

QUESTÕES RELATIVAS À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Utilizando princípios de direitos humanos para promover qualidade nos serviços de aborto no Brasil

Estima-se que, a cada ano, perto de 1,5 milhão de abortos aconteçam no Brasil, com cerca de 30% das gravidezes terminando em aborto.¹ A prática do aborto neste país é uma manifestação clara de desigualdade social. Historicamente as mulheres menos privilegiadas não têm acesso a dispendiosas clínicas privadas e sofrem mais complicações devido a abortos inseguros. Estes representam a quarta maior causa de mortalidade materna no Brasil, sendo ainda maior na região Nordeste, onde a pobreza é mais acentuada.^{2,3}

Embora o aborto seja permitido por lei em duas hipóteses (quando não há outro modo de salvar a vida da mulher ou quando a gravidez resulta de estupro),⁴ até bem recentemente o aborto legal não era oferecido no país.

Desde a década de 1980, muitos grupos de mulheres e médicos vêm promovendo ações para abolir as leis retrógradas do aborto⁴ e disponibilizar o aborto legal através do treinamento de profissionais de saúde. A ênfase dos defensores da saúde da mulher tem recaído na gradativa normalização e descriminalização do aborto no Brasil, transformando o aborto numa questão de discussão pública a fim de apresentar o problema à sociedade.⁵

Em 1996, depois do Primeiro Fórum Interprofissional para Implementação do Aborto Previsto em Lei,⁴ o foco se ampliou para garantir que mulheres vítimas de violência sexual

pudessem ter acesso ao aborto legal. Em 1998 foram publicadas as Diretrizes para Prevenção e Cuidados das Conseqüências de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes,⁷ que se tornaram uma ferramenta chave para que os profissionais de saúde pudessem oferecer serviços acessíveis e apropriados a mulheres vítimas de aborto. Hoje aumentou consideravelmente o número de hospitais que oferecem aborto legal no Brasil.⁴

A partir do início da década de 1990, o aborto induzido pela auto-administração de misoprostol tem desempenhado um papel importante no Brasil e poderá ser uma opção viável para o aborto legal, já que é altamente eficaz no início da gravidez e relativamente barato. O uso dessa droga para fins de aborto é ilegal no Brasil, embora seja amplamente utilizada e possa ser encontrada no mercado negro ou nas farmácias, onde é vendida para tratamento de úlcera gástrica. Num estudo de 1996, conduzido na região Nordeste, verificou-se que, dentre 2074 mulheres que admitiram ter interrompido a gravidez, 66% relataram ter usado misoprostol. Quase 90% destas tinham tomado o medicamento via oral e também por inserção vaginal.⁸ Portanto, é necessário promover a conscientização quanto ao uso dessa droga entre mulheres e profissionais de saúde que prestam serviços pós-aborto.

Antes de 2000, a curetagem uterina para complicações do aborto inseguro era o segundo pro-

cedimento obstétrico mais comum realizado nos hospitais públicos brasileiros, sendo o parto o mais freqüente.⁹ Desde 2000, a aspiração manual a vácuo (AMV) foi recomendada pelo Decreto nº 569 para uso em hospitais públicos no lugar da curetagem uterina sempre que possível, visto ser mais segura.¹⁰ Mas mudanças de tais práticas levam tempo e a AMV ainda não é usada por muitos médicos. Alguns não foram treinados, outros pareciam estar recorrendo à AMV mas escreviam “curetagem por AMV” na ficha médica. Esta constatação foi um dos motivos para que o Ministério da Saúde decidisse oferecer orientações técnicas nacionais e assegurar que o sistema público de saúde no Brasil passasse a oferecer cuidados pós-parto seguros e humanos.

A maioria dos médicos tem pouca informação sobre a lei do aborto e teme as conseqüências, mesmo ao realizar procedimentos permitidos por lei. Além disso, tem havido muita pressão por parte da Igreja Católica para impedir o acesso ao aborto legal. Em 1989, a então prefeita de São Paulo, Luiza Erundina, aprovou o Decreto nº 692/89 que tornou compulsória a prestação de serviços de aborto legal nos hospitais públicos da cidade.⁶ O Hospital Jabaquara foi o primeiro a oferecer aborto legal, sendo gradualmente seguido por outros.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher liderou o processo de criação de diretrizes nacionais para os serviços de aborto. Uma força-tarefa de especialistas composta pela Coordenadoria de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, o Ipas Brasil, a Rede Feminista de Saúde, o Comitê Latino-Americano de Direitos da Mulher (CLADEM), o Centro de Pesquisa Materno-Infantil de Campinas (Cremicamp), a ABRASCO e a Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) reuniu-se de maio de 2003 a novembro de 2004 para desenvolver a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto. Estas diretri-

zes estariam alinhadas com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994:

“Os direitos reprodutivos são reconhecidos como direitos humanos em diversos tratados e convenções internacionais, e incluem o direito de cada pessoa a ter controle e decisão sobre sua sexualidade e reprodução, livre de coerção, discriminação e violência.”³

As diretrizes contêm cinco seções principais:

Aspectos legais e éticos do aborto

Esta seção oferece uma análise da atenção ao aborto legal no Brasil e revê os princípios éticos que deveriam orientar os profissionais de saúde, incluindo autonomia, beneficência, probidade e justiça. Estes princípios devem ser a base para os cuidados pós-aborto. Segundo a Constituição Federal brasileira, que defende os princípios da dignidade humana e a responsabilidade parental, os casais têm a liberdade de usar o planejamento familiar e o Estado é obrigado a oferecer educação e recursos para que os casais consigam exercer tais direitos livres de coerção pelo setor público ou privado (Constituição Federal, art. 226, parágrafo 7).

Oferecimento de apoio e informação

Esta seção é sobre a interação dos profissionais de saúde, sua comunicação com as mulheres e a importância de oferecer informações, aconselhamento e apoio.

“A ação de informar deve promover autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia.”⁹

Ela enfatiza a necessidade que as mulheres têm de respeito, gentileza e compaixão durante os cuidados pós-aborto. Explica que a mulher que sofre de complicações de aborto em geral se encontra ferida emocional e fisicamente, e precisa de atenção. Portanto, os profissionais de saúde devem usar uma abordagem sensível, que inclua evitar julgamentos, estar consciente das neces-

sidades e preocupações da mulher, manter-se aberto para falar sobre a gravidez, aborto inseguro e saúde reprodutiva, informar as mulheres sobre os procedimentos que serão realizados e oferecer a elas contracepção para evitar outra gravidez indesejada.

Parceria entre comunidade e profissionais de saúde

Esta seção trata do empoderamento das mulheres e adolescentes e outros membros da comunidade a fim de prevenir a gravidez indesejada e o aborto inseguro. Apela aos profissionais de saúde para que garantam a disponibilização de recursos humanos e materiais para o serviço de saúde de forma a atender às necessidades e expectativas da comunidade.

Orientações clínicas e recomendações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e da Organização Mundial da Saúde.

A quarta seção trata da prevenção do aborto inseguro como aspecto crucial da saúde reprodutiva e sexual da mulher, segundo o parágrafo 61, III do Programa de Ação da CIPD:

“Nas circunstâncias em que o aborto não é ilegal, os sistemas de saúde deveriam treinar e equipar os profissionais de saúde e tomar outras medidas para garantir que tal aborto seja seguro e acessível.”

As Diretrizes recomendam AMV para gravidezes de menos de doze semanas (desde a última menstruação) e que, quando a AMV não for vi-

ável, é aceitável a curetagem uterina. Para gravidezes com mais de doze semanas recomenda-se o aborto medicamentoso com misoprostol.¹¹

Planejamento familiar

Esta seção é sobre as necessidades das mulheres e adolescentes que desejam se proteger contra uma gravidez indesejada. Uma mulher que já fez um aborto pode estar em risco de outro.⁹ Assim, o planejamento familiar é fundamental para a saúde sexual e reprodutiva da mulher, e os profissionais de saúde devem informar as mulheres e seus parceiros sobre os métodos para evitar a gravidez indesejada e abortos futuros. Existe enorme discriminação e estigma nos serviços públicos de saúde em relação a mulheres que buscam cuidados pós-aborto, o que resulta na não admissão destas mulheres em certos hospitais. Há sinais de problemas no sistema público de saúde e de mulheres carentes que necessitam de cuidados pós-aborto. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto é uma oportunidade de expandir o acesso das mulheres a serviços pós-aborto de qualidade e representam o reconhecimento pelo governo brasileiro da importância de se implementar os direitos humanos relativos à saúde sexual e reprodutiva a fim de cumprir suas obrigações internacionais.

Leila Adesse

e Luciana Campello Ribeiro de Almeida

Ipas Brasil, Rio de Janeiro

E-mail ladesse@ipas.org.br

Referências

1. Cook, R., Dickens, B., Fathalla, M. Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: integrando medicina, ética e direito. Tradução de Andrea Romani, Renata Perrone e equipe. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.
2. Sistema de Informações Hospitalares (SIS/SUS) Em: www.datasus.gov.br.
3. Araújo, M. J. O., Viola, R. C. Impacto da Gravidez Indesejada na Saúde da Mulher. Artigo apresentado no Seminário Os Novos Desafios da Responsabilidade Pública. CEPIA, Rio de Janeiro, 19 a 21 de setembro de 2003.
4. Faúndes, A., Leocadio, E., Andalft, J. Making legal abortion accessible in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2002; 10 (19): 120-27.
5. Hardy, E. Rebello, I. La discusión sobre el aborto provocado en el Congreso Nacional Brasileño: el papel del movimiento

- de mujeres. *Cadernos Saúde Pública* 1996; 12 (2): 259-66.
6. Mota, C., Pereira, I. Manual para o estabelecimento de um serviço de atendimento para o aborto previsto por lei. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 1996.
 7. Brasil, Ministério da Saúde. Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Brasília DF: Ministério da Saúde, 1998.
 8. Fonseca, W., Misago, C., Correia L. L. et al. Determinants of induced abortion among poor women admitted to hospitals in locality of the region northeast Brazil. *Revista Saúde Pública* 1996; 30 (1) : 13-18.
 9. Brasil, Ministério da Saúde. Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
 10. Rede Feminista de Saúde, Dossiê Aborto: Mortes preveníveis e evitáveis - Dossiê, Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005.
 11. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO, 2003.