

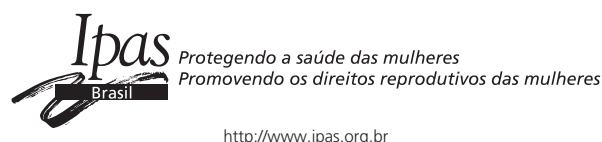
## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alan Guttmacher Institute, *Clandestine Abortion: A Latin American Reality*, New York, 1994.
- Araújo, Maria José de Oliveira e Viola, Regina Coeli. O impacto da gravidez não desejada na saúde da mulher. In: PITANGUY, Jacqueline; MOTA, Adriana. Os novos desafios da responsabilidade política. Rio de Janeiro: Cepia, 2005. cap. 4, p. 101-138.
- Cohen, B. Outlines of section 48 Vulnerable populations. In: XXIV GENERAL POPULATION CONFERENCE, 2001, Salvador. Proceedings of the XXIV General Population Conference. Paris: International Union for the Scientific Study of Population, 2001. Disponível no site: <http://www.iussp.org/Brazil2001/Outlines/S48.htm> - Acesso em 30 outubro 2007.
- Cook, Rebecca, Bernard, Dickens e Fathalla, Mahmoud. *Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: integrando medicina, ética e direito*. Tradução de Romani & Perrone, Rio de Janeiro: Cepia, 2004.
- Fonseca, Walter et al. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública v.30 n.1 São Paulo, fev. 1996.
- 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, Rui e Gotlieb, Sabina. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 7, n. 4, 2004.
- Martins, Alaerte L. Maior Risco para Mulheres Negras no Brasil. Jornal da Rede Feminista de Saúde - nº 23 - Março 2001.
- Ministério da Saúde. *Norma Técnica de Atenções Humanizadas ao Abortamento*. 2004.
- Singh, Susheela e Monteiro, Mário F. G. Levels of childbearing, contraception, and abortion in Brazil: differentials by poverty status. In: GARCÍA, Brígida. (Org.). Women, poverty, and demographic change. Oxford University Press, 2000, v. 1, p. 113-142.

### ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROJETO

Beatriz Galli - IPAS (Coordenação)  
Paula Viana – Grupo Curumim (Coordenação)  
Rogéria Peixinho – AMB/RJ (Coordenação Local)  
Tizuko Shiraiwa (Assessoria de Pesquisa e Metodologia)  
Evanize Sydow (Assessoria de Comunicação)

### REALIZAÇÃO



## A REALIDADE DO ABORTO INSEGURO: O IMPACTO DA ILEGALIDADE DO ABORTAMENTO NA SAÚDE DAS MULHERES E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A elaboração do **Dossiê sobre a Realidade do Aborto Inseguro: O Impacto da Ilegalidade do Abortamento na Saúde das Mulheres e nos Serviços de Saúde**, insere-se no trabalho que vem sendo coordenado pelo Ipas Brasil, em parceria com o Grupo Curumim, em vários estados brasileiros, com o objetivo de gerar debates sobre a realidade do abortamento inseguro e o impacto da ilegalidade na saúde e vida das mulheres e nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta ação faz parte de um conjunto de estratégias, articuladas nacionalmente através da coalizão Jornadas pelo Aborto Legal e Seguro, e vem sendo desenvolvido a partir de ações locais em diversos estados como Bahia, Pernambuco, Mato Grosso do Sul e Paraíba.

### Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social

Neste projeto, com foco no Estado do Rio de Janeiro, procuramos produzir evidências 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 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).

Um artigo recente publicado no Lancet (Sedgh et al, 2007) estima que o número de abortamentos no mundo diminuiu de 46 milhões em 1995 para 42 milhões em 2003. Neste período, as taxas de aborto induzido diminuíram de 35 para 29 por 1000 mulheres de 15 a 44 anos. Estas taxas foram menores na Europa Ocidental (12/1000) em 2003. No Norte da Europa era de 17/1000, de 18/1000 no Sul da Europa e de 21/1000 nos Estados Unidos e Canadá.

Em 1991 as estimativas do número de abortos no Brasil variavam entre 300.000 e 3,3 milhões de abortos ilegais feitos a cada ano. (Fonseca et al, 1996 ; Singh& Wulf, 1991). Em 1994, o Alan Guttmacher Institute publicou os resultados de uma investigação sobre aborto inseguro na América Latina, incluindo o Brasil, estimando para 1991 um total de 1.443.350 abortamentos inseguros no Brasil, e uma taxa anual de 3,65 abortamentos por 100 mulheres de 15 a 49 anos. A repercussão nacional e internacional da investigação sobre aborto inseguro na América Latina foi tão grande que recolocou esta discussão em pauta e hoje é difícil um estudo sobre aborto inseguro que não o referencie.

Neste projeto delineamos a magnitude do abortamento no Estado do Rio de Janeiro, produzindo fundamentação teórica e empírica a fim de contribuir para o desenho e implementação de políticas públicas eficazes.

### OBJETIVOS:

1. Produzir um dossiê com abordagem de direitos humanos com informações sobre a realidade do abortamento inseguro na capital e num município, com recomendações que subsidie ações de âmbitos federal e estadual para a melhoria da qualidade da assistência;
2. Articular parlamentares aliados para participação no projeto, encaminhamento e divulgação dos resultados na Câmara Federal, Assembléia Legislativa e Câmara de Vereadores.
3. Articular com movimentos de mulheres, instituições, gestores e profissionais de saúde para

consolidar as parceiras em torno da melhoria da qualidade do atendimento à mulher em abortamento.

4. Divulgar dados sobre o impacto da ilegalidade do aborto no Estado do Rio de Janeiro na qualidade da assistência.

#### SÍNTESE DOS RESULTADOS:

Nas duas maiores Grandes Regiões do Brasil, Sudeste e Nordeste, há uma tendência a diminuir o número de internações por aborto, bem marcada a partir de 2004.

De 1999 a 2007, diminuiu o número de abortamentos induzidos em todos os grupos etários, resultando numa redução de 24% neste período. Neste período foram induzidos mais de 800.000 abortamentos no Estado do Rio de Janeiro e os grupos etários que participaram em maiores proporções deste total foram: 20 a 24 anos (32,1%), 25 a 29 anos (24,7%) e 15 a 19 anos (20,5%), ou seja 3 em cada 4 abortamentos induzidos foram realizados em mulheres de 15 a 29 anos.

Uma das causas desta redução pode ser explicada pelo aumento da cobertura dos métodos anticoncepcionais entre 1996 e 2006, que provavelmente diminuiu o número de gravidezes indesejadas, como demonstram os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006, financiada pelo Ministério da Saúde e realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.

As principais causas de morte maternas obstétricas diretas no Brasil, apontadas pela pesquisa nacional de 2002 sob o patrocínio do Ministério da Saúde foram a hipertensão arterial, as hemorragias, e o aborto. Todas estas causas são consideradas evitáveis. No estado do Rio de Janeiro, segundo o Relatório do Comitê de Mortalidade Materna, apresentado em 2009, nos anos de 2002 a 2007, as principais causas de mortes maternas diretas também foram as mesmas.

E quando analisamos a distribuição dos óbitos segundo as principais causas pela variável raça/cor, observamos que há uma sobre mortalidade mais elevada nas mulheres de cor preta.

Em 2008, segundo as informações do SIH-SUS, a principal causa de internação para as mulheres em idade fértil são de longe as internações obstétricas, com um pico na faixa entre 20 e 29 anos, seguido dos transtornos mentais e comportamentais, que passa a ser a primeira causa no grupo entre 40 e 49 anos.

As internações por procedimentos relacionadas ao aborto correspondem a mais de 12% das internações do capítulo XV da CID (gravidez parto e puerpério), em 2008, no estado do Rio de Janeiro, totalizando 15.868 internações e sua distribuição etária apresenta o mesmo perfil das mulheres que se internam para partos.

Quanto aos procedimentos, a técnica de aspiração manual intra-uterina (AMIU), método indicado pelo Ministério da Saúde para o atendimento humanizado à mulher em situação de abortamento, só foi oferecida para 3,54% das mulheres internadas nos hospitais do SUS no Rio de Janeiro.

A situação de ilegalidade na qual o aborto é realizado no Brasil afeta a existência de estatísticas confiáveis que subsidiem a implementação de políticas públicas mais precisas para as diferentes realidades regionais e faixas etárias, nas quais a gravidez indesejada é mais prevalente.

O aborto realizado em condições de risco freqüentemente é acompanhado de complicações severas, agravadas pelo desconhecimento desses sinais pela maioria das mulheres e da demora em procurar os serviços de saúde, que na sua maioria não está capacitado para esse tipo de atendimento (OLIVEIRA, 2003).

O aborto realizado em condições inseguras figura entre as principais causas de morte materna e é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. Violência que pode traduzir-se no retardo do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas. Pela representação simbólica da maternidade, como essência da condição idealizada do ser mulher e da realização feminina, o aborto pode sugerir uma recusa da maternidade e por isso pode ser recebido com muitas restrições por parte dos profissionais de saúde.

No entanto, pouco se faz para evitar que o aborto se repita, haja vista que as mulheres que tiveram complicações de aborto estão entre as pacientes mais negligenciadas quanto aos cuidados de promoção da saúde reprodutiva e, via de regra, nem são encaminhadas a serviços e profissionais capacitados (HUNTINGTON; PIET-PELON, 1999).

O melhor conhecimento do número de mortes ou complicações ou adoecimento de mulheres por aborto no Rio de Janeiro será um subsídio fundamental para a elaboração de políticas que visem a prevenir a situação acima descrita.

#### Recomendações:

- Apoiar os esforços em curso pela descriminalização do aborto no país.
- Reforçar a necessidade de campanhas sobre os direitos sexuais e reprodutivos, direcionadas à população mais vulnerável, destacando as mulheres residentes em municípios do interior, jovens e adolescentes.
- Facilitar a compra de medicamentos, especificamente do *Misoprostol*, através de novas portarias e resoluções que garantam principalmente às maternidades e hospitais de pequeno porte e do interior a obtenção deles.
- Realizar mais treinamentos para melhoria e humanização da assistência ao abortamento, incluindo o uso da AMIU, principalmente nos hospitais e maternidades do interior e nos de referência.
- Criar mecanismo de prestação de contas e fiscalização da aquisição de equipamentos e insumos.
- Implantar serviços que garantam planejamento reprodutivo pós-abortamento
- Estimular ações voltadas para humanização do atendimento ao aborto e revisão do fluxo de acordo com a situação de risco.
- Difundir a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento: monitorar e avaliar a sua implementação nos serviços.
- Estimular a qualificação de profissionais em todos os níveis da assistência, incluindo gestores e técnicos de saúde da atenção básica, secundária e terciária.

