

Política pública de saúde: o aborto e suas implicações

Public health policy: abortion and its implications

Daniela Kedna Ferreira Lima

danylima_@hotmail.com

Resumo

O presente texto apresenta uma discussão sobre o aborto legal enquanto direito na política pública de saúde SUS e analisa as implicações do abortamento ilegal na sua criminalização, determinantes e condicionantes da mortalidade materna que permeiam o processo. A metodologia empregada para a construção deste trabalho materializa-se na pesquisa bibliográfica e documental, com dados quali/quantitativos, documental, obtidos em livros, artigos e sites diversos, teses, dissertações, revistas acadêmicas e científicas, leis, resoluções, documentos oficiais, dentre outros. Destaca-se a importância da pesquisa de campo nesse constructo, entretanto, foi inexecutável sua submissão ao Comitê de Ética por questões externas à pesquisadora. Nesse sentido, são traçadas algumas considerações acerca dos avanços nas políticas de saúde voltadas para mulheres e no aparato legal. Irá ainda mostrar as implicações que a criminalização do aborto (nos casos ilegais) expõe à vida e à saúde das mulheres, como elemento condicionante à mortalidade materna.

Palavras-Chave: *Políticas públicas. Saúde. Aborto legal. Criminalização.*

Introdução

O presente trabalho expressa o resultado de estudos e pesquisas realizados no ano de 2013, sobre a Política Pública de Saúde, com recorte na prática legal e ilegal do aborto, que tem sido fonte contínua na construção e maturação científica da pesquisadora.

Na particularidade deste trabalho, optou-se inicialmente por contextualizar a Seguridade Social e as políticas públicas que a compõem, em especial

a política de saúde para mulheres no âmbito do SUS.

Na sequência são destacados alguns marcos significativos na particularidade do direito ao aborto legal que sinaliza para uma maior atenção ao aborto enquanto questão de saúde pública. O aborto ilegal também é destacado como condicionante dos índices de mortalidade materna cujos aspectos negativos têm levado inúmeras mulheres a se

submeterem a procedimentos clandestinos, sem respaldo da política pública de saúde. O fato de ser ele criminalizado não impede que seja praticado, provocado ou induzido, colocando em risco principalmente a vida das mulheres mais pobres que não conseguem pagar por um procedimento que apresente menos riscos à sua saúde física, psíquica e moral.

Apontaremos quais são os casos e exceções previstas por Lei para a realização do aborto legal, as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde visando à efetivação dos direitos à saúde das mulheres no SUS e o posicionamento do Supremo Tribunal Federal (STF) a cerca do aborto em 2016.

A exposição do referido tema possibilitará tecer considerações que indiquem direcionamentos que possam garantir maior efetividade e atenção à saúde das mulheres constituída como direito, na singularidade de cada sujeito na sua trama cotidiana.

O que são políticas públicas?

A definição de políticas públicas tem desencadeado uma série de discussões, posto que ela expressa interesses antagônicos na relação entre Estado e sociedade

civil. Desta relação entre Estado e sociedade civil tem origem as políticas sociais, de caráter público¹, que são implementadas para responder interesses e demandas das duas partes: do Estado com vistas à manutenção da ordem e das classes sociais por reivindicações a direitos sociais.

Assim, quando se fala de política pública, está se falando de uma política cuja marca definidora é o fato de ser pública, isto é, de todos, e não porque esteja vinculada ao Estado ou a grupos da sociedade civil. O seu caráter público caracteriza-se por “um conjunto de decisões e ações que envolvem, ao mesmo tempo, o Estado e a sociedade” (PEREIRA, 2009, p.102).

A referida autora (2009) complementa que a política pública tem como princípio efetivar direitos sociais conquistados pela sociedade e previstos em leis vigentes. Norteia-se pelo interesse comum e pela soberania popular e não pelo interesse particular ou soberania de governantes. A autora (2009) pondera ainda que essas políticas têm por foco a satisfação de necessidades sociais e não o lucro econômico-privado.

No tocante às políticas públicas enquanto instrumento na efetivação de direitos sociais é importante destacar que, segundo Pereira (2009, p.102),

¹ A palavra “pública” deriva do latim *respublica*, que significa coisa de todos, para todos entre outras configurações que associam à demanda coletiva. Depreendemos, portanto, que essa relação não é construída apenas pelo Estado, mas diante de um processo coletivo de tensionamento, estabelecido nas relações entre os sujeitos, diante das demandas apresentadas pela sociedade (PEREIRA, 2009).

elas devem estar voltadas ao “ser humano, seja ele quem for, [pois] é um ser social e, como tal, dotado de dimensões emocionais, cognitivas e de competência de aprendizagem, isso deve ser ponderado pelas políticas públicas”.

Diante disso, analisa-se que as políticas públicas além de se preocuparem com a provisão de bens materiais, têm o dever de efetivar a concretização de direitos ao ser humano: direito à autonomia, à informação, à convivência familiar e comunitária saudável, ao desenvolvimento intelectual, às oportunidades de participação e ao usufruto do progresso (PEREIRA, 2008).

Depreendemos, portanto, que as políticas públicas disseminam bens e serviços públicos para que todos os sujeitos da sociedade, enquanto cidadãos de direito, tenham acesso de forma gratuita a eles, conforme assegura a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988).

Diante de tais considerações, e recorrendo a Behring (2009, p.4), tem-se que

As políticas sociais se constroem, como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e

sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, nos seus grandes ciclos de expansão e estagnação, ou seja, problematiza-se o surgimento e o desenvolvimento das políticas sociais no contexto da acumulação capitalista e da luta de classes, com a perspectiva de demonstrar seus limites e possibilidades.

A seguridade social e a política pública de saúde

a Seguridade Social adotada no Brasil pós-Constituição Federal (BRASIL, 1988) tem o seu tripé estabelecido pelas políticas de Saúde, Assistência e Previdência. Em seu título VIII, da Ordem Social, nos artigos 194 a 204, são regulamentadas essas políticas públicas no país, com a finalidade de garantir direitos sociais².

Portanto, a regulamentação dessas três políticas está garantida constitucionalmente visto que aborda sobre ações necessárias à Seguridade Social:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

² Também a Organização Internacional do Trabalho (OIT), no sentido de proteger a sociedade e assegurar direitos, afirma que o Estado deve “proporcionar a seus membros mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais que de outra forma derivariam no desaparecimento ou em forte redução de sua subsistência com consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho ou enfermidade profissional, desemprego, invalidez, velhice e morte e também a proteção em forma de assistência médica e de ajuda às famílias com filhos” (OIT, 1952, p.21).

Desta forma, a política de Saúde componente da Seguridade Social teve um avanço estimável, se comparada aos anos anteriores, sobretudo diante das mudanças ocorridas na realidade brasileira.

A partir da Carta Magna Brasileira (BRASIL, 1988), a Saúde³ passou a ser reconhecida como um dos princípios fundamentais da pessoa humana. A ela couberam cinco artigos: 196, 197, 198, 199 e, 200, em que a saúde é um direito de todos e dever de Estado.

Desta forma, foram ainda incorporadas novas dimensões/condições: alimentação, moradia, emprego, lazer, saneamento, educação, entre outros.

A política de Saúde, garantida na Constituição Federal (BRASIL, 1988) determinou a construção de um sistema organizado hierarquicamente, denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema foi regulamentado na década de 1990, com a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) n. 8.080 (BRASIL, 1990a) e Lei n. 8.142 (BRASIL, 1990b). Denota-se que estas Leis foram fundamentais nos direcionamentos para a operacionalização do sistema de saúde, visto que definiram os princípios, objetivos e diretrizes do SUS.

Nessa trajetória, a saúde no Brasil, protagonizou uma série de consolidações que

culminaram na garantia dos direitos sociais. São grandes conquistas, entretanto, sua explicitação legal e os avanços obtidos não são sinônimos de um serviço “pronto e acabado”, mas sim, um processo em construção contínuo e permanente.

Nessa perspectiva, a política de Saúde tem se destacado, no cenário nacional pelo acesso, no âmbito das lutas sociais, aos princípios que visam um atendimento universal, integral e equânime. Para tanto, as políticas voltadas à área da Saúde garantem total assistência médico-hospitalar em todos os níveis: baixa, média e alta complexidade, bem como, ações na esfera preventiva visando diminuir os riscos e agravos à saúde de modo geral.

Avanços na política pública de saúde para mulheres e os significados da criminalização do aborto

as conquistas emergidas com o SUS desdobraram uma série de políticas e direcionamentos garantidos às demandas específicas apresentadas no cotidiano, dentre elas a política para as mulheres. É nesse contexto que o presente artigo está voltado para a questão

³ A Constituição Federal (BRASIL, 1988) define o conceito de Saúde em seu Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

do aborto legal e ilegal no Brasil e como esses procedimentos vêm sendo tratado pelas leis vigentes, com destaque para as políticas advindas da área da Saúde, sobretudo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. Vale destacar que, no Brasil,

a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2011a, p. 9).

Essa afirmativa contextualiza a condução impressa às políticas públicas direcionadas às mulheres. Todavia, em 1984 o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), num contexto de redemocratização do país, marcado, sobretudo, pela ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres anteriores (BRASIL, 1984).

Essa perspectiva implicou no rompimento com a visão tradicional sobre

saúde da mulher, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução (COSTA, 1979; CANESQUI, 1984; OSIS, 1994).

No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério (OSIS, 1998, p. 31).

Apesar desses avanços, uma questão ainda deve ser considerada como dificuldade na saúde pública: a prática do aborto⁴.

Nessa discussão, uma premissa inicial merece ser ressaltada, “queremos, [...] socializar pontos de vista sobre a importância da descriminalização do aborto” (MATOS, 2010, p. 11). Segundo o autor dessa citação, descriminalizar o aborto não significa impô-lo a quem não queira fazê-lo. Sua descriminalização permite o direito de que, quem necessite possa realizá-lo sem risco de agravos à Saúde ou mesmo de morte, bem como o risco de prisão, por ser ele um ato considerado ilegal, tratado como crime no Brasil, se praticado fora das ressalvas feitas no Código Penal (BRASIL, 2010a).

⁴ Segundo Oliveira (1995, p. 13) “por aborto podemos compreender o ‘produto eliminado’ da cavidade uterina ou abortado. E o termo abortamento refere-se ao processo que envolve a interrupção da gravidez propriamente dita”.

O Ministério da Saúde, em seu manual dos comitês de mortalidade materna, define aborto como sendo

a expulsão ou extração de um produto da concepção, sem sinais de vida, com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 cm ou menos de 22 semanas de gestação. O aborto é tão somente o produto da concepção expulso no abortamento. É a perda ou óbito fetal com menos de 500 g e/ou estatura menor ou igual a 25 cm ou menos de 22 semanas de gestação (BRASIL, 2007, p. 16).

Embora esta definição expresse avanços em questões relacionadas ao aborto, denotam-se algumas lacunas e imprecisões conceituais diante da opção da mulher pelo aborto legal. Tais proposições apresentam-se ainda, com superficialidade e contradições ao resumir o aborto em aspectos clínicos e quantificáveis, bem como sua relação específica aos sinais de vida. Pode-se verificar que, em casos de violência sexual, o manual técnico intitulado: Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher (BRASIL, 2001) destaca que, se:

a mulher deseja interromper a gravidez, ela deverá apresentar o Boletim de Ocorrência Policial (BOP), obtido na Delegacia de Polícia ao prestar queixa. Caso não o tenha feito até o momento, ela deverá ser orientada pelo serviço, a fazê-lo imediatamente. Recomenda-se solicitar o registro do atendimento médico por ocasião da violência sofrida e o laudo do

Instituto Médico Legal, quando disponível. Não é necessária a autorização judicial para o abortamento em caso de estupro, conforme o artigo 128 do código penal brasileiro, que exige apenas o consentimento do gestante (BRASIL, 2001, p. 154).

Segundo o referido documento (BRASIL, 2001), a mulher era submetida a exames ginecológicos, em especial o exame de anamnese que tinha por finalidade obter informações sobre a data do estupro, o último período menstrual e se a mulher utilizou alguma medicação após o ocorrido. O exame ginecológico deveria, ainda, rastrear lesões na vulva e vagina e o exame de toque mensurar o volume uterino e o tempo provável da gestação. Além de submetida aos exames rotineiros (sorologias para sífilis, HIV e hepatite, tipagem sanguínea e fator Rh), a gestante era encaminhada a exame de ultrassom para diagnóstico da idade gestacional.

Esses procedimentos vivenciados pelas mulheres vítimas de estupro passavam um conjunto de ações que visavam comprovar a veracidade dos fatos relatados pelas vítimas, re-vitimizando a vítima numa perspectiva comprobatória que contrapõe aos direitos de cidadania, posto que consistiam em exames, segundo dados institucionais, que indicavam com razoável precisão se a gravidez correspondia ou não ao momento do estupro relatado pela usuária.

Em se tratando de leis, no Brasil, a criminalização do aborto está expressa no Código Penal de 1940⁵, que prevê, nos artigos 124 a 127, que a interrupção de gravidez, praticada pela gestante ou por terceiro, com ou sem o seu consentimento, é crime contra a vida. A salvo as exceções expressas no art. 128, que estabelece:

Não se pune aborto praticado por médicos:

I – Se não há outro meio para salvar a vida da gestante;

II – Se a gravidez for resultado de estupro e o aborto é precedido com o consentimento da gestante, ou, quando incapaz, de seu representante legal (BRASIL, 2010a, p. 292).

Somente depois de 2009, com a modificação do Código Penal (BRASIL, 2010a), os artigos que se referem a crimes sexuais tiveram alguns avanços, em especial no que tange às possibilidades de realização do aborto legal.

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher,

a gravidez pode ser interrompida sempre que acontecer como resultado de qualquer delito contra a dignidade sexual, não apenas nos casos de estupro. Portanto, o artigo 128, inciso II do Código Penal, deve ser interpretado e aplicado da seguinte forma: não há crime de

aborto quando a gravidez resulta de estupro ou de qualquer outro crime contra a dignidade sexual, que são todos aqueles previstos no Título VI, da Parte Especial, do Código Penal. Finalmente, é preciso deixar consignado que o abortamento sentimental, humanitário ou ético (C.P, art. 128, II), assim como o aborto necessário (C.P, art. 128, I), é uma conduta lícita e um direito da mulher (BRASIL, 2011a, p. 12).

No caso de gravidez resultante de estupro, para a realização do aborto legal, exige-se o consentimento da mulher que foi estuprada ou, quando incapaz de responder por si, cabe o consentimento de seu representante legal. “Como o sistema penal considera lícita e não criminosa a prática do abortamento nessa situação, é direito da mulher interromper a gestação decorrente de estupro” (BRASIL, 2001, p. 11).

Os avanços na área da Saúde — pausados nos princípios apresentados pelo SUS — na perspectiva dos direitos de cidadania, também possibilitaram alterações significativas diante de casos de estupro, uma vez que essa realidade foi superada. O Ministério da Saúde normatizou os procedimentos para o atendimento ao abortamento em gravidez por violência sexual, conforme Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual

⁵ O código penal vigente no Brasil foi criado pelo decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. E ainda vigora na contemporaneidade. Várias emendas foram realizadas no Código Penal, dentre elas a que trata sobre os “crimes sexuais” (Brasil, 2011, p. 7).

contra as Mulheres e Adolescentes no ano de 2011 (BRASIL, 2011b), que contempla a organização da atenção e um guia geral para esse atendimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), para a prática do abortamento legal, sentimental, ético ou humanitário⁶, não há necessidade de decisão judicial afirmando a ocorrência do estupro ou de qualquer outro crime contra a dignidade da mulher. Prontamente, não há necessidade de autorização judicial nem de uma sentença, “a palavra da mulher que busca assistência médica afirmando ter sido vítima de um crime sexual há de gozar de credibilidade e [...] deve ser recebida com presunção de veracidade” (BRASIL, 2011b, p. 15).

Assim, mesmo que não seja registrado o Boletim de Ocorrência (BO), e ainda que não seja realizado o exame físico pelo Instituto Médico Legal (IML), o abortamento pode ser realizado em acordo com a legalidade. Pode até ser recomendado e orientado à mulher a lavrar o BO e a realizar o exame no IML, mas não se pode exigir essas providências como condição para o direito à prática do abortamento legal. A mulher não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia (BRASIL, 2011b).

O médico e demais profissionais da saúde não precisam recear possíveis consequências jurídicas, caso seja revelado posteriormente, que a gravidez não foi resultado de violência sexual, pois o Código Penal (BRASIL, 2010a) assegura em seu Art. 20, § 1º que “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima” (BRASIL, 2010a).

Depreendemos que defender o direito ao aborto legal seguro significa defender a vida das mulheres, uma vez que, segundo Costa (1999, p. 180) “a experiência brasileira com o aborto é mais uma lembrança sobre como as mulheres, ao enfrentar uma gravidez indesejada, são levadas ao aborto ilegal, independentemente dos riscos a sua saúde”. Ou seja,

se o nosso sistema jurídico permite a prática do abortamento ético, considerando-o absolutamente lícito, seria um absurdo incompreensível negar assistência médica à mulher que pretende interromper uma gravidez decorrente de crime sexual, punindo o médico que pratica o abortamento a pedido dessa mulher e obrigando-a a suportar os riscos, inclusive de morte, de um abortamento clandestino, marginal e inseguro, praticado em local inadequado, sem as necessárias e imprescindíveis condições técnicas, em condições

⁶ Esses termos utilizados acima: abortamento legal, sentimental, ético ou humanitário, são termos usados para se referir ao aborto legal, conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes (BRASIL, 2011b).

precárias de higiene, sem assistência psicológica, sem acompanhamento profissional e sem qualquer respeito à dignidade humana. Decididamente, 'a saúde é direito de todos e um dever do Estado'. Não se pode 'dar com uma mão e tomar com a outra'. Não se pode permitir o abortamento legal, sentimental, ético ou humanitário, considerando-o lícito, e, ao mesmo tempo, abandonar a mulher que deseja praticá-lo. O aborto pós-estupro é um direito da mulher garantido pelas normas internacionais de direitos humanos, pela Constituição Federal e, especificamente, pela legislação penal (BRASIL, 2011b, p. 13).

Após apresentarmos a compreensão de aborto e os direcionamentos tomados em termos legais, optamos por sinalizar algumas decorrências do aborto realizado de forma segura torna-se um fator condicionante de mortes maternas⁷.

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, a razão de mortalidade materna vem se reduzindo ao longo dos anos, tendo alcançado em 2005, o valor corrigido de 74,6 óbitos maternos por 100 mil

nascidos vivos. Em países desenvolvidos essas razões oscilam entre 6 a 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2008, p. 70).

O II Plano Nacional de política para as Mulheres (BRASIL, 2008, p. 71) apontam que,

no ano de 2006, foram realizados 2.067 abortos legais. Essa interrupção da gravidez está prevista no artigo 128 do Código Penal Brasileiro [...] que permite a realização desse procedimento nos casos de risco de vida para a mulher e de gravidez resultante de estupro. Nesse mesmo ano, o Sistema Único de Saúde realizou 222.840 curetagens resultantes de consequências de pós-aborto clandestinos, dos quais 37 resultaram em óbitos maternos.

Os números que explicitam o quantitativo das curetagens na realidade brasileira são altos mostrando que o aborto é uma questão de saúde pública. A pauta das discussões sobre política de saúde feminina — no meio científico e político —, ainda é muito tímida diante da gravidade expressa pelos números oficiais.

Segundo o Observatório Brasil da Igualdade de Gênero (BRASIL, 2011c)⁸,

7 Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2010b, p. 347).

8 Lançado em 8 de março de 2009, o Observatório Brasil da igualdade de gênero é uma iniciativa da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), em parceria com outras instituições públicas, organizações da sociedade civil e organismos internacionais, e mantém diálogo com outros Observatórios similares, no Brasil e na América Latina. Suas atividades têm como referência três eixos centrais: Indicadores; Produção e Disseminação de Conteúdos; e Diálogo Internacional (BRASIL, 2011c).

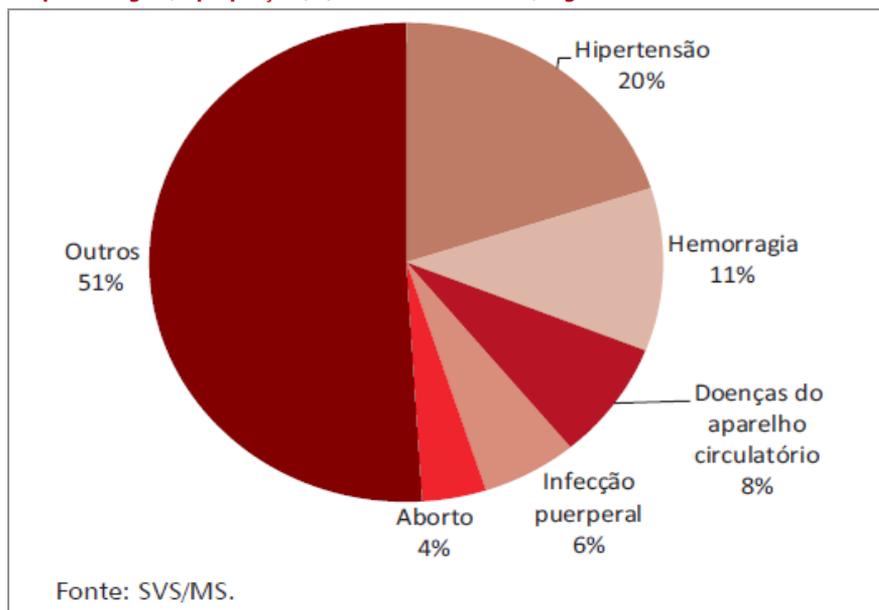
no primeiro semestre de 2011, o governo registrou 705 óbitos maternos, contra os 870 ocorridos no primeiro semestre de 2010: uma queda de 19%. A taxa anual para 2011 ainda não foi fechada, mas os dados preliminares indicam que o país pode atingir a proporção de 63 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos, contra 68 mortes por 100 mil em 2010. O cálculo das taxas de mortalidade materna inclui causas diretas da morte (como eclampsia e hemorragia pós-parto) e indiretas (doenças preexistentes agravadas na gravidez, como diabetes e

doenças circulatórias); e exclui causas externas, como acidentes. Para Langer (2001), as complicações imediatas mais frequentes entre as mulheres que passam por um processo de abortamento clandestino são, a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção, que podem levar a graus distintos de morbidade e mortalidade. Cabe então destacar, segundo o autor (2001), que a causa de morte materna por hemorragia tem, na maioria das vezes, uma ligação direta com o aborto.

O Gráfico 1 mostra a representatividade de morte materna e suas causas

GRÁFICO 1

Em porcentagem, a proporção (%) dos óbitos maternos, segundo suas causas



Fonte
Brasil (2010b).

Podemos assinalar que além dos casos de aborto registrados e representados no Gráfico 1, existe ainda uma parcela significativa de mulheres que

morrem com hemorragia ou infecções adquiridas num processo decorrente de um aborto mal sucedido. Essas são registradas como morte hemorrágica ou infecção puerperal, sem, no entanto,

especificar a causa real que permanece encoberta ou registrada como “outros”.

A seguir, a Tabela 1 demonstra a quantidade de mortes maternas ocorridas nos estados brasileiros, no ano de 2010:

TABELA 1

Distribuição, em percentual, dos óbitos maternos e suas causas nos Estados brasileiros selecionados

UF	Hipert.	Hemor.	CV	Inf. Puerp.	Aborto	Outros	Total	
	%	%	%	%	%	%	n	%
SP	19,6	12,9	9,6	4,1	8,1	45,8	271	100
RJ	17,8	6,1	5,0	4,4	7,2	59,4	180	100
BA	14,3	9,3	17,4	4,3	5,6	49,1	161	100
MA	31,7	9,8	2,4	5,7	1,6	48,8	123	100
MG	19,3	16,0	4,2	4,2	6,7	49,6	119	100
CE	20,9	7,7	5,5	5,5	2,2	58,2	91	100
PR	23,3	14,4	7,8	7,8	0,0	46,7	90	100
RS	8,9	13,9	11,4	1,3	2,5	62,0	79	100
PA	29,5	9,0	3,8	5,1	2,6	50,0	78	100
PE	18,4	17,1	3,9	10,5	3,9	46,1	76	100
AM	12,9	10,0	7,1	25,7	2,9	41,4	70	100
PI	17,0	8,5	12,8	8,5	0,0	53,2	47	100
GO	25,5	8,5	12,8	8,5	2,1	42,6	47	100

Fonte:SVS/MS.
*Estados com número total de óbitos maternos >40 óbitos. Causas de morte: hipertensão, hemorragias, CV = doenças do aparelho circulatório complicando a gestação, parto e puerpério.

Fonte
Brasil (2010b).

A representatividade dos óbitos maternos nos Estados brasileiros selecionados, conforme mostra a Tabela 1, apresentam a hipertensão como a principal causa da mortalidade materna, com maior índice registrado no Estado do Maranhão e menor índice no Rio Grande do Sul e Amazonas, seguida de mortes por hemorragia. O aborto aparece como uma das últimas causas de mortalidade materna, tendo o maior

índice no Estado de São Paulo e nenhum registro nos Estados do Piauí e Paraná.

O II Plano Nacional de Política para as Mulheres, elaborado pelo Ministério da Saúde, (BRASIL, 2008), assinala que as questões de saúde sexual e reprodutiva –incluída a saúde materna, mas não somente ela — foram durante muito tempo mantidas fora do escopo das políticas públicas governamentais. Entretanto, as mudanças societárias no

final do Século XX e na primeira década do Século XXI alteraram esse quadro, o que vem exigindo maior atenção do público no sentido de fazer valer direitos. Cabe ressaltar que dentre os pressupostos, princípios e diretrizes gerais da Política Nacional para as Mulheres estão resguardados os princípios da igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos e da participação e controle social. Dessa forma, a Política Nacional de Saúde para Mulheres presume que:

AUTONOMIA DAS MULHERES – deve ser assegurado às mulheres o poder de decisão sobre suas vidas e corpos, assim como as condições de influenciar os acontecimentos em sua comunidade e país, e de romper com o legado histórico, com os ciclos e espaços de dependência, exploração e subordinação que constroem suas vidas no plano pessoal, econômico, político e social. **LAICIDADE DO ESTADO** – as políticas públicas de Estado devem ser formuladas e implementadas de maneira independente de princípios religiosos, de forma a assegurar efetivamente os direitos consagrados na Constituição Federal e nos diversos instrumentos internacionais assinados e ratificados pelo Estado brasileiro, como medida de proteção aos direitos humanos das mulheres e meninas. (BRASIL, 2008, p. 29-30.).

Portanto, a política de saúde para as mulheres traz o dever de protegê-las em todo período de suas vidas,

como ainda durante a gestação e em todos os casos de escolha ou não por abortos, segundo o Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Assim, todas as mulheres têm direito ao atendimento humanizado, que pressupõe atendimento seguro e de qualidade nos serviços oferecidos pelo SUS e conveniados, conforme os pressupostos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004, p. 10):

Garantir a qualidade e ampliação de serviços de atenção ao abortamento previsto em lei. Assegurar Atenção Humanizada às Mulheres com aborto inseguro, uma vez que o aborto é uma das principais causas de mortalidade materna.

Portanto, a demanda ao aborto é uma questão de saúde pública, não apenas pelas discussões polêmicas — e por vezes dogmáticas — sobre como realizá-lo ou não, mas sobretudo pelas discussões mais amplas sobre qualidade de vida e saúde das mulheres.

A discriminação e os agravantes do não cumprimento do direito à saúde atribuídos às mulheres por razões culturais, legais e/ou religiosas que envolvem a questão do aborto “têm contribuído para a precariedade da assistência e aumento da mortalidade e morbidade por esta causa” (BRASIL, 2001 p.145).

Considerações finais

A criminalização do aborto ao longo dos anos tem apontado como principal consequência a exposição da saúde e da vida das mulheres brasileiras em idade fértil, em especial aquelas pertencentes ao segmento mais pobre na sociedade. Submetem-se a riscos gravíssimos que poderiam ser evitados pela adoção de uma política pública mais abrangente que garantisse, de fato, a efetivação dos direitos das mulheres, estabelecidos nos diversos instrumentos legais. Nesse sentido, ainda que com antinomias, entraves e lacunas instauradas no âmbito do SUS, há que se considerar os avanços e consolidações trazidas pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), ao reconhecer as pessoas como sujeitos de direitos.

De acordo com Matos (2010), a ilegalidade do aborto não impede a sua realização, mas a propicia em péssimas condições para a saúde das mulheres, em especial as mais pobres.

Doravante, com mudanças e avanços proporcionados pela política pública de saúde e a busca do bem-estar e saúde das mulheres, percebe-se conquistas na humanização do aborto, apesar dos grandes desafios ainda presentes.

Recentemente, o Supremo Tribunal de Justiça Federal (STF), no dia 29 de

novembro de 2016, deu um passo expressivo no que tange a descriminalização do aborto no Brasil, decidindo pela sua não criminalização durante os três primeiros meses de gestação.

a criminalização confere uma proteção deficiente aos direitos sexuais e reprodutivos, à autonomia, à integridade psíquica e física, e à saúde da mulher, com reflexos sobre a igualdade de gênero e impacto desproporcional sobre as mulheres mais pobres. [...] gera custos sociais e [...] procedimentos inseguros, com aumento da morbidade e da letalidade (BARROSO apud RICHTER, 2016, on-line).

Considera-se esta uma importante decisão reconhecida pelo STF, que abre caminhos para discussões e ações voltadas para o fortalecimento dos direitos da mulher no âmbito da saúde pública e no seu poder de decisão sobre o seu próprio corpo.

O Estado, provedor das políticas públicas, tem a responsabilidade em zelar pela vida das mulheres, evitar que morram vítimas da negação de um direito que lhes é assegurado como “direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988). Garantir a elas o direito de ser atendida e poder realizar o aborto legal, livre de (des) criminalizações, sem colocar em risco a sua saúde, com acesso a atendimentos qualitativos, compromissados e conscientes.

Referências

- BEHRING, E.R. As novas configurações do Estado e da sociedade civil no contexto da crise do capital. In: *CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 1984.
- _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.
- _____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Lei complementar do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. *Plano ação 2004–2007*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ii_pnpm.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2013.
- _____. Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei n. 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, 2009.
- _____. Código Penal, Código de Processo Penal, Constituição Federal. Org. Luiz Flávio Gomes. 12.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010a.
- _____. Ministério da Saúde. Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2011a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao aborto: norma técnica*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- _____. Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. *Quem somos*. Brasília, 2011c. Disponível em: <<http://www.observatoriodenegero.gov.br/menu/quem-somos>>. Acesso em: 2 dez. 2013.
- _____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais de Revisão n. 1 a 6/1994, pelas emendas constitucionais n. 1/1992 a 71/ de 2012 e pelo Decreto Legislativo n. 186/2008. Brasília, 2012.
- CANESQUI, A.M. A saúde da mulher em debate. *Revista Saúde em Debate*. n. 15/16, p. 29–36, jun. 1984.
- COSTA, J.F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

- COSTA, S.H. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- LANGER, A.; ESPINOZA, H. Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. In: REUNIAO NUEVOS DESAFIOS DE LA RESPONSABILIDAD POLÍTICA, 2001, Buenos Aires, Argentina. *Anales...* Buenos Aires, Argentina, 2001.
- MATOS, M.C. de. *A criminalização do aborto em questão*. São Paulo: Almedina, 2010.
- OLIVEIRA, S. de (coord.). *Aborto, você já conversou sobre isso? Campanha Contra a Morbidade e mortalidade materna*. Recife: Grupo Curumim, 1995. Disponível em: <<http://www.grupocurumim.org.br/site/arquivos/CartazAborto.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2013.
- OSIS, M.J.D. *Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção*. 1994. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 14, p.25–32, mai. 1998.
- OTT (Organização Internacional do Trabalho). *Direitos reprodutivos na saúde pública*. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/biblioteca>>. Acesso em: 16 nov. 2013.
- PEREIRA, P.A.P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- _____. *Política social: temas e questões*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- RICHTER, A. Turma do STF decide que aborto nos três primeiros meses de gravidez não é crime. *Agência Brasil*, Brasília, 29 nov. 2016. Disponível em: <<http://www.msn.com/pt-br/noticias/brasil/turma-do-stf-decide-que-aborto-nos-tr%C3%AAs-primeiros-meses-de-gravidez-n%C3%A3o-%C3%A9-crime/ar=-AAKVI3h?li=AAgGX1C&ocid=mailsignout>>. Acesso em: 3 dez. 2016.

Abstract

The present paper presents a discussion about legal abortion as a right in public health policy SUS and analyzes the implications of illegal abortion in its criminalization, determinants and conditioners of maternal mortality that permeate the process. The methodology used for the construction of this work materializes in bibliographical and documental research, with qualitative/quantitative data, documental, obtained in books, essays and websites, theses, dissertations, academic and scientific journals, laws, resolutions, official documents, among others. The importance of the field research in this construct is emphasized, however, its submission to the Ethics Committee by issues external to the researcher was unworkable. In this sense, some considerations are drawn about the advances in health policies directed at women and in the legal apparatus. It will also show the implications that the criminalization of abortion (in illegal cases) exposes to the life and health of women, as a conditioning factor to maternal mortality.

Keywords: *Public policies. Health. Legal abortion. Criminalization.*

