uma grande raridade, e há quem diga que já não existem mais condições prévias à gestação que justifiquem o aborto. Essa afirmação é contestada pela simples verificação de que uma importante*

*proporção das mortes maternas são indiretas e, portanto, resultam de condições diagnosticáveis no início da gravidez. O que acontece é que o médico é o único juiz que decide quanto acima do “normal” é o risco que a mulher deve estar correndo para que se justifique a interrupção da gravidez, e, em geral, supõe-se que esse risco deve ser muitíssimo elevado para justificar o aborto. A própria mulher nunca é consultada sobre quanto maior risco ela está disposta a correr para ter esse filho, considerando a presença de filhos anteriores e de uma família que em muito depende dela.” (Faúndes et al., p94)<sup>1</sup>*

Pesquisa realizada por Faúndes e colaboradores com ginecologistas e obstetras filiados à Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia em 2003, revelou que quase 50% desses médicos (49,3%) consideravam que a mulher deveria ter direito ao aborto quando seu risco de morte fosse pelo menos 5 vezes maior que o habitual, e 12% negavam -lhe esse direito qualquer fosse a magnitude do risco. (Faúndes et al, op cit. p63). É chocante constatar quão pouco valor a vida das mulheres têm para aqueles de quem se espera sejam seus cuidadores ao longo da gestação.

Não estranha, portanto, que aproximadamente 40% das mortes maternas conhecidas no Brasil resultem de uma doença que se agravou com a gravidez. Ao longo de todos os meus anos na presidência da Comissão Nacional de Mortalidade Materna, do Comitê de Prevenção do Óbito Materno do Estado de São Paulo e atualmente do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil da região central do Município de São Paulo vi milhares de casos de mulheres com Lúpus, Cardiopatias, Diabetes Mellitus e outras doenças menos comuns que morreram durante a gestação, durante ou após parto sem que se mencionasse a elas a possibilidade de interrupção da gestação. Inúmeros relatos de visitas a familiares que ficaram surpresos quando a eles se perguntou se a mulher havia sido informada, alertada sobre a possibilidade de interromper a gestação. “Pode? Não é proibido?”. Sim, muitas dessas mulheres morreram porque o aborto é crime no Brasil. Morreram e morrem por não realizar o aborto.

O único caso em que me lembro, a interrupção precoce da gestação foi aconselhada pelo médico à paciente ocorreu em um serviço-escola que é referência para gestações de alto

risco em São Paulo. A mulher, já no final da idade reprodutiva é aconselhada pelo médico a interromper a gestação por ser portadora de doença cardíaca severa que poderia tornar-se incontrolável durante a gestação com risco de morte. A gestante sofre com a decisão mas diz que interromperia. O marido sempre se contrapõe lembrando que isto é um assassinato e que não é 100% certo que ela vá morrer, ela tem uma chance, é preciso dar uma chance ao feto. Ela segue com a gestação, complica, faz-se uma cesárea prematura, mas mesmo assim, ela morre. O recém-nascido permanece meses na UTI neonatal. Ao longo desse tempo, uma profissional da enfermagem e o pai se afeiçoam e quando o bebê tem alta, o pai se casa com ela. Defesa da vida? A mãe está morta.

É evidente que uma parcela dessas mortes poderia ser evitada com contínuo aconselhamento para a prevenção da gravidez. Mas, frequentemente a prática contraceptiva é bem mais complicada para essas mulheres porque os anticoncepcionais hormonais também podem piorar sua doença de base. E a gravidez acontece.

Sendo a vida nosso bem mais valioso, não cabe ao médico e sim a cada pessoa - neste tema a mulher - decidir sobre sua exposição ao risco de morrer. E isto só será possível, com a descriminalização do aborto.

Mas, dizem alguns, *nomear o aborto como problema de saúde pública é politizar o assunto, uma vez que “apenas” 230 a 250 mulheres morrem por ano por esta causa enquanto outras patologias femininas produzem maior número de fatalidades e por isso são problemas prioritários.*

Aliás, na inicial da presente ADPF 442, pouco se fala nos índices de mortes maternas provocadas por aborto no Brasil. A razão é simples: obter dados fidedignos sobre mortalidade materna é tarefa quase impossível em todos os países do mundo, pois mesmo nos mais desenvolvidos esses óbitos são subnotificados. Esta sub-estimativa varia entre 30 a 90% a depender do país considerado

## **Registros de morte materna - cenário da subnotificação**

A notificação de morte materna no Brasil, como em outros países deve ser feita, por meio da Declaração de Óbito, na qual o médico deve registrar a causa básica que originou aquela morte e os eventos que se desencadearam a partir dela até a causa terminal. Deve também indicar a existência de eventos ou outras patologias que possam ter contribuído para a fatalidade.

Para que um óbito feminino seja classificado como materno é preciso que o médico indique nesse espaço que a mulher estava grávida, ou que ocorreu um parto, ou ainda que a doença ocorreu nos 42 dias após o parto. Por exemplo, se uma gestante for a óbito em decorrência de uma hemorragia uterina e na DO apenas constar “hemorragia uterina” sem a informação de gestação, esta morte não será classificada como morte materna e sim, como decorrente de um problema ginecológico.

As causas maternas mais frequentemente sub-notificadas no mundo são as chamadas obstétricas indiretas: quando a mulher tem uma doença de base que se agrava com a gravidez. Isto porque o médico indicará corretamente que a causa básica da morte foi a doença de base (diabetes, cardiopatias, etc.), mas nem sempre se lembrará de registrar que a gestação foi fator que contribuiu para a morte.

O aborto é outra causa materna subnotificada nos países em que é considerado crime (Gerds *C.et al.*)<sup>2</sup>. O medo de retaliação e de denúncia leva algumas mulheres a não relatarem sequer que estavam grávidas no momento em que procuram o pronto-socorro. Quando chegam já com quadros de infecção generalizada e vão á óbito, a causa básica que mais frequentemente é declarada é Septicemia. Mesmo quando a mulher relata estar grávida, mas nega a indução do aborto, não é incomum que a (o) profissional declare como básica, uma

causa terminal, seja hemorrágica ou infecciosa, pois não pode afirmar com certeza que houve um abortamento provocado.

Para minimizar a sub-enumeração de mortes maternas, o Brasil tem adotado várias medidas, como a inclusão na DO de perguntas sobre a ocorrência de gestação, a obrigatoriedade municipal da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil para descobrir óbitos maternos não declarados e a adoção da “autópsia verbal” nos locais onde não existem Serviços de Verificação de Óbitos para esclarecer causas mal definidas ou indeterminadas. Estima-se, a partir dessa investigação que aproximadamente 40% das mortes maternas são sub-notificadas em nosso meio.

A investigação de óbitos junto aos serviços pelos quais a mulher passou e junto a familiares é eficiente para que se captem parte das causas de morte obstétricas indiretas, pois muitos prontuários médicos registrarão a gravidez e a família, em geral, sabe dizer se a pessoa tinha uma doença que se agravou com a gestação.

Já no caso do aborto, essas fontes de informação padecem do mesmo estigma que leva à não menção do procedimento na DO. Muitos profissionais de saúde não registram em prontuário a hipótese diagnóstica de abortamento pois sabem que há outros, que mesmo infringindo o código de ética, são agressivos com as pacientes e podem até denunciá-la. Portanto, os prontuários não são uma boa fonte. A investigação junto a familiares também ajuda pouco, seja porque não se quer relatar “um crime” ou porque o estigma da clandestinidade impede a mulher de compartilhar a tragédia pela qual está passando.

No caso brasileiro, a permanência de uma grande quantidade de óbitos femininos cuja causa permanece indeterminada, certamente esconde mortes decorrentes de aborto clandestino. Conforme exibido na tabela 1, os óbitos por causa não definida em mulheres com 15 a 49 anos ocupam a 5ª. posição em frequência, correspondendo a quase 3.500 mulheres no país, apenas em 2016. Encontram-se entre elas, 556 que morreram sem

assistência médica, segundo o Sistema de Informações em Saúde. Difícil imaginar razões que levariam à morte mulheres jovens sem registro de doenças e sem sinais de causas externas. Quantas serão decorrentes de aborto?

**Tabela 1-Número e porcentagem de óbitos de mulheres com em idade fértil (15 a 49 anos), segundo causa básica, Brasil, 2016.**

Causa Básica de Morte _CIDBR	Número	N	%
Acidentes de transporte	3.807	Com Fator de correção para sub-estimativa de Mortes Maternas. (40%)	5,8
Câncer de mama	3.776		5,8
Doenças cerebrovasculares	3.719		5,7
Agressões	3.603		5,5
<b>Causas Mal Definidas/ Indeterminadas</b>	<b>3.495</b>		<b>5,4</b>
Doenças isquêmicas do coração	3.174		4,9
AIDS	3.011		4,6
Câncer do colo do útero	2.105		3,2
Pneumonia	2.087		3,2
Diabetes mellitus	1.977		3,0
Causas Maternas	1.792	<b>2.509</b>	2,7
Demais causas	32.733		50,1
<b>TOTAL</b>	<b>65.279</b>		<b>100,0</b>

Fonte: SIM, MS, DATASUS. Processado pela autora em 2/7/2018

Por outro lado, dentre as 1.792 mortes declaradas como maternas na DO, 126 foram registradas como decorrentes de aborto e quase 500 (476) em decorrência de doenças de base que se complicaram com a gravidez. Se levarmos em consideração a subestimativa de 40% das mortes maternas, alcançaríamos 2.500 óbitos maternos, sendo aproximadamente 180 decorrentes de aborto, o que representa menos de 7% do total da mortalidade materna. Estima-se que o aborto inseguro responda, globalmente por 13% das mortes maternas (Measure)<sup>3</sup>, chegando a 50% em alguns países africanos. Como explicar que no Brasil, integrante do grupo de países com leis mais restritivas para o aborto, essa proporção seja a metade da média observada no mundo? A sub-notificação é a razão. E quanto maior a repressão e a supressão de direitos reprodutivos, maior será a subnotificação e a mortalidade, pois o medo afastará mais ainda as mulheres dos serviços de saúde.

O pouco que sabemos sobre rota crítica das mulheres brasileiras em busca do aborto (desde a aquisição de medicamentos falsos, cujo conteúdo se desconhece, até o recurso a procedimentos invasivos quando tudo falhou) nos é contado pelas sobreviventes. Tragédia maior, certamente foi vivida pelas que morreram. Mas, há apenas pistas.

Como consequência da clandestinidade enfrentada pelas que abortam recorrendo a medicamentos ou à clínicas inseguras, os níveis de internação pós-aborto são elevados a ponto de colocarem o aborto como um problema de saúde pública no país. Cerca de metade das mulheres que realizaram aborto no Brasil recorreram ao sistema de saúde no período pós-abortamento, e tiveram de ser internadas por complicações relacionadas à prática, o que seria evitado com o acesso a medicamentos seguros e à informação adequada.

A criminalização do aborto afeta diretamente o atendimento em saúde das mulheres em situação de risco, a ponto de vulnerabilizá-las à morte. Aliada à subnotificação, faz com que os dados produzidos sobre o aborto e a mortalidade materna não nos permitam, de maneira precisa, responder às indagações de quem morre, como morre e quantas morrem em decorrência do aborto inseguro no Brasil. Mas não há qualquer dúvida de que os impactos da criminalização do aborto sobre a mortalidade materna são relevantes, e sentidos de maneira mais forte pelas mulheres mais vulneráveis. São as mulheres negras e indígenas, de baixa escolaridade, moradoras das regiões Norte e Nordeste e sem companheiros as mais suscetíveis às complicações decorrentes do aborto e, portanto, as que mais morrem no país.

#### Referências Bibliográficas

- 1- Faúndes *et al.* Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido. RBGO, v. 26, no 2, 2004.
- 2- Gerds C.*et al.* Measuring abortion-related mortality: challenges and opportunities. *Reprod Health.* 12:8, 2015

3- Measure Evaluation. Percent of death related to unsafe abortion. Family Planning and Reproductive Health Indicators Database. Disponible em:  
[https://www.measureevaluation.org/prh/rh\\_indicators/womens-health/pac/number-of-deaths-related-to-unsafe-abortion](https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/womens-health/pac/number-of-deaths-related-to-unsafe-abortion)