



## A QUEM INTERESSA O ABORTO INSEGURO?

Luiza Cadioli<sup>1</sup>

Mariana Pércia<sup>2</sup>

Ligia Cardieri<sup>3</sup>

**RESUMO:** Este artigo, com caráter de resenha, sintetiza algumas pesquisas e artigos que mostram que o aborto pode ser um procedimento muito seguro, e deveria estar disponível para que se preserve o direito à saúde de meninas e mulheres. A intenção das autoras, que integram a Frente Nacional Pela Legalização do Aborto é que contribua para qualificar os argumentos das ativistas rumo à descriminalização e legalização em nosso país.

### INTRODUÇÃO: QUAL O TAMANHO DA QUESTÃO?

O aborto induzido é uma situação comum na vida de mulheres em idade reprodutiva no Brasil e no mundo. De acordo com a Pesquisa Nacional do Aborto, 1 a cada 5 mulheres já abortou ou irá abortar ao longo de sua vida reprodutiva. Em sua maioria essas mulheres são casadas, declararam ter religião e já têm pelo menos um filho. De acordo com a OMS, 55 milhões de abortamentos aconteceram entre os anos de 2010 e 2014, sendo 30 milhões considerados seguros, 17 milhões considerados menos seguros e 8 milhões considerados inseguros.

O aborto é também uma preocupação de saúde pública, já que é responsável por muitas mortes de meninas e mulheres no mundo, onde as leis de aborto são restritivas e ocorrem maior número de abortos inseguros, como em países da América Latina e África. No âmbito dos serviços de saúde, trata-se de um procedimento pouco complexo e bastante seguro, com mortalidade ínfima, o que nos mostra que mortes decorrentes de aborto são totalmente evitáveis se disponibilizados os recursos adequados, e assistência se necessário. Deveria ser um tema prioritário de sistemas de saúde e governos para defender a vida e a saúde de meninas e mulheres sob risco.

De acordo com a OMS (2022) em sua última diretriz sobre o tema, o aborto deveria ser um direito garantido pelo estado. No entanto, no Brasil, sua realização só é permitida

---

<sup>1</sup> Médica de família e comunidade pela USP, atuante no Coletivo Feminista Sexualidade e saúde e trabalhadora de UBS na zona oeste de São Paulo.

<sup>2</sup> Médica ginecologista e obstetra, atuante no Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e ativista pelo direitos reprodutivos.

<sup>3</sup> Graduada em Ciências Sociais e especialista em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e em Epidemiologia pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Servidora pública aposentada pela Secretaria de Saúde do Paraná (SESA PR). Coordenadora Executiva Nacional da Rede Feminista de Saúde e integrante do Conselho Diretivo da Rede de Saúde de Mulheres Latino-Americanas e do Caribe (RSMLAC). E-mail: [ligiacardieri@gmail.com](mailto:ligiacardieri@gmail.com).

em três situações: estupro, risco de vida da mulher e anencefalia. Mesmo nesses casos o acesso nem sempre é assegurado. Apesar disso, abortos seguem sendo realizado amplamente por mulheres, principalmente com o advento do uso do misoprostol, medicação que tem sua venda proibida no Brasil, mas que possibilitou que o aborto se tornasse mais seguro na década de 90. Apesar da segurança da medicação e da necessidade urgente de ampliarmos o acesso ao aborto seguro no Brasil e no mundo, o que temos visto é um retrocesso na garantia desse direito, mesmo nos casos de aborto previsto em lei. Recentemente, nos EUA, ocorreu a derrubada pela suprema corte da decisão Roe vs Wade de 1973 que garantia o aborto como um direito das mulheres em todos os estados americanos. No Brasil, a cartilha ou guia "Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento" do Ministério da Saúde, em junho de 2022, traz uma série de diretrizes e condutas distorcidas, evidenciando que a escolha política sobre os cuidados com as mulheres que abortam é por restringir ainda mais o acesso ao aborto, até mesmo nos casos previstos em lei, com avaliações morais e sem respaldo científico, indo na contra-mão das recomendações da OMS e outras instituições preocupadas com os direitos sexuais e reprodutivos e com a saúde pública. Meninas e mulheres têm sido perseguidas em países com leis mais restritivas e têm cotidianamente esse direito reprodutivo negado, o que as coloca em situação de insegurança e risco.

Mortes por aborto são consideradas a terceira causa de morte materna no Brasil. De acordo com dados do datasus e o sistema de informações sobre mortalidade (SIM), houve um ligeiro decréscimo de mortes por aborto (provavelmente induzidos) entre 2015 e 2019, e que estão grifados em cinza, com somatória na linha em vermelho.

**Tab. 02 - Óbitos por aborto no Brasil, por códigos da CID 10, de 2015 a 2019**

Proced.aborto	Cod.	2015	2016	2017	2018	2019	total	%
Grav. ectópica	000	35	45	42	46	39	207	33,1
Mola hidatiforme	01	3	8	9	5	7	32	5,1
Outr.prod.anormais	02	11	17	18	13	15	74	11,8
Ab.espontâneo	03	16	11	23	24	10	84	13,4
Razão méd.legal	04	3	1	1	2	-	7	1,1
Outros tipos ab.	05	5	15	5	8	5	38	6,1
Ab. Não especific.	06	34	21	34	27	23	139	22,2
Falha tent. abort	07	14	8	5	7	5	39	6,2
<b>Sub-total</b>		<b>53</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>42</b>	<b>33</b>	<b>216</b>	<b>(34,5)</b>
Complicações ....	08	-	1	1	-	4	6	1,0
<b>Total</b>	-	<b>121</b>	<b>127</b>	<b>138</b>	<b>132</b>	<b>108</b>	<b>626</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Sim/Datasus/MS- elaboração da autora



Catarinas

Analisando-se apenas o ano de 2019 com detalhamento pela característica raça/cor das mulheres que foram a óbito, percebe-se que dentre os 33 casos de aborto que consideramos como “provocado ou induzido”, 24 foram entre mulheres pretas e pardas, o que corresponde a 72,7% dos casos, e 9 foram em mulheres brancas. Assim como a Mortalidade Materna geral, por todas as causas, inclusive a COVID 19, atinge mais as mulheres negras, o óbito materno devido ao abortamento inseguro também afeta mais essas mesmas mulheres.

Apesar dos números, alguns estudos sugerem que esses dados são subestimados por problemas no preenchimento das bases de dados de mortalidade. Há uma subnotificação dos casos de morte materna e dos casos cuja causa é o aborto provocado, inclusive pela dificuldade técnica de realização de pesquisas diante do cenário de ilegalidade. A causa do óbito considerada nas análises de mortalidade é aquela selecionada como Causa Básica. Há, porém, outros diagnósticos citados nos atestados de óbitos, não selecionados como causa básica, mas que se associaram à causa do óbito. A análise de causa múltipla, realizada em outro artigo, mostra que, entre 2006 e 2015, além dos 770 óbitos oficialmente citados, houve mais 220 óbitos com menção de aborto, porém com outra causa básica.

O trabalho que vem sendo realizado pelo Observatório Obstétrico Brasileiro nos últimos 2 anos vem aprofundando e refinando essa análise de causas nos registros de mortes relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Entender essas causas de óbitos é importante inclusive para a necessária separação entre aborto seguro (mesmo que ilegal), menos seguro e inseguro.

## **ABORTO SEGURO X ABORTO INSEGURO**

A Organização Mundial de Saúde define aborto “seguro” como o aborto realizado em países onde a lei não é restritiva ou em países em que, apesar da lei formal, o aborto está amplamente disponível e as pessoas têm acesso a bons recursos para realizá-lo e serviços de assistência em casos de complicações. Por outro lado, aborto inseguro seria aquele realizado com recursos inadequados, usando técnicas não reconhecidas, por profissionais não habilitados e em ambiente que não atenda a padrões sanitários mínimos.

Estima-se que cerca de 25 milhões de abortos inseguros ocorrem em todo o mundo e 97% desses em países com recursos limitados e legislações mais restritivas em relação

ao aborto, o que dificulta inclusive o acesso a dados confiáveis. Na América Latina e Caribe essa taxa parece ser mais alta: 31 a cada 1000 mulheres por ano, em seguida vem a África, com 28 abortos inseguros a cada 1000, contra a menor taxa na Ásia, de 11 mulheres a cada 1000. As taxas de internações por complicações de aborto inseguro também variam por região e nível socioeconômico e também são piores em países com legislação mais restritiva, como se pode observar no gráfico abaixo, retirado do artigo de Ganatra et al, de 2017, publicado na renomada revista científica The Lancet.

No gráfico, as barras de cor verde indicam aborto seguro, as de cor azul abortos pouco seguros, e na cor rosa os abortos muito inseguros.

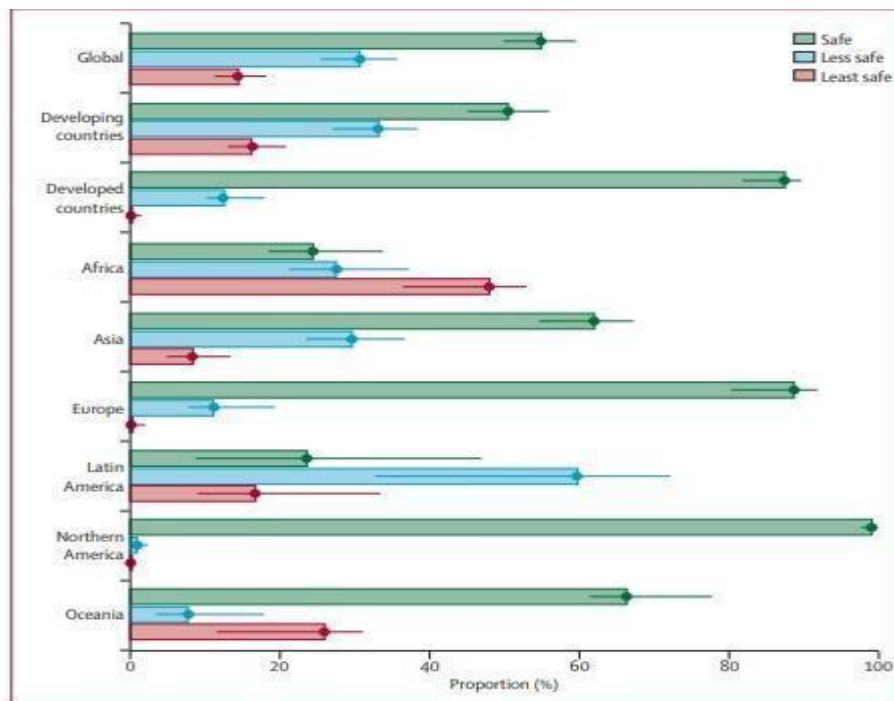


Figure 3: Distribution of abortion safety categories worldwide and by region  
Bars and dots show the point estimates of the proportion of abortions in each category and horizontal lines are 90% uncertainty intervals.

É importante dizer que abortos inseguros, pela definição da OMS, são realizados por pessoas não qualificadas para essa assistência e isso muitas vezes se aplica inclusive a médicos/as ou enfermeiros/as que, não treinados para essa assistência, usam de procedimentos que não são mais recomendados pela OMS, como por exemplo a curetagem uterina quando deveriam estar usando os métodos recomendados pela OMS: o aborto medicamentoso ou a aspiração intrauterina. Por isso têm sido propostos outros modelos para avaliar a segurança de um aborto, tal como exposto abaixo, segundo artigo de

MacDonagh, S. (2016) da Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras de 2016, e que traduzimos a seguir.

Nos títulos em azul, da esquerda para a direita, constam as gradações de insegurança quanto ao aborto: 1) muito inseguro: aquele feito sem respeitar as diretrizes da OMS, e que resulta em complicação grave ou morte; 2) inseguro: também não respeita as diretrizes da OMS e resulta em complicação moderada; 3) inseguro com baixo risco à saúde: não respeita as diretrizes da OMS mas não resulta em complicação; 4) seguro com baixo risco à saúde: respeita as diretrizes da OMS, porém é ilegal e/ou estigmatizado socialmente; 5) seguro: realizado conforme as diretrizes da OMS, além de ser legal e com pouco ou nenhum estigma.



Fig. 1. Illustrative example of conceptual definitions of abortion safety.

Os métodos utilizados para abortos inseguros são variados e se dividem em:

1. tratamentos orais e injetáveis (incluem sais metálicos, fósforo, chumbo, querosene, soluções detergentes, estimulantes uterinos (misoprostol ou ocitocina), cloroquina, contraceptivos orais, chás e remédios a base de ervas)
2. preparações colocadas no colo do útero, vagina ou reto (incluem comprimidos de permanganato de potássio, preparação de ervas, misoprostol, enemas)
3. Instrumentação do útero (incluem: inserção de cateter seguida de infusão de álcool, soro fisiológico, inserção de corpos estranhos, como cabide, agulha de tricô, agulha de crochê, seringas).

Esses últimos métodos são os que têm potencial de perfuração uterina e abortos infectados, contando com maiores riscos de morbimortalidade tais como: toxidade renal, cardíaca, traumas no abdômen, aborto infectado, sepse, rotura uterina, hemorragia e morte.

A história do aborto inseguro e das mortes por este tipo de aborto teve mudança substancial a partir da década de 90 em todo o mundo, em especial nos países onde as legislações são mais restritivas. Essa mudança ocorreu devido a uma descoberta casual, realizada pelas mulheres brasileiras, de maneira autônoma, ao perceberem que um medicamento para tratar problema de estômago tinha um efeito adverso: a medicação com efeito abortivo era o misoprostol, recém chegada ao Brasil em 1986, com o nome comercial de Cytotec. Contamos aqui essa história, já trazida em diversos artigos científicos, porque entendemos que ela revela que o compromisso com a segurança de um aborto, considerando que este é um evento que sempre está presente na vida das mulheres, pareceu muito maior vindo de um grupo de mulheres e profissionais de saúde do que dos formuladores de leis e do executivo brasileiro.

O misoprostol é uma prostaglandina, medicação desenvolvida inicialmente pela indústria farmacêutica com o intuito de tratamento de úlceras gástricas e duodenais. Logo quando se iniciou sua comercialização em 86, as vendas no Brasil tiveram um crescimento exponencial, crescimento esse que logo foi relacionado à descoberta de seu efeito adverso enquanto medicação, por aumentar as contrações uterinas e conseqüente sangramento se houvesse algum produto de concepção dentro do útero. Veja abaixo os relatórios de vendas expostos no artigo de Arilha et al (93):

**Table 1 Monthly sales of Cytotec in Brazil, August 1986 to December 1992**

Month	Units sold <sup>a</sup>						
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
January	—	34,311	9,885	25,757	42,307	46,115	5,246
February	—	17,022	12,696	29,244	46,684	64,636	4,451
March	—	9,450	11,037	28,868	9,058	57,821	7,769
April	—	10,319	18,880	43,047	47,250	81,861	9,663
May	—	9,102	19,082	42,593	50,058	62,044	19,350
June	—	8,266	25,923	79,147	43,703	55,719	23,517
July	—	8,516	20,847	71,526	40,887	58,089	28,336
August	75,069 <sup>b</sup>	14,896	35,892	48,276	17,926	23,959	30,381
September	35,950	19,748	27,461	56,278	26,096	27,690	6,469
October	65,445	15,798	— <sup>c</sup>	57,235	56,790	31,982	97
November	53,831	19,538	20,795	56,808	54,697	26,674	14,081
December	30,521	22,233	6,545	42,224	56,474	35,544	847
<b>Total</b>	<b>260,816</b>	<b>189,199</b>	<b>209,033</b>	<b>581,003</b>	<b>493,930</b>	<b>572,134</b>	<b>150,207</b>

<sup>a</sup> Figures are for boxes containing 28 pills

<sup>b</sup> Month in which the drug was introduced in the market.

<sup>c</sup> No production for October 1988 due to lack of raw materials.

**Source:** Biolab Laboratories, São Paulo.

Essa descoberta colocou rapidamente o misoprostol na mira do interesse da indústria farmacêutica e da criminalização pelo governo brasileiro. A medicação que era vendida sem receita nos balcões de farmácia, passou primeiro a apresentar exigência de liberação mediante apresentação de receituário especial e, logo em seguida, no início dos



Catarinas

anos 2000, entrou para a lista de medicações especiais através da portaria 344 da Anvisa, entre os medicamentos liberados apenas para hospitais que atendessem determinadas exigências, na companhia de medicações com alto nível de toxicidade, como morfina ou propofol. Concomitante a isso foram estimuladas diversas propagandas negativas, mencionando possíveis efeitos teratogênicos do misoprostol e o potencial perigo para a vida das mulheres, com base em artigos com pouco respaldo científico, mas usados até os dias de hoje pelos grupos anti-aborto.

Essa celeuma em relação ao misoprostol não se justificava pela possível preocupação que o Estado brasileiro estaria tendo com a saúde reprodutiva e sexual das mulheres e sim uma extrema preocupação pelo fato das mulheres terem descoberto sozinhas a utilidade de um método seguro, eficaz e com possibilidade de autogestão sobre seus corpos.

Enquanto no Brasil se operava uma verdadeira perseguição sobre a comercialização do misoprostol, o mundo mostrou bastante interesse por esta medicação que, juntamente com outra medicação que vinha sendo desenvolvida por uma indústria francesa na década de 90, mostrou a melhor combinação de eficácia para um aborto medicamentoso completo e seguro: essa outra medicação é a mifepristona, largamente utilizada no mundo, mas até hoje não disponibilizada em nosso país. Dados da OMS, assim como da Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO) mostram que um aborto realizado com a combinação de misoprostol + mifepristona chega a um índice de resolução de cerca de 98,86%, enquanto com misoprostol isoladamente chega-se a 88%, que ainda é uma taxa superior e muito segura em relação aos métodos aos quais as mulheres recorriam anteriormente, diante do desespero de uma gestação não desejada.

A perseguição ao misoprostol foi tão grande no Brasil que, durante um período no início dos anos 2000, a Pfizer, indústria naquela época responsável pela produção do conhecido Cytotec, parou de produzir para o Brasil, tamanhas eram as barreiras para a comercialização. Porém, naquele momento os ginecologistas e obstetras brasileiros já sabiam que essa medicação podia ser usada com muitos benefícios dentro da obstetria, para situações como indução de parto, indução de aborto retido, prevenção e tratamento de hemorragias pós parto. Assim como perceberam a enorme mudança de paradigma entre as mulheres que chegavam aos hospitais por abortamentos incompletos: as complicações muito maiores até a década de 90, comparadas às complicações reduzidas depois do misoprostol, mesmo que buscado no mercado informal e ilegal. Os hospitais notaram uma queda drástica, após a chegada do misoprostol, no cenário de mulheres que chegavam morrendo devido a manipulação do útero com objetos cortantes ou outras técnicas



extremamente inseguras, tamanho o desespero diante de uma gestação não desejada. As chamadas salas de “aborto infectado” foram ficando cada vez mais vazias diante do crescimento da comercialização desta medicação, apesar dos riscos inerentes ao mercado informal.

A solução para retomar a comercialização no Brasil veio inclusive de uma articulação de obstetras brasileiros com um indústria farmacêutica brasileira, para a produção nacional, que ocorre até hoje pela mesma indústria, localizada em Caruaru, interior pernambucano, única autorizada a vender o misoprostol para os hospitais brasileiros.

Sabe-se hoje que o misoprostol é uma medicação extremamente segura, tendo sua dose tóxica sabidamente distante da dose usual para abortos em início de gestação: sintomas de intoxicação leve a moderada foram relatados com doses de 3 a 8,5mg, e um único caso de morte por intoxicação conhecida após ingestão foi com 12mg de misoprostol. Essa dose chega a ser 5 vezes maior do que a maior dose de misoprostol utilizada numa interrupção de primeiro trimestre.

As possíveis complicações relacionadas a um aborto se referem em especial ao aborto inseguro. Segundo um estudo comparativo de 2012 publicado pela American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) que analisou a morbidade e mortalidade nos Estados Unidos comparando partos e abortos entre 1998 e 2005, ficou demonstrado 8,8 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos contra 0,6 mortes maternas em 100 mil abortos, o que mostra que um parto pode ser até 14 vezes mais arriscado que um aborto seguro.

Em países com recursos limitados e associados a legislações mais restritivas em relação ao aborto estima-se que cerca de 7 milhões de mulheres foram tratadas devido a complicações relacionadas ao aborto inseguro. As complicações principais foram: hemorragia, com 3% de casos graves, infecções, com 5,1% de casos graves e trauma, sendo 7,2 % de casos graves. Os fatores relacionados a estas complicações eram: uso de substâncias tóxicas associadas, idades gestacionais mais elevadas e falta de acesso a cuidados pós aborto.

Nota-se que todas as complicações existem pelos abortamentos estarem envoltas em um estigma social de criminalização e medo de uma prática historicamente realizada pelas mulheres e para a qual as próprias mulheres, em suas investigações empíricas, conseguiram descobrir um método mais seguro.

O aborto medicamentoso (seja com misoprostol isoladamente ou com misoprostol + mifepristona) é um procedimento tão seguro que a Diretriz sobre cuidados no Aborto, lançada em março de 2022 pela OMS, reforça a possibilidade e recomendação de que o





procedimento seja realizado de maneira autogerida, no domicílio das pacientes, sob orientação de profissionais via telemedicina, em uma interrupção de até 12 semanas. Esta mesma diretriz reforça práticas para um aborto seguro: a confirmação de idade gestacional, a orientação sobre sinais de alarme, o uso correto das doses de acordo com a idade gestacional e os cuidados pós abortamento, incluindo a escolha de métodos contraceptivos na sequência de um aborto completo.

Segundo este documento a dose utilizada até 12 semanas deve ser de 800 mcg (4 comprimidos de 200 mcg) de misoprostol de maneira SUBLINGUAL (deixar dissolver embaixo da língua), ou VAGINAL (inserir na vagina), a cada 3h, se não houver eliminação, podendo ser repetida 3 vezes. A via oral (engolir o comprimido) foi contra indicada pela OMS, devido a menor eficácia e maior risco de complicações gástricas. Caso se disponha de mifepristona, deve ser tomada de 36 a 24h antes de iniciar o procedimento com misoprostol, sendo um comprimido, via oral, de 200 mg, uma vez só. Devem ser observados sinais de alarme para uma ida ao hospital, no caso de um procedimento feito em domicílio. Entre eles: sangramento que utilize mais de 2 absorventes noturnos em 2 horas seguidas e, dor abdominal forte e febre alta.

Submeter as mulheres brasileiras às regras do tráfico e contrabando do misoprostol, ao invés de ter, por exemplo, o medicamento disponibilizado em farmácias, é ignorar a realidade vivida pelas mulheres no exercício de sua sexualidade, aumentando os riscos a que estão expostas. É a mesma hipocrisia que se revela ao pregar a abstinência sexual para resolver a questão da gravidez na adolescência.

Considerando que a Constituição brasileira estabelece um Estado laico, e que milhares de mulheres buscam todos os anos interromper uma gravidez indesejada, fica evidente que é muito necessário ampliar o debate com a sociedade, levando informações corretas sobre o avanço que representa o aborto por meio de medicamentos. É fundamental que se sensibilize os parlamentares para que reflitam: preferem que as mulheres sigam relegadas a procedimentos inseguros, que comprometam sua saúde física e mental, e que tenham negado o acesso à informação e aos medicamentos? Até quando pretendem manter o aborto criminalizado e inseguro para milhares de brasileiras todos os anos?

## **A LEGALIZAÇÃO REDUZ COMPLICAÇÕES E MORTES POR ABORTO**

Apresentamos aqui uma síntese de artigos e notícias sobre o que ocorreu após a legalização do aborto no Uruguai (2012), em Portugal (2007) e nos Estados Unidos - EUA (1973). A conclusão é similar em todos eles: a legalização do procedimento favorece a



saúde das mulheres, diminuindo mortes e complicações devidas ao aborto. E ainda: o aborto feito dentro da legalidade apresenta risco muito pequeno se comparado ao processo de uma gravidez que chega ao final com um nascimento vivo, como já mencionado anteriormente.

No Brasil, devido às restrições legais ao aborto, ainda não se pode fazer realizar estudos comparáveis, como foi discutido nos itens iniciais desse texto: há poucos registros de abortos com causa especificada e código CID, e a maioria dos registros não distingue entre abortos espontâneos e outros que são realizados nos hospitais do SUS, por várias razões, com ou sem complicações. Também não há dados para os hospitais privados e existem apenas estimativas para abortos realizados autonomamente em domicílio, com uso de medicamentos. Imprecisões ocorrem também nos indicadores de morte materna, seja por aborto ou demais causas, que só apresentam dados confiáveis nos estados e municípios onde funcionam efetivamente os Comitês de Investigação de óbito materno, que fazem busca ativa e análise de todas as mortes de mulheres em idade fértil (MIF).

Dados oficiais do Ministério da Saúde para o quinquênio 2015-2019 mostram que o aborto, espontâneo ou induzido, contribuiu com 7,4% (626 óbitos, CID O00 a O08) do total de 8.640 mortes maternas registradas nesse período, estando em terceiro lugar dentre as mortes obstétricas diretas, logo depois da hipertensão gestacional (19,1%) e das hemorragias (11,3%), constituindo assim a terceira causa de óbito dentre as mortes maternas (Martins, 2021).

#### **a. SITUAÇÃO NO URUGUAI**

Em 2012 foi aprovada a lei 18.987 que autorizou a interrupção voluntária da gravidez nos serviços públicos de saúde do país: até a 12<sup>a</sup>. semana de gestação por escolha da mulher, e até a 14<sup>a</sup> semana em caso de estupro. Nas situações de risco de vida para a gestante ou de malformação fetal não se impõem limites de tempo. Após um ano de aplicação da lei, os dados oficiais indicaram a realização de 6.676 abortos, com nenhuma morte, e as complicações representaram apenas 50 casos ou 0,007% do total (Reis, R.). Ano a ano aumentaram os procedimentos, chegando a dez mil interrupções em 2017, com indícios de estabilização daí em diante. Note-se que 98,8% dos procedimentos acontecem com o uso dos dois medicamentos combinados (mifepristone e misoprostol), geralmente com uso domiciliar, supervisionado por profissional.



No período de 2001 a 2005 tinham sido 25 mortes devido a aborto. Esse índice elevado gerou uma pressão para a implantação de serviços atentos à gravidez indesejada, com orientações para uso correto de anticoncepção e medidas para as mulheres evitarem o aborto inseguro. Contando com a proteção do sigilo médico, entre 2006-2010, milhares de mulheres se beneficiaram de informações corretas sobre o uso dos medicamentos abortivos, e houve queda substancial das mortes por aborto (Fiol e outras, 2016). Após a legalização, entre 2013 e 2016, segundo o Ministério de Saúde Pública, ocorreram três mortes devido a aborto inseguro, todas de mulheres que não procuraram os serviços oficiais de interrupção da gestação.

## **b. SITUAÇÃO EM PORTUGAL**

Após um referendo popular, em 2007 o aborto por decisão da mulher se tornou legal em Portugal até a 10ª semana de gestação. Em 2008, primeiro ano da nova lei, foram realizados 18.607 abortos, com aumento anual até 2011 (20.480 casos), seguindo-se tendência de decréscimo: foram 14.928 procedimentos em 2018, sendo 95,8% por opção da mulher até a 10ª semana; 3,5% por anomalia fetal; menos de 1,0% devido a risco de vida ou de saúde da gestante, e apenas 0,05% devido a estupro (Portada, 2021). Em 2015 os abortos em Portugal tinham um índice de 192 por mil nascimentos, menor que a média europeia que era de 203 por mil; em 2018, o índice português ficou em 171,6 por mil nascidos vivos. A análise de especialistas considera que a firme estratégia de oferecer métodos anticoncepcionais seguros e eficazes ainda no hospital onde se realiza o aborto ou o parto, e aceitos por 92% das mulheres, é responsável pela redução. De 2011 a 2018 a queda foi de 28% e o índice de morte materna por complicações de aborto baixou quase a zero. (Folhapress, 2020). De acordo com relatórios oficiais, entre 2001 e 2007 foram 14 mortes maternas por aborto, e entre 2011 e 2014, já na vigência da legalização, nenhuma morte materna ocorreu devido a essa causa. O sistema público de saúde responde por 75% dos procedimentos, sendo 98% deles realizados com medicamentos. No setor privado o método mais comum é o cirúrgico (Boueri, 2018). Em 2021 os registros de aborto apontaram 20,8% de mulheres estrangeiras, e as brasileiras são as mais presentes: em 2017 foram 447 e em 2018 foram 571.

## **c. SITUAÇÃO NOS ESTADOS UNIDOS**



Em 1973, ao julgar o processo Roe vs. Wade, a Suprema Corte dos EUA reconheceu que as mulheres tinham direito a decidir autonomamente sobre interromper uma gravidez, e os estados não poderiam impor leis para impedir. Inúmeros estudos foram realizados nesses 49 anos de vigência desta resolução. O livro que serviu de base para este resumo diz no título que “um terço das mulheres americanas fez aborto” e relata o panorama geral da época; seu subtítulo também é sugestivo: “como o aborto legal transformou nosso país” (Grimes, 2012).

O autor identifica 3 fases nessa história: antes dos anos 70, de 70 a 73 e após a decisão de 1973. Na década de 40 já se alertava para o grande número de mortes maternas (cerca de mil por ano) devido a complicações por aborto inseguro. Nos anos 50 estimava-se em 200 mil a um milhão os abortos inseguros anuais, e os hospitais registraram os vários métodos perigosos utilizados, expondo em especial mulheres pobres, afroamericanas e latinas. A desigualdade de acesso era flagrante: mulheres ricas viajavam para a Suécia ou Cuba e faziam aborto sem complicações. Entre 1958 e 1962 as mortes por aborto ficaram em um patamar de 300 óbitos anuais.

Na segunda fase, em julho de 1970, o estado de Nova York foi pioneiro na adoção de uma lei que contemplava o “aborto a pedido da mulher”. Em 1972, com informe de 27 estados, foram realizados 587 mil abortos, sendo que Nova York e Califórnia concentraram 86% desse total. Milhares de mulheres se deslocavam de estados mais restritivos. Os gastos significativos nas viagens oneravam as mulheres mais pobres, além da dificuldade de assegurar o seguimento de possíveis problemas pós-aborto que surgiam e se agravavam por impossibilidade de cuidados à distância. Em 1973 o número de mortes por aborto já havia baixado para 50, contra 150 óbitos em 1970.

O livro expõe as mudanças ocorridas após a decisão da Suprema Corte: a grande ampliação de serviços em todo o país, predominando o atendimento ambulatorial em clínicas (e redução em hospitais) e os importantes avanços na tecnologia do aborto

As clínicas logo adotam a anestesia local e a aspiração intra uterina, configurando um procedimento mais rápido, menos desconfortável e com custo menor; a aspiração logo supera a curetagem: era 46% em 1973 e **passa a ser 100% em 1995**. Médicos passaram a ser treinados para utilizarem os procedimentos mais adequados, os abortos passaram a ocorrer em fases mais precoces da gestação, e 90% foram feitos dentro do próprio estado (eram 44% antes de 1973). A RMM por aborto caiu de 20 para 5 em 1972, e chegou próxima a zero em 1980. Outro índice compara o baixo risco de 1 morte por cem mil abortos com o risco de se tomar penicilina, com 2 mortes por cem mil injeções. O Instituto médico americano constatou: a legalização do aborto contribuiu para melhorar a saúde das



Catarinas

mulheres norte-americanas; foram 09 mortes por aborto em 1980. O Relatório Koop de 1989, encomendado pelo governo Reagan, analisou milhares de dados e concluiu que "o aborto acarreta um risco físico relativamente baixo e os problemas emocionais não são relevantes do ponto de vista da saúde pública".

Um Parecer da Associação Médica Americana - AMA realizado a pedido do Congresso em 1991, comparou as taxas de morbi-mortalidade antes e depois da decisão Roe vs Wade, e concluiu: o aborto legal é mais seguro do que o aborto ilegal, e tem menos risco do que uma gestação levada até o final; a taxa de mortalidade materna geral é 10 vezes maior do que a taxa de mortalidade por aborto legal. Afirma ainda que qualquer barreira que aumente o prazo entre o pedido e a realização do aborto deveria ser eliminada (como o tempo para reflexão, a exigência de autorização de familiar ou outra autoridade, a distância para encontrar um serviço) pois acarreta aumento nos riscos para a saúde das pessoas.

Em artigo de 2012 Raymond e Grimes afirmam que no período de 98 a 2005 a RMM na gravidez que resultou em nascimento vivo foi de 8,8 por cem mil N.V. (2856 óbitos maternos em 32 milhões de nascidos vivos), e que a RMAb- razão de morte por aborto- foi de 0,6 por cem mil abortamentos (64 óbitos em 10 milhões de abortos), o que significa um risco 14 vezes MENOR do que o que afeta toda mulher que dá a luz. Apontam ainda que as complicações que afetam as mulheres na gravidez a termo também são mais sérias e em maior frequência do que aquelas que se apresentam nos processos de aborto (Raymond,2012).

Nesse momento em que a histórica decisão de 1973 foi revogada, torna-se muito importante conhecer o que aconteceu nesses 49 anos de maior acesso ao aborto legal, e atentar para o aumento de riscos que os impedimentos de vários estados restritivos poderão acarretar para a saúde das mulheres norte-americanas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para prevenir a gravidez indesejada e a violência sexual contra crianças e jovens , que atingem milhares a cada ano, é necessário que todos conheçam seu próprio corpo e tenham acesso no SUS a métodos anticoncepcionais seguros. Mesmo assim, continuarão a acontecer situações de gravidez indesejada e a decisão de não querer prosseguir com a gestação, devido a condições variadas. Segundo a OMS, das 75 milhões de gestações indesejadas que ocorrem no mundo, cerca de 41% delas ocorreram sob uso de métodos



Catarinas

contraceptivos. Por isso reivindicamos que o aborto seja descriminalizado e legalizado no Brasil, como já ocorre em 61 países no mundo.

Com esse texto, que sintetiza achados de muitos artigos científicos e indicadores de fontes oficiais sobre o aborto legalizado e com tecnologia segura, esperamos contribuir para que mais pessoas reflitam sobre a importância de se assegurar esse direito às mulheres, meninas e pessoas que gestam no Brasil. A criminalização tem impactos prejudiciais à saúde e à vida de milhares: o medo impede que elas busquem ajuda para conversar antes de tomar a decisão pelo aborto, e o silêncio não contribui para que circulem amplamente as informações sobre os serviços de aborto legal já existentes, ou os cuidados e dosagem adequados para aquelas que usam os medicamentos por conta própria. A ilegalidade do aborto e a falta de acesso seguro ao misoprostol geram situações constrangedoras e até perigosas: há vendas de comprimidos falsos, ou a pessoa fica na dependência de um traficante de drogas ilegais, pode haver demora de várias semanas para receber os comprimidos, resultando em menor eficácia do medicamento e maior risco de complicações, ou até a busca de métodos abortivos perigosos.

A conclusão simples, baseada em evidências robustas, é que **não é o aborto que mata ou gera complicações, mas a criminalização e a ilegalidade que pesam sobre um procedimento que é muito seguro e eficaz.**

Por isso defendemos:

EDUCAÇÃO SEXUAL PARA CONHECER

ANTICONCEPÇÃO PARA PREVENIR

ABORTO LEGAL E SEGURO, PARA NÃO MORRER NEM COMPLICAR

## REFERÊNCIAS

Barbosa, R. M.; Arilha, M. The Brazilian Experience With Cytotec. Source: Studies In Family Planning, vol. 24, n. 4, 1993, p. 236-240.

Bentov, Y.; Sheiner, E.; Katz, M. Misoprostol Overdose During The First Trimester Of Pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2004. p. 115-108.

Cardoso, B. B.; Vieira, F.; Saraceni, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.36, 2020.



Catarinas

Diniz, D.; Medeiros, M.; Madeiro, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, c. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 out. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>.

Domingues, R. M. S. M et al. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.36, 2020.

Fiol, V. et al. The Role Of Medical Abortion In The Implementation Of The Law On Voluntary Termination Of Pregnancy In Uruguay. *International Journal Of Gynecology And Obstetrics*. n.134, 2016.

Folhapress. Aborto em Portugal. Disponível em: <https://folhapress.folha.com.br/>. Acesso em: 06 nov. 2020.

Ganatra, B. et al. Global, Regional, And Subregional Classification Of Abortions By Safety, 2010–14: Estimates From A Bayesian Hierarchical Model. *The Lancet*, 390(10110), 2372–2381. doi:10.1016/S0140-6736(17)31794-4.

Grimes, D. *Every Third Woman In America: How Legal Abortion Transformed Our Nation*. Amazon, 2012.

Martins, A. L.; Coelho, C. C.; Soares, V. M. N. Mortalidade materna no Brasil: comove, mas não mobiliza. In: *Dossiê 30 anos da Rede Feminista de Saúde: democracia, saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos*. Org. Emilia Senapeschi e Leina Peres. Editora CRV: Curitiba, 2021.

Opera Mundi. Uruguai: em um ano, 6.676 abortos seguros foram realizados e nenhuma morte registrada. 2014. Disponível em: <https://operamundi.uol.com.br/politica-e-economia/34136/uruguai-em-um-ano-6-676-abortos-seguros-foram-realizados-e-nenhuma-morte-registrada>.

Organização Mundial da Saúde. *Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo*. Genebra: 2022.



Catarinas

Pordata. Estatísticas para Portugal e Europa. Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Acesso em: 05 maio 2021.

Prandini, M. Misoprostol em julgamento: um estudo descritivo da criminalização de um medicamento essencial no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2021.

Raymond, E. G.; Grimes, D. A. The Comparative Safety Of Legal Induced Abortion And Childbirth In The United States. Obstetrics & Gynecology, 119, 215–219, 2012. Doi:10.1097/Aog.0b013e31823fe923.

Sedgh, G. et al. Insights From An Expert Group Meeting On The Definition And Measurement Of Unsafe Abortion. International Journal Of Gynecology & Obstetrics, 134(1), 104–106. Doi:10.1016/J.ijgo.2015.11.017.