

MEMORIAL “EVIDÊNCIAS PARA DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO”

Audiência Pública Convocada pelo Supremo Tribunal Federal para Discutir Aspectos Interpretativos dos arts. 124 e 126 do Decreto-lei nº 2.848/1940 (Código Penal)

Relatora: Ministra Rosa Weber

Autora do Memorial: Professora Doutora Melania Amorim

Este Memorial se propõe à apresentação e defesa de duas teses: a) a descriminalização do aborto no Brasil representa medida urgente e necessária para redução da mortalidade materna e de complicações graves ameaçando a vida e os direitos reprodutivos das mulheres; b) a descriminalização também tem o efeito potencial de reduzir o número de abortos provocados no país.

Faz-se mister demonstrar que a legislação proibitiva não é efetiva para reduzir o número de abortos. Comparando as taxas de aborto de acordo com a legislação vigente em diversos países do mundo, evidencia-se que se encontram taxas muito elevadas em países com legislação proibitiva (1, 2). Na verdade, abortos ocorrem com frequência semelhante nas duas categorias mais restritivas (em qualquer circunstância ou apenas para salvar a vida da gestante) e na categoria menos restritiva, respectivamente 37 e 34 por 1.000 mulheres (Tabela 1).

**TAXA DE ABORTO POR 1.000 MULHERES DE 15-44 ANOS
SEGUNDO A LEGISLAÇÃO SOBRE ABORTO**

SITUAÇÃO LEGAL / (No. PAÍSES)	TAXA DE ABORTO	(IC 95%)
Totalmente proibido /para salvar a vida (58)	37	(34-51)
Saúde física (34)	43	(40-53)
Saúde mental (19)	33	(27-49)
Socioeconômica (10)	31	(23-47)
A pedido (61)	34	(29-46)

Sedgh et al., Lancet 2016, 388:258

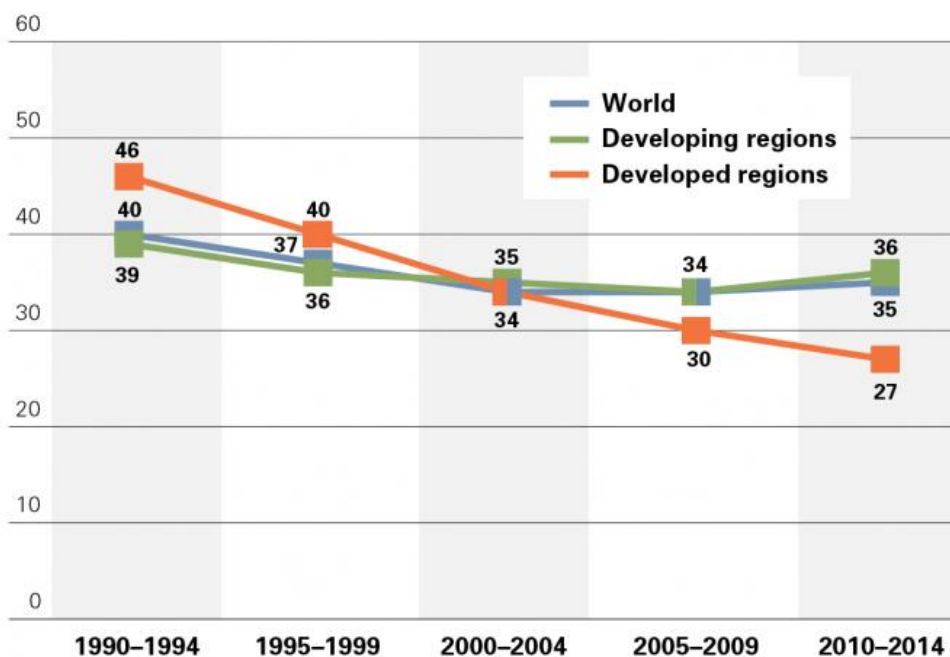
As taxas mais baixas de abortos provocados no mundo são observadas exatamente nos países desenvolvidos com ampla tradição de leis permissivas e acesso fácil ao aborto seguro, como na Europa Ocidental: Holanda, Bélgica, Alemanha e Suíça, com taxas de aborto entre 7-9 por 1.000 mulheres entre 15-44 anos. No mundo em desenvolvimento, onde se encontram a maioria dos países com leis altamente restritivas, observam-se taxas 3-4 vezes maiores, como 29 no Paquistão, 27 nas Filipinas e 46 no Quênia (1).

Enquanto as taxas de aborto vêm declinando nos países desenvolvidos, com legislação liberal, esse declínio não se observa nos países em desenvolvimento (3), cuja grande maioria tem legislação proibitiva. A taxa atual de abortos no mundo é de 36 por mil mulheres nos países em desenvolvimento contra 27 por mil mulheres nos países desenvolvidos (3).

FIGURE

2.2 The annual abortion rate has declined significantly in developed regions, but not in developing regions.

No. of abortions per 1,000 women aged 15–44



• NOTES TO FIGURE 2.2 Source: reference 15.

www.guttmacher.org

Fonte: Guttmacher Institute, 2018.

Temos aqui mesmo no Brasil o exemplo típico: nossa legislação, que ora se discute, proíbe o aborto, tendo como excludentes de ilicitude (Artigo 128) apenas o aborto e quando não há outra forma de salvar a vida da gestante, além de, desde 2012, se permitir a interrupção da gravidez em casos de fetos anencéfalos. Mesmo assim, pesquisas bem conduzidas utilizando métodos estatísticos confiáveis como a Pesquisa Nacional de Aborto (2016) demonstram que, ao chegar aos 40 anos, uma em cada cinco brasileiras terá provocado ao menos um aborto. Com base nos dados da pesquisa, estima-se em mais de 500.000 o número de abortos provocados em 2015. Sendo uma amostra domiciliar

com a técnica de urna, podemos obter dados mais confiáveis que os estudos hospitalares, e esses dados são impactantes (4).

E quais os resultados de se abortar clandestinamente? O aumento da mortalidade materna, bastas vezes demonstrado, é apenas a ponta do iceberg, porquanto também verifica-se expressivo aumento das complicações maternas por aborto, sendo que àquelas complicações maternas graves, de mulheres que quase morreram, porém foram salvas por receberem cuidados adequados de saúde, nós denominamos “*near miss*”. É importante compreender o conceito de *near miss* uma vez que essas mulheres passam comumente despercebidas e são ignoradas nas discussões sobre aborto, porque em geral não são contabilizadas pelos sistemas de notificação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que é importante estudar os casos dessas mulheres que sobrevivem por pouco, pois compartilham com aquelas que morrem muitos fatores patológicos e circunstanciais relacionados à sua condição (5).

Assim, tanto morte como complicações maternas graves ocorrem porque a criminalização aumenta o número de abortos inseguros. Mesmo em condições de extrema vulnerabilidade as mulheres abortam e isso tem impacto direto na morbidade e na mortalidade.

Atualmente os abortos são classificados como (6):

Seguros – quando um método recomendado pela Organização Mundial da Saúde é usado por profissional treinado.

Menos seguros – quando apenas uma das condições acima é preenchida.

Nada seguros – quando nenhuma das condições acima é preenchida.

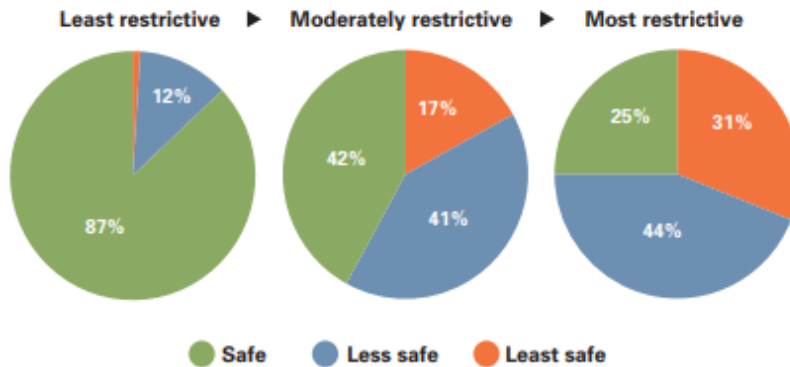
Essas duas últimas condições representam os abortos inseguros, que são muito mais graves na categoria “nada seguros”, quando as mulheres recorrem, sozinhas ou assistidas por pessoas não qualificadas, a soluções tóxicas ou instrumentos perfurantes, com riscos e complicações inaceitáveis para a saúde. Essas complicações incluem mas não se restringem a hemorragia, infecção, lesão traumática ou química dos genitais e outros órgãos (com perfuração uterina, vesical ou intestinal) e reações tóxicas a produtos ingeridos ou colocados nos genitais. Todas essas complicações carregam consigo o risco potencial de morte materna (1).

Quanto maior a restrição legal à prática de aborto maior a proporção de todos os abortos estimados como “menos seguros”, com risco elevado de complicações graves, near miss e de morte. A mortalidade materna relacionada ao aborto inseguro é praticamente zero nos países de alta renda com leis de aborto liberais e é mais elevada nos países de baixa ou média renda com leis de aborto restritivas; quanto mais pobre o país e mais pobre a população, maior o risco de morte materna relacionada ao aborto inseguro (2).

As repercussões dessa desigualdade são expressivas: estima-se que 40% das mulheres de regiões onde o aborto inseguro é prevalente desenvolvem complicações requerendo assistência médica (3). Por ano isso representa cerca de 6,9 milhões de mulheres tratadas por complicações, 47.000 mortes maternas por aborto inseguro e um milhão ou mais de mulheres que sofrem complicações graves com sequelas que podem perdurar por toda a vida, incluindo dor pélvica e peritonite (1, 3, 7).

FIGURE

2.4 The proportion of all abortions that are estimated to be least safe increases as abortion laws become more restrictive.



Fonte: Guttmacher Institute, 2018.

No Brasil, onde a razão de mortalidade materna (RMM) é ainda bastante elevada, tivemos em 2016 uma RMM corrigida de 64,4 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.841 mortes maternas (8). Aborto foi, no triênio 2014-2016 a quarta causa de morte materna, sendo também frequentemente uma causa subestimada. É preciso investigar os óbitos de mulheres em idade fértil para obtenção de estatísticas confiáveis. Assim, em 2016, de 1.841 mortes, houve 203 mortes maternas por aborto (equivalendo a 11% dos óbitos) e 5.089 mulheres “quase morreram” em decorrência de aborto, uma proporção de 25 casos de near miss para cada morte materna (8).

As mortes maternas por aborto ocorrem caracteristicamente em mulheres jovens, de baixa renda, pouca escolaridade, estudantes ou trabalhadoras domésticas, residentes em áreas periféricas das cidades, e são mais frequentes em negras, que têm um risco três vezes maior de morrer por essa causa em relação às mulheres brancas (9). Também já se demonstrou que mulheres analfabetas e residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto (9). Essas mulheres ainda

apresentam risco elevado de complicações e near miss e não têm, em geral, conhecimento nem acesso a métodos seguros de aborto.

Configura-se uma situação de grave injustiça e desigualdade, porque quem tem recursos pode ter acesso a métodos seguros, embora clandestinos, que estão disponíveis em todo o país para as mulheres com maior escolaridade e melhor condição socioeconômica, que recorrem comumente ao uso do misoprostol, medicamento abortivo de alta efetividade e segurança, ou ao aborto em clínicas clandestinas caras, porém que funcionam dentro das normas técnicas necessárias, com profissionais habilitados, minimizando os riscos e reduzindo as complicações (10).

Ou seja, como afirma a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO), o principal fator impeditivo de amplo acesso ao aborto seguro é a criminalização, e a criminalização apenas aumenta mortalidade e morbidade sem reduzir a incidência de abortos induzidos (1).

Os efeitos da criminalização do aborto na mortalidade relacionada com aborto foram dramaticamente demonstrados em países que modificaram suas leis, como a Romênia, quando criminalizou o aborto em 1965. A mortalidade por aborto rapidamente subiu de 15 por 100.000 nascidos vivos para 140 por 100.000 nascidos vivos em poucos anos, declinando rapidamente quando as restrições ao aborto foram removidas. Também houve impacto significativo na mortalidade materna global (1).

A descriminalização representa a medida mais efetiva para redução da mortalidade materna por aborto e também resulta em declínio da mortalidade materna global (1), na medida em que proporciona abortos seguros dentro do sistema de saúde. Na Romênia depois da queda de Ceausescu, aborto foi novamente legalizado e o acesso ao aborto seguro se tornou fácil, tendo a mortalidade materna declinado de 170 por 100.000

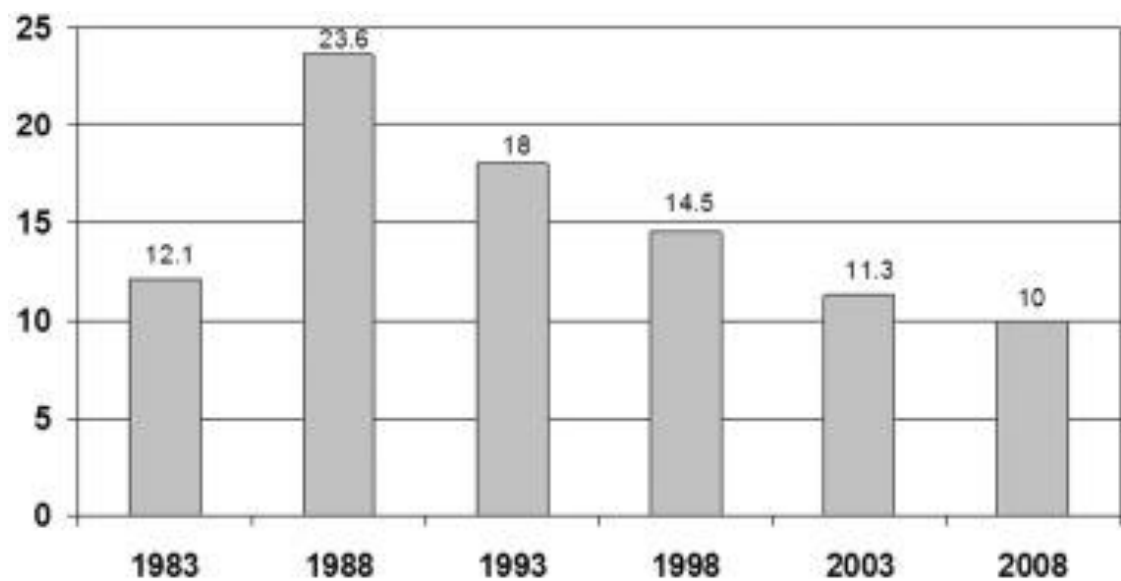
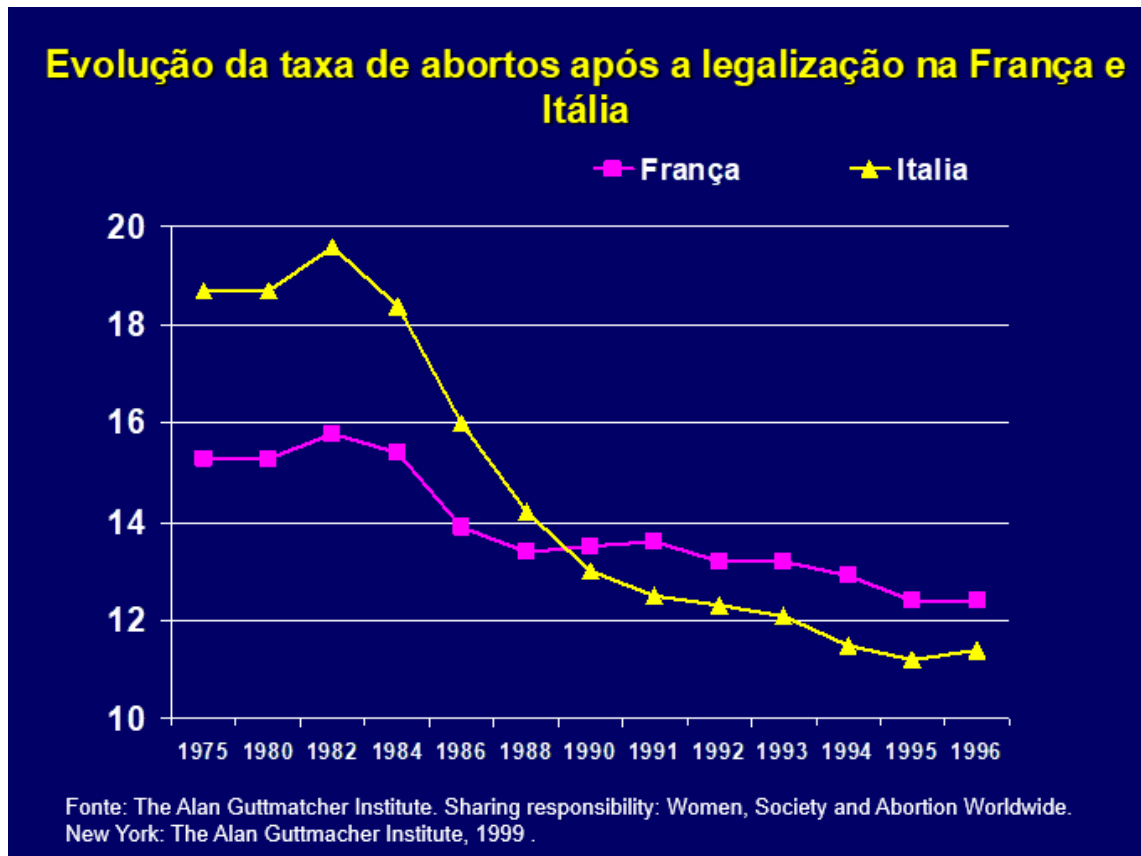
nascidos vivos em 1989 para 75 por 100.000 nascidos vivos em 1991 (11). Isso também ocorreu na África do Sul e até em Portugal, que já tinha mortalidade materna por aborto baixa (1). No Uruguai a redução dos abortos inseguros foi a principal causa do declínio da mortalidade materna, o que começou a ocorrer com a adoção da política de redução de danos desde 2004 e culminou com a descriminalização do aborto em 2012 (12).

Table 2. Number of maternal deaths per five-year segment and the percentage of maternal deaths from unsafe abortion, Uruguay, 2001–2015.

Five-year segment	Live-born infants	Number of maternal deaths			Abortion-related maternal mortality (%)
		Abortion	Other causes	Total	
2001–2005	251 568	25	42	67	37.3
2006–2010	237 051	4	47	51	7.8
2011–2015	240 768	3	34	37	8.1

Fonte: Briozzo et al., 2016

Por outro lado, é importante salientar que a descriminalização não aumenta a taxa de abortos provocados como geralmente se assume. Em alguns países pode se observar inicialmente aumento do número de abortos registrados pela maior notificação, porque passa a ser possível a obtenção de estatísticas oficiais. Estudos usando outras metodologias demonstram redução do número de abortos, como na Turquia e, na maioria dos países, em médio e longo prazo, considerando o registro adequado dos procedimentos, a tendência é que o número de abortos se estabilize e caia, como na França, Itália e Portugal (1,13).



Evolução das taxas de aborto provocado por 100 mulheres/ano na Turquia.

Fonte: Faúndes, 2015

Como pode a descriminalização resultar em declínio das taxas de aborto provocado? Não há uma relação causa-efeito direta, mas a partir do momento em que melhora o acesso ao aborto seguro, não há dúvidas de que parte importante desse efeito se deve aos programas de atenção pós-aborto, que incluem orientação contraceptiva. Nos países onde o aborto é criminalizado não há qualquer interesse dos provedores de aborto (clínicas clandestinas, por exemplo) de prevenir a recorrência do aborto provocado, uma vez que muitos têm interesse meramente comercial (1).

Quando o aborto é legal e acessível dentro do sistema de saúde, há motivação para prevenir a repetição e aumenta o aconselhamento e o fornecimento de contracepção pós-aborto, levando à redução da repetição do aborto. A repetição do aborto representa cerca de 40% ou mais dos abortos provocados, de forma que isso explica parcialmente o efeito da legalização sobre a redução do número de abortos, prevenindo novas gestações indesejadas. A maioria das mulheres que recebem orientações e oferta de métodos contraceptivos depois de um aborto irá optar por usar um desses métodos, como demonstram os estudos sobre os programas de atenção pós-aborto (1, 14).

Outra explicação é que com o acolhimento dentro do sistema de saúde se abre um amplo leque de possibilidades para a mulher que deseja terminar a gravidez, o que pode resultar em retirá-las da situação de vulnerabilidade em que se encontram e também, eventualmente, como nos demonstra a experiência do Uruguai, na desistência de abortar. Mulheres que eram invisíveis porque tinham que permanecer invisíveis começam a chegar aos serviços de saúde e do seu acolhimento podem resultar diversos efeitos benéficos, incluindo a proteção social das gestações desejadas. Essas mulheres não poderiam ser identificadas e assistidas no contexto de uma legislação proibitiva.

Em suma, a criminalização do aborto não é efetiva para redução dos abortos e apenas provoca sofrimento e mortes, atingindo as mulheres mais vulneráveis (1). Para

redução do número de abortos provocados é necessário aliar educação sexual, acesso a métodos contraceptivos efetivos e, por paradoxal que possa parecer, a descriminalização do aborto. É preciso, portanto, descriminalizar o aborto e garantir amplo acesso ao aborto legal e seguro no Brasil para reduzir a mortalidade materna e, ao mesmo tempo, cuidar de todas as mulheres, diminuindo os efeitos perversos de marcadores de classe, raça, idade e região nas possibilidades de decidir um projeto reprodutivo.

REFERÊNCIAS

1. Faúndes A. Evidence Supporting broader access to safe legal abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015; 131. Suppl 1:S56-9.
2. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, Rossier C, Gerds C, Tunçalp Ö, Johnson BR Jr, Johnston HB, Alkema L. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet.* 2016; 388: 258-67.
3. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok K, Onda T. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access.* The Alan Guttmacher Institute, New York, 2018.
4. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Cien Saude Colet.* 2017; 22: 653-60.
5. Organização Mundial da Saúde. Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação. A abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2011.
6. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet.* 2017; 390: 2372–81.
7. Adler AJ, Filippi V, Thomas SL, Ronsmans C. Incidence of severe acute maternal morbidity associated with abortion: A systematic review. *Trop Med Int Health.* 2012; 177: 177–190.
8. Ministério da Saúde, Brasil. Sistema de Informação de Mortalidade e Vigilância de Óbito Materno. Brasil, 2018.

9. Monteiro MFG, Adesse L, Levin J. As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.
10. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Cien Saude Colet*. 2012; 17: 1671-1681.
11. Stephenson P, Wagner M, Badea M, Serbanescu F. Commentary: the public health consequences of restricted induced abortion--lessons from Romania. *Am J Public Health*. 1992; 82:1328-31.
12. Briozzo L, Gómez Ponce de León R, Tomasso G, Faúndes A. Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016; 134(S1): S20-S23.
13. The Alan Guttmacher Institute. *Sharing responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*. The Alan Guttmacher Institute, New York, 1999.
14. USAID-High Impact Practices in Family Planning (HIP). *Postabortion Family Planning: Strengthening the family planning component of postabortion care*. 2012; USAID: Washington, DC.