A criminalização do aborto expõe a riscos mais elevados de mortalidade materna, principalmente as mulheres desfavorecidas socialmente

Mário F G Monteiro - IMS/UERJ
Leila Adesse - IPAS
Jacques Levin - IMS/UERJ

Trabalho realizado em parceria de IPAS e Instituto de Medicina Social da UERJ com apoio do Ministério da Saúde

Saúde
Ministério da Saúde
BRASIL
UM PAÍS DE TODOS

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

Apesar de sua importância e dos riscos à saúde da mulher que estão associados com algumas práticas de indução do aborto, os estudos sobre a magnitude do aborto têm sido obstaculizados por preconceitos políticos, religiosos e jurídicos em relação ao aborto, que certamente não têm contribuído para melhorar a atenção médico-hospitalar que seria necessária para a população feminina, além de dificultar o conhecimento do problema.

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).

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.

Singh, Susheela e Wulf, Deirdre. Estimating abortions levels in Brazil, Colombia and Peru, using hospitals admissions and fertility survey data. Int. Fam. Plan. Persp., 17(1):8-13, 1991.

Em 1994, o Alan Guttmacher Institute (1994) 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.

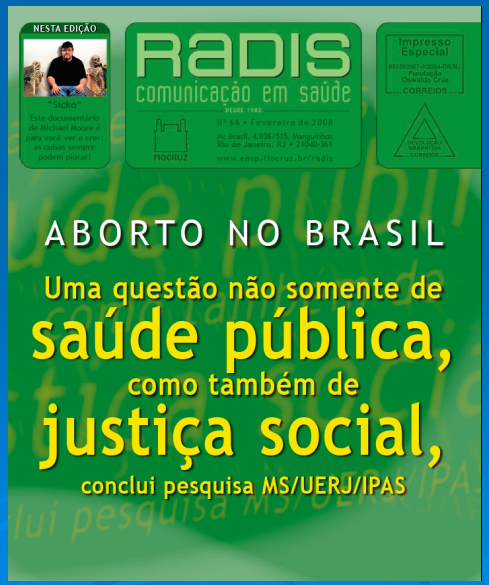
A repercussão nacional e internacional da investigação sobre aborto inseguro na América Latina foi grande e recolocou esta discussão em pauta; hoje é difícil um estudo sobre aborto inseguro que não o referencie.

Alan Guttmacher Institute. Clandestine Abortion: A Latin American Reality. New York, 1994.

Um resumo deste trabalho pode ser encontrado em:
Susheela Singh and Gilda Sedgh. The Relationship of Abortion to Trends in Contraception and Fertility in Brazil, Colombia and Mexico.
International Family Planning Perspectives. Volume 23, Number 1, March 1997
Em URL: http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2300497.html

Esta apresentação é baseada em estimativas e indicadores que temos produzido em diversos trabalhos realizados desde 1994, quando participamos da pesquisa do Instituto Alan Guttmacher sobre aborto na América Latina.

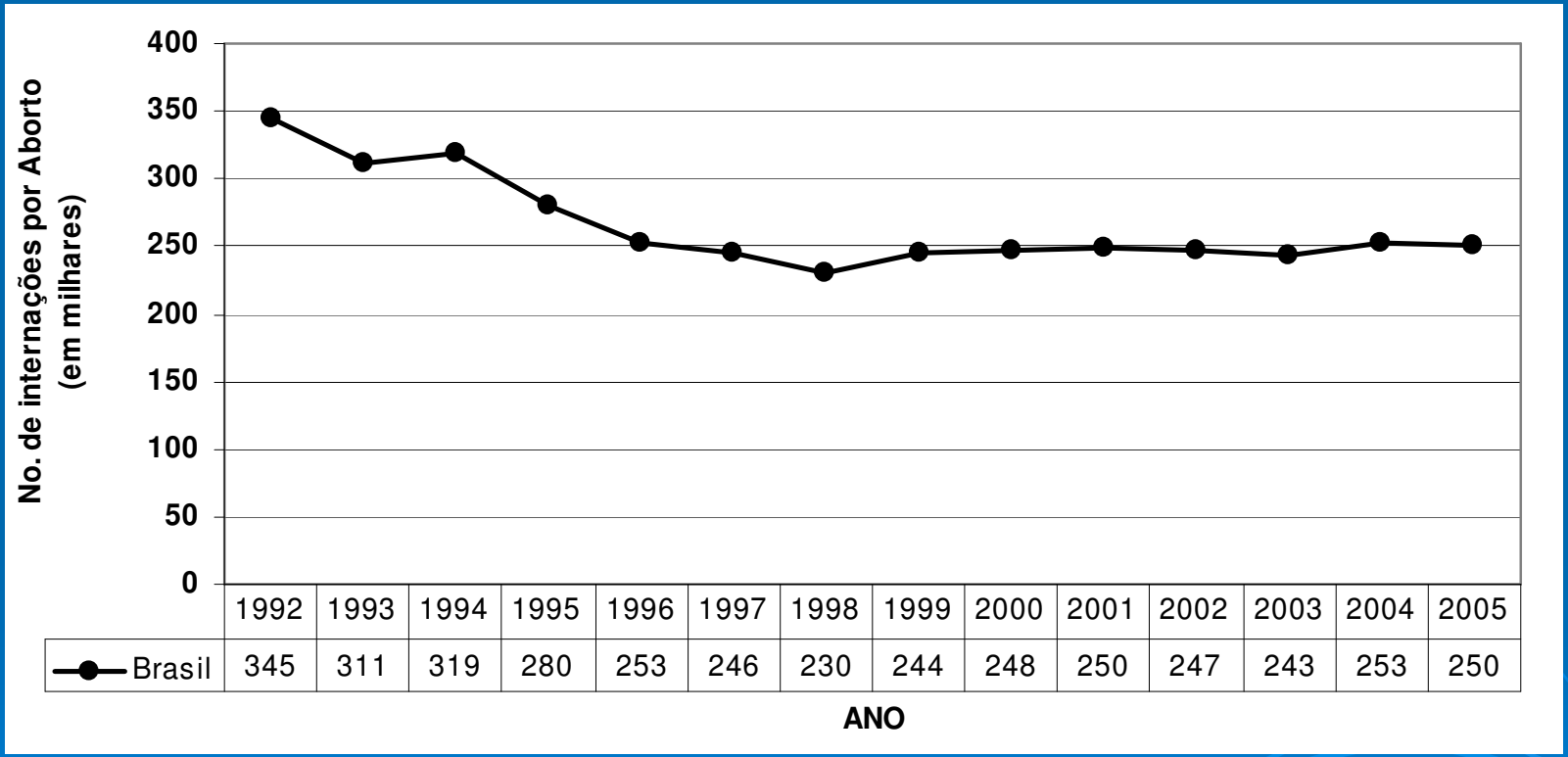
Uma parte de nosso trabalho recente está publicada na revista Radis 66 (fevereiro de 2008).



http://www.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis_66.pdf

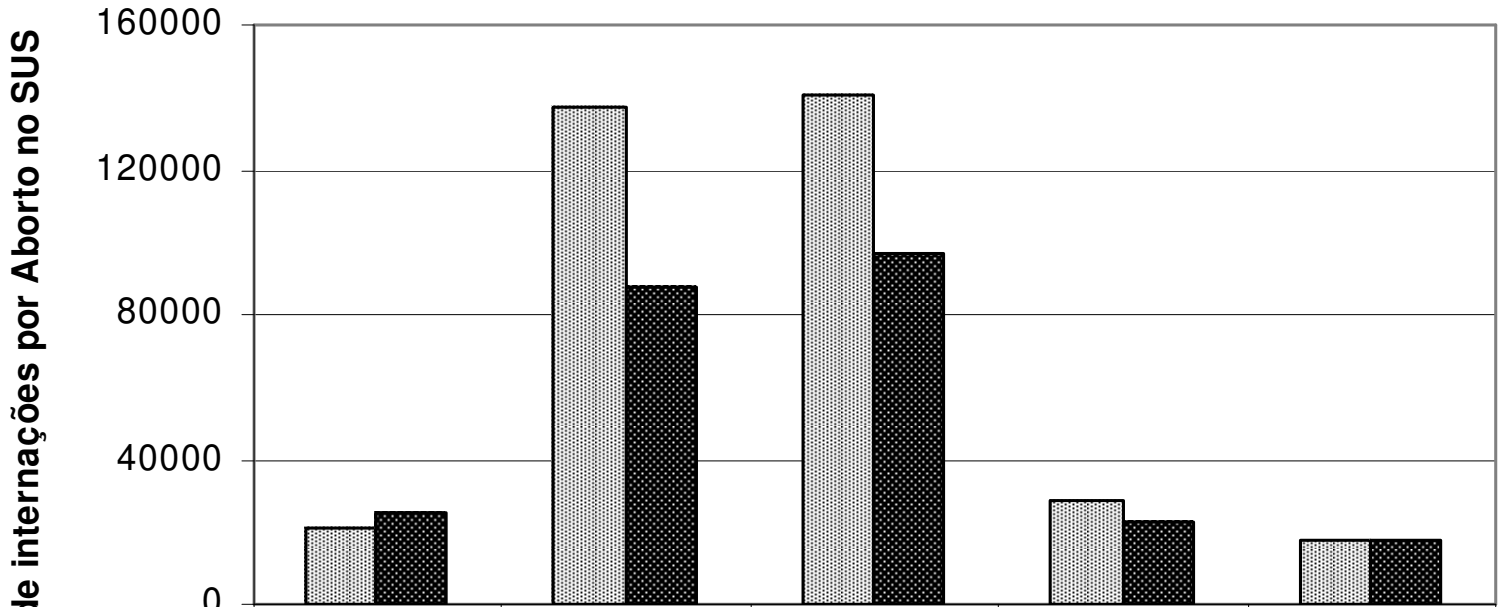
1. Internações por aborto no SUS

Número de internações no SUS por abortamento (em milhares) Brasil - 1992 a 2005



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Diferenças regionais no número de internações no SUS por abortamento



	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1992	21122	137300	140593	28459	17482
2005	25290	87911	96586	22751	17909

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Os 15 Municípios com maior número de internações do SUS por abortamento em 2005

Grupos de idade	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	Total
Município						
355030 São Paulo	108	2253	7480	4193	880	14914
292740 Salvador	88	1611	5623	2223	265	9810
330455 Rio de Janeiro	101	1519	4416	2067	410	8513
230440 Fortaleza	56	1110	3109	1486	280	6041
530010 Brasília	51	805	3070	1486	321	5733
130260 Manaus	69	1142	3009	1030	104	5354
150140 Belém	40	731	1911	566	84	3332
211130 São Luís	31	635	2031	502	60	3259
310620 Belo Horizonte	16	437	1653	837	165	3108
261160 Recife	37	547	1636	657	87	2964
221100 Teresina	13	514	1729	465	53	2774
270430 Maceió	33	507	1302	472	50	2364
410690 Curitiba	18	363	1077	601	132	2191
431490 Porto Alegre	17	319	975	584	159	2054
330170 Duque de Caxias	16	346	887	406	67	1722

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Número de internações no SUS por abortamento segundo a faixa etária Brasil e Grandes Regiões – 1992 e 2005

1992	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	Total*
Região Norte	4928	7011	4439	2257	1252	602	125	20614
Região Nordeste	25136	41744	30249	17406	10696	6539	1952	133722
Região Sudeste	22262	39717	33687	21890	12910	5763	1441	137670
Região Sul	4181	6931	6608	4868	3243	1591	496	27918
Região Centro-Oeste	3650	5773	3945	1947	1056	465	181	17017
Brasil	60157	101176	78928	48368	29157	14960	4195	336941

2005	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	Total*
Região Norte	5754	8352	5655	2863	1467	608	136	24835
Região Nordeste	17552	27184	19703	11613	6886	3112	622	86672
Região Sudeste	16278	26456	22149	15072	10071	4750	714	95490
Região Sul	3662	5663	4915	3716	2725	1473	272	22426
Região Centro-Oeste	3311	5419	4182	2548	1398	640	144	17642
Brasil	46557	73074	56604	35812	22547	10583	1888	247065

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Comparações internacionais

Figura 1 - Distribuição percentual por grupo etário das internações por aborto. Brasil e Grandes Regiões - 2005 a 2007

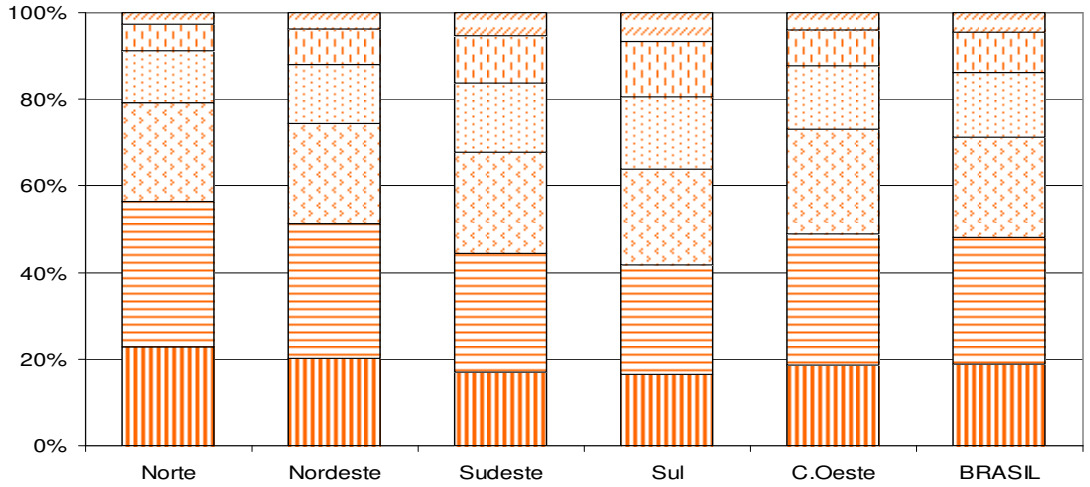
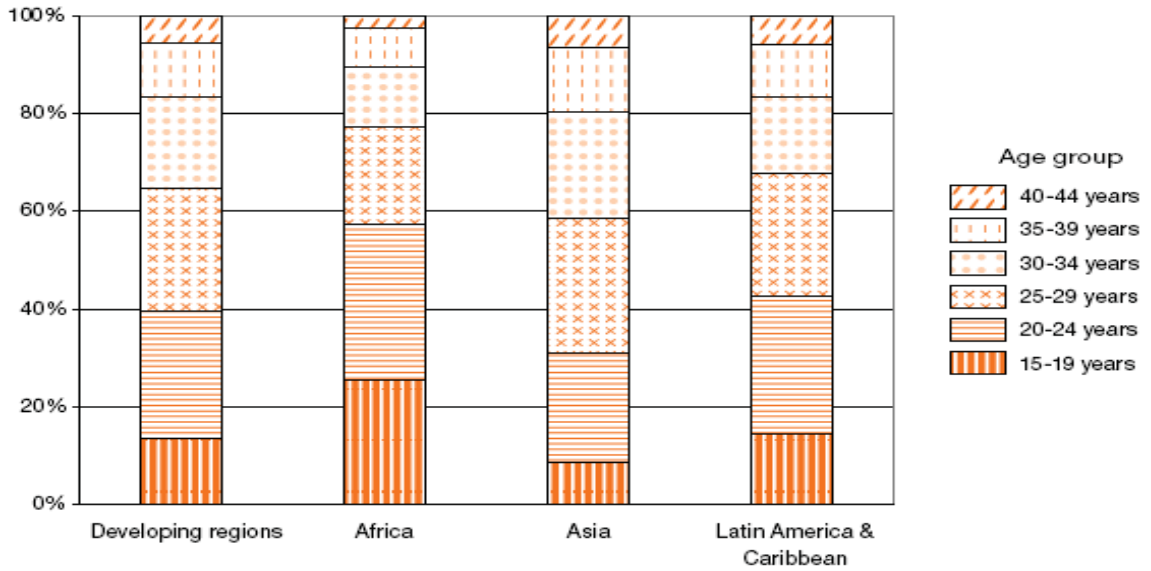


Figure 2. Percentage distribution of unsafe abortion by age-group in the different regions



Fonte da figura 2 : World Health Organization - Unsafe abortion. 2007

2. Estimativas de incidência do aborto induzido

Estimativas do número de abortos induzidos

- Estas estimativas são utilizadas para suprir a deficiência de informações disponíveis para medir a incidência de abortamentos, principalmente em países onde o abortamento não é livre.

O método proposto pelo Instituto Alan Guttmacher, descrito a seguir, é aceito e utilizado internacionalmente, inclusive pela OMS, tendo se tornado uma referência freqüente em estudos sobre magnitude do aborto.

Os indicadores de incidência foram categorizados de maneira a permitir a comparação com os indicadores internacionais apresentados pela OMS no documento ***"Unsafe abortion - Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003" disponível em URL:***

- ***http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafeabortion_2003/ua_estimates03.pdf***

- **MÉTODO DE CÁLCULO (proposto pelo Alan Guttmacher Institute)**

  Foram utilizados como fatores de correção um sub-registro de 12,5% e descontada uma proporção de 25% de abortos espontâneos. Assim a estimativa foi obtida aplicando-se a seguinte equação:

  número de internações por abortamento x 5 x 1,125 x 0,75

- **FONTE DOS DADOS PRIMÁRIOS** (número de internações)
  Ministério da Saúde/SAS. SIH-SUS (www.datasus.gov.br)

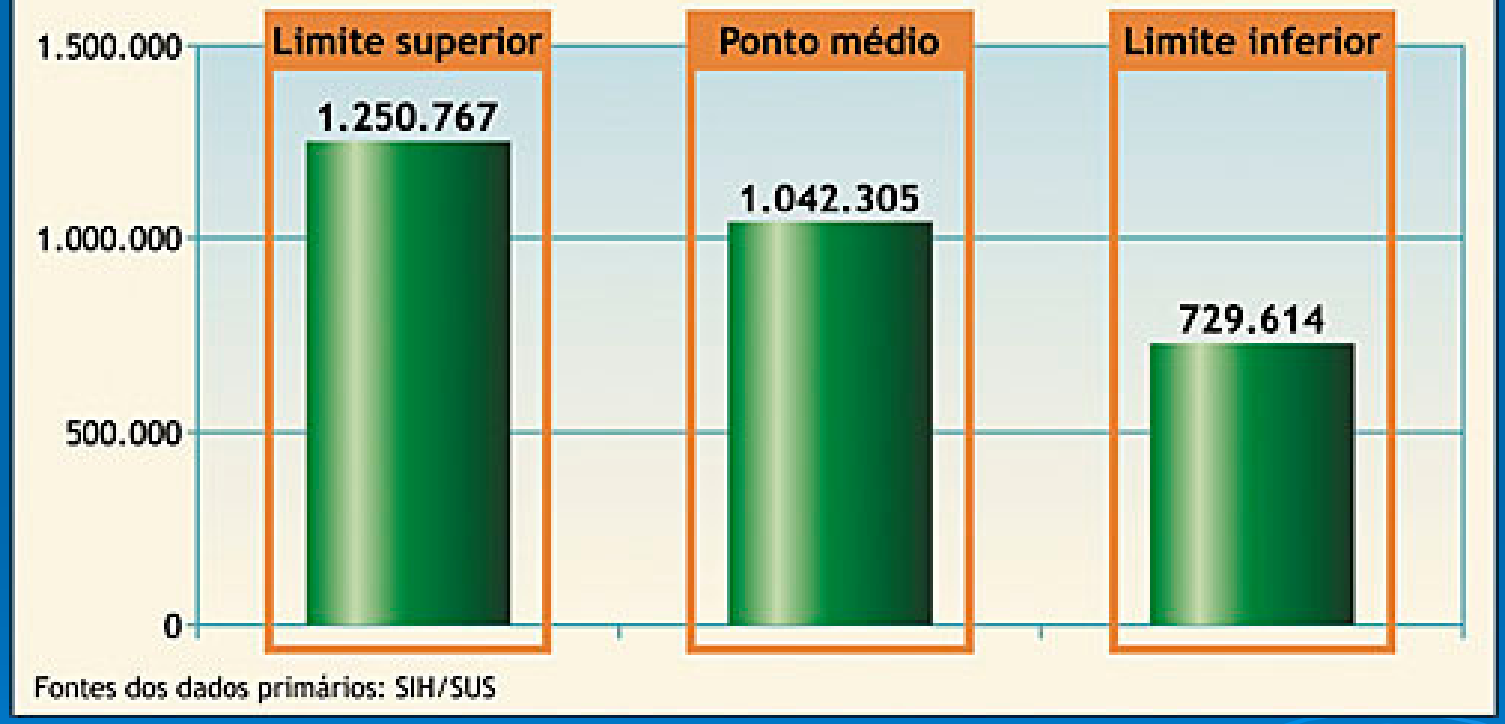
Apenas para 2005 o número de abortos inseguros foi estimado por intervalo, a partir de três hipóteses (ver gráfico 1):

a) Aceitando-se a hipótese proposta na investigação do Alan Guttmacher Institute (Alan Guttmacher Institute, 1994) de que no Brasil 20% das mulheres que sofreram um abortamento tiveram que ser hospitalizadas em conseqüência de complicações, multiplicamos por cinco o número de internações por abortamento registradas no SIH-SUS;

b) Consideramos também a hipótese de que cada internação seria resultante de 3,5 abortamentos (Corrêa e Freitas, 1997);

c) Como parece ter havido um aumento na utilização de misoprostol [*cujo nome fantasia é Cytotec*] na indução do aborto, o que pode reduzir a freqüência de complicações, necessitando um número menor de internações, assumimos também a hipótese de que para 6 abortamentos seria necessária uma internação, aumentando a estimativa do número de abortamentos inseguros.

GRÁFICO 1: ESTIMATIVAS DO NÚMERO DE ABORTOS INSEGUROS NO BRASIL (2005)



Fontes dos dados primários: SIH/SUS

Estimativa da razão de abortos induzidos por 100 nascimentos vivos

- **USO DO INDICADOR**
- Serve para padronizar a incidência de abortamentos em função da natalidade, tendo em conta que em lugares onde o número de nascidos vivos é maior pode-se esperar um número maior de abortamentos. Assim podemos comparar o risco de abortamentos em municípios menores (Aracaju por exemplo) com municípios maiores (como São Paulo).

- **MÉTODO DE CÁLCULO**

  Estimativa do número de abortos induzidos /pelo número de nascimentos vivos X 100

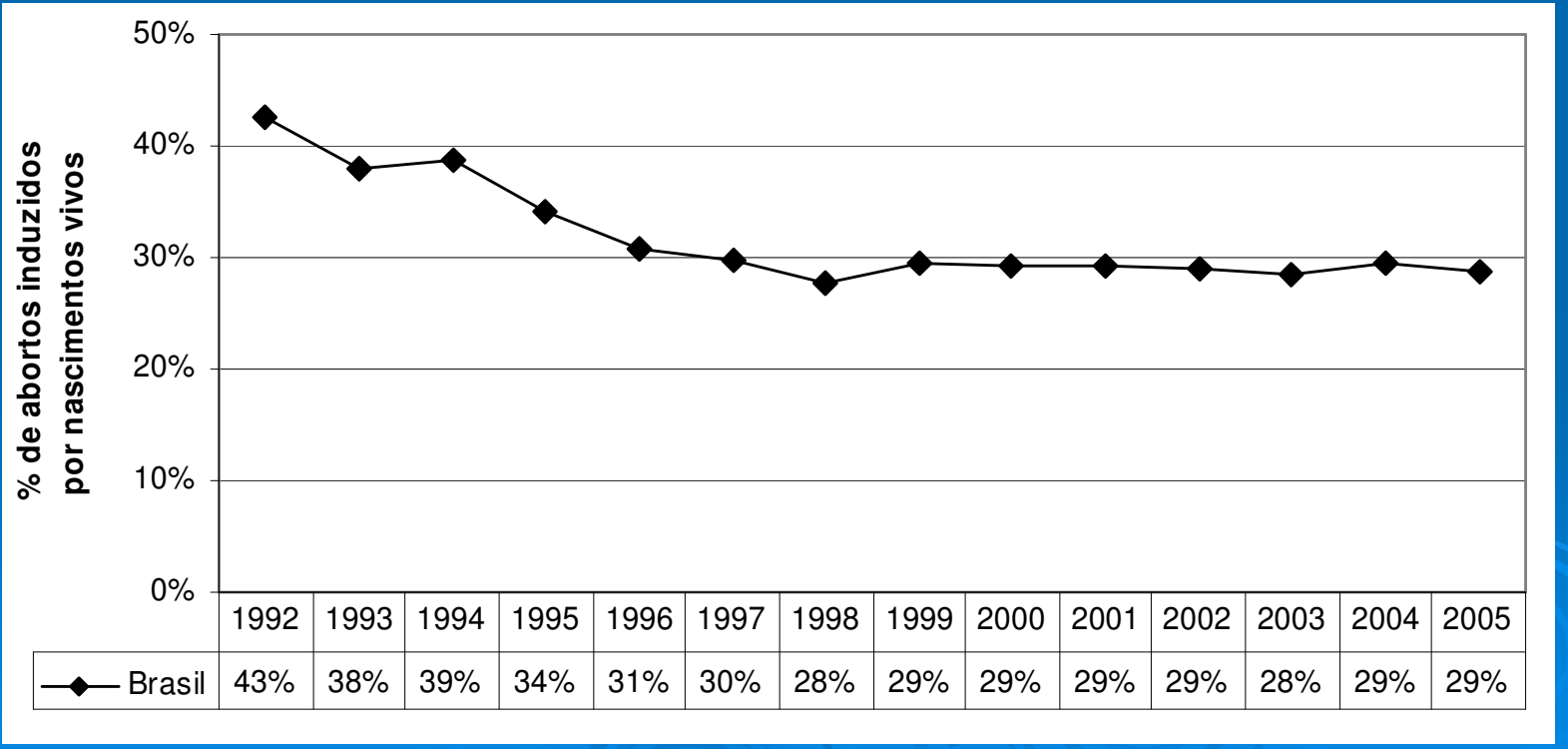
- **FONTES DOS DADOS PRIMÁRIOS**

  Para estimativa do número de abortos induzidos: internações no SUS produzidas pelo Ministério da Saúde/SAS. SIH-SUS (www.datasus.gov.br)

  Para o número de nascimentos vivos: taxas específicas de fecundidade por idade estimadas pelo IBGE.

Estimativa da razão de abortos induzidos por 100 nascimentos vivos

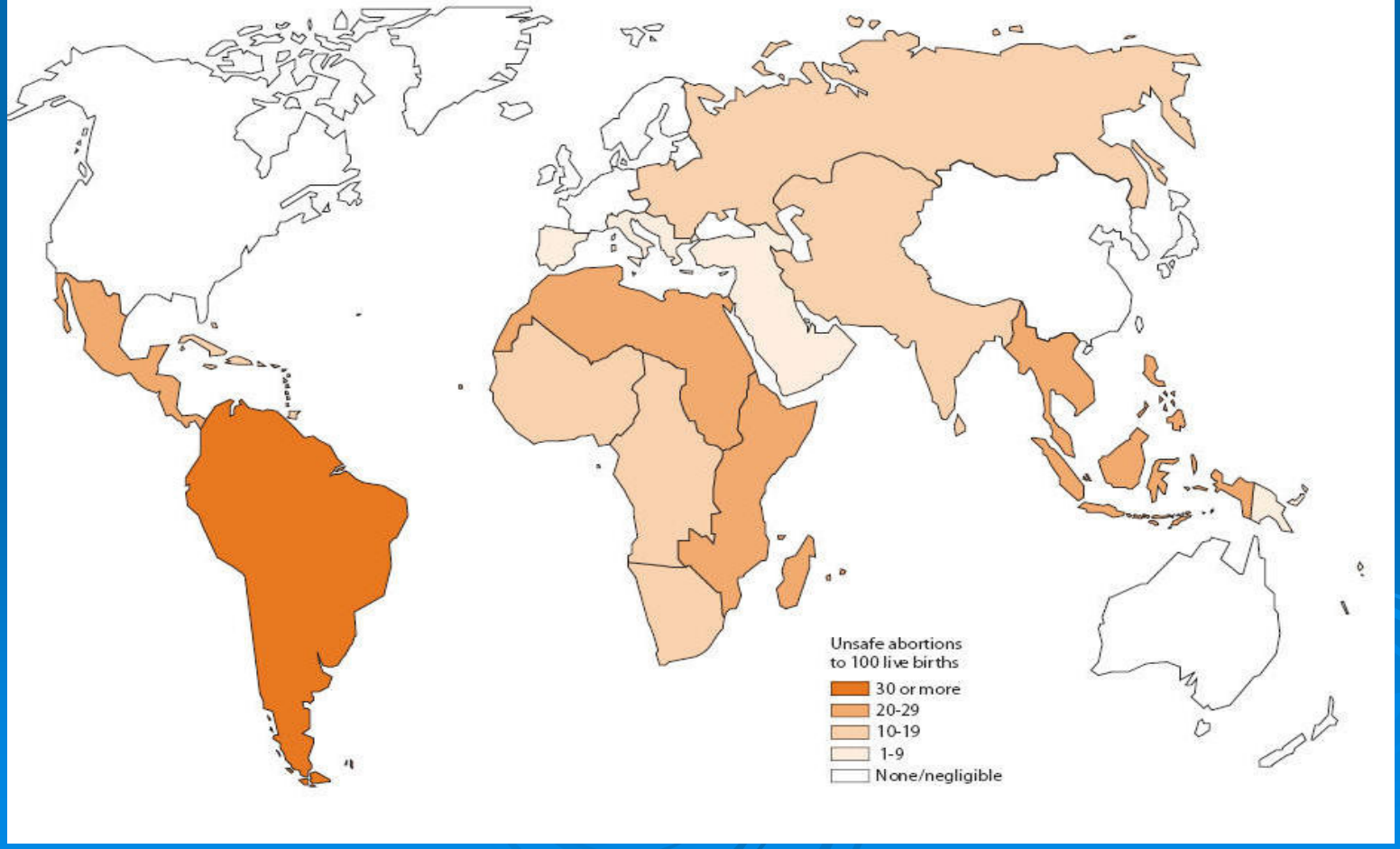
Há uma redução clara da razão de abortos induzidos por 100 nascimentos vivos entre 1992 e 1996 e depois este risco estabiliza-se em torno de 30%



	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	43%	38%	39%	34%	31%	30%	28%	29%	29%	29%	29%	28%	29%	29%

A América do Sul em 2003 era a região com maior razão de aborto induzido (mais de 30 abortos por 100 nascidos vivos)

Figure 4. Estimated annual incidence of unsafe abortion to 100 live births, by subregions, 2003



Estimativa das taxas anuais de aborto induzido por 1000 mulheres de 15 a 44 anos

- **USO DO INDICADOR**

  Também serve para padronizar a incidência de abortamentos em função da população feminina em idade reprodutiva, tendo em conta que em lugares onde o número de mulheres de 14 a 44 anos é maior pode-se esperar um número maior de abortamentos. Assim podemos comparar o risco de abortamentos independentemente do tamanho da população feminina em idade reprodutiva. Esta faixa etária foi escolhida para permitir a comparação internacional.

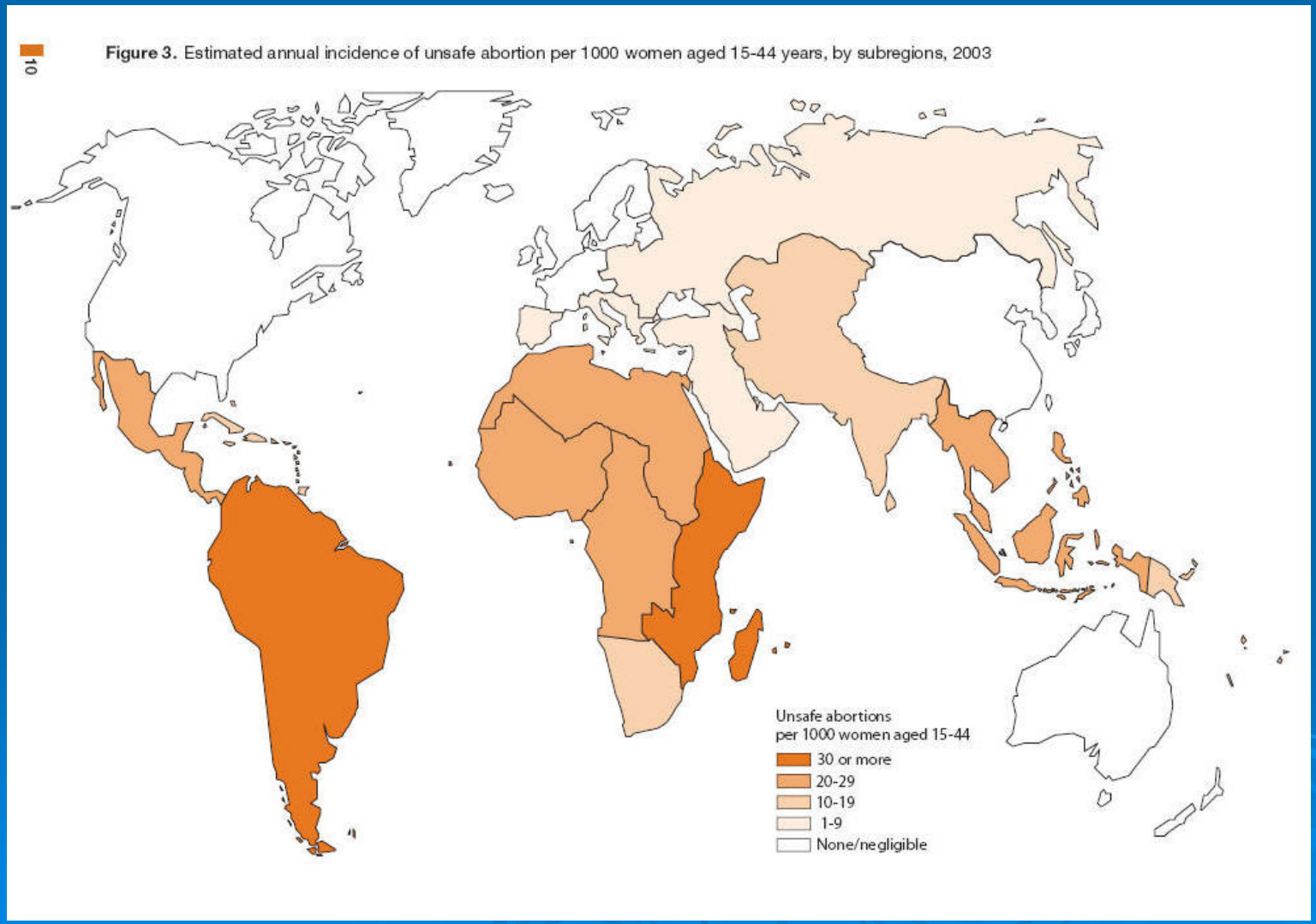
- **MÉTODO DE CÁLCULO**

  Estimativa do número de abortos induzidos no grupo etário de mulheres de 15 a 44 anos / pelo número de mulheres no mesmo grupo etário x 1000

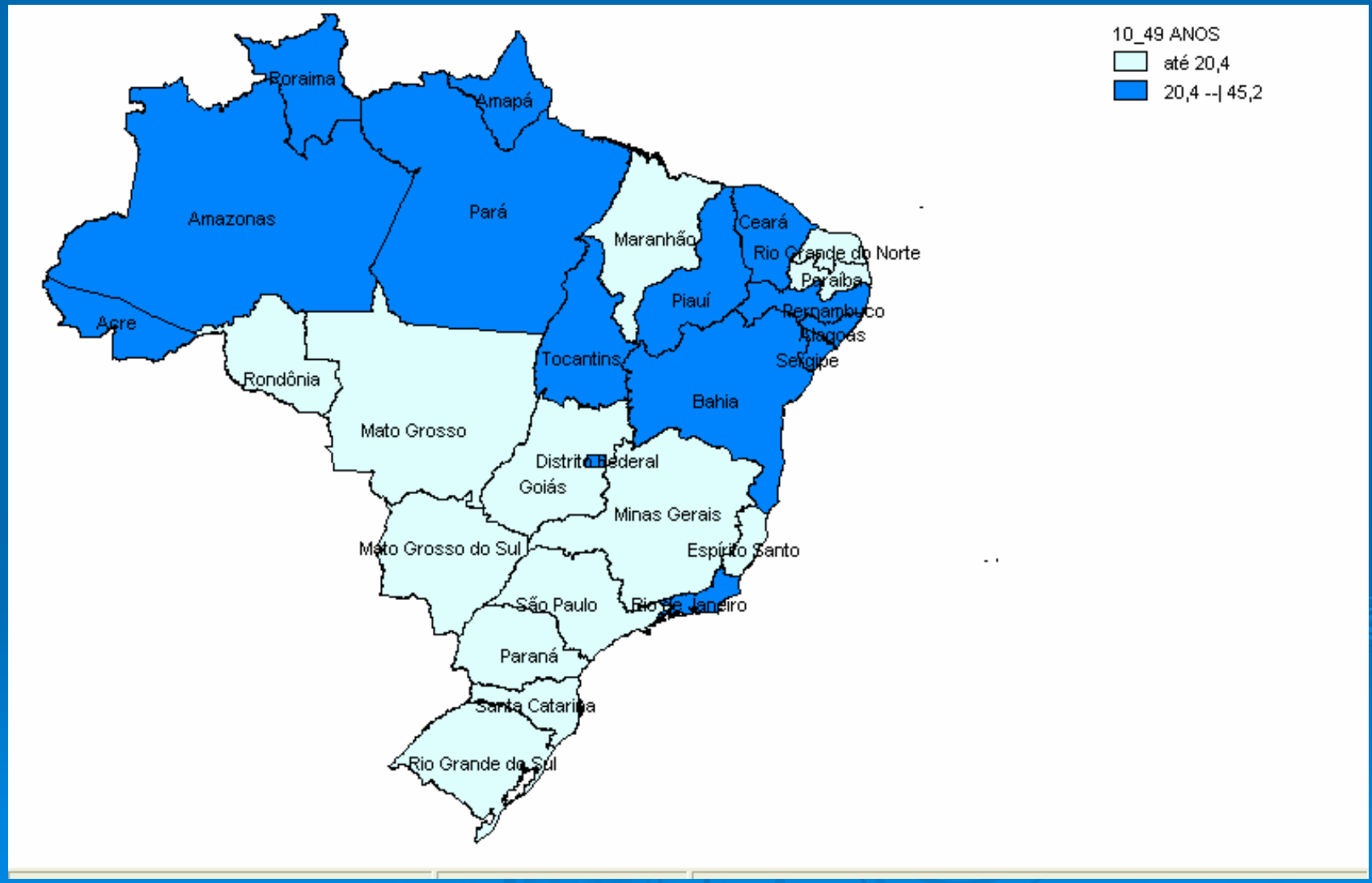
FONTES DOS DADOS PRIMÁRIOS

- Para estimativa do número de abortos induzidos: Ministério da Saúde/SAS. SIH-SUS (www.datasus.gov.br)
- Para o número de mulheres por faixa etária: a população feminina estimada pelo IBGE.

Incidência anual de aborto no mundo



Taxas anuais de aborto induzido por 1000 mulheres de 10 a 49 anos por Unidade da Federação



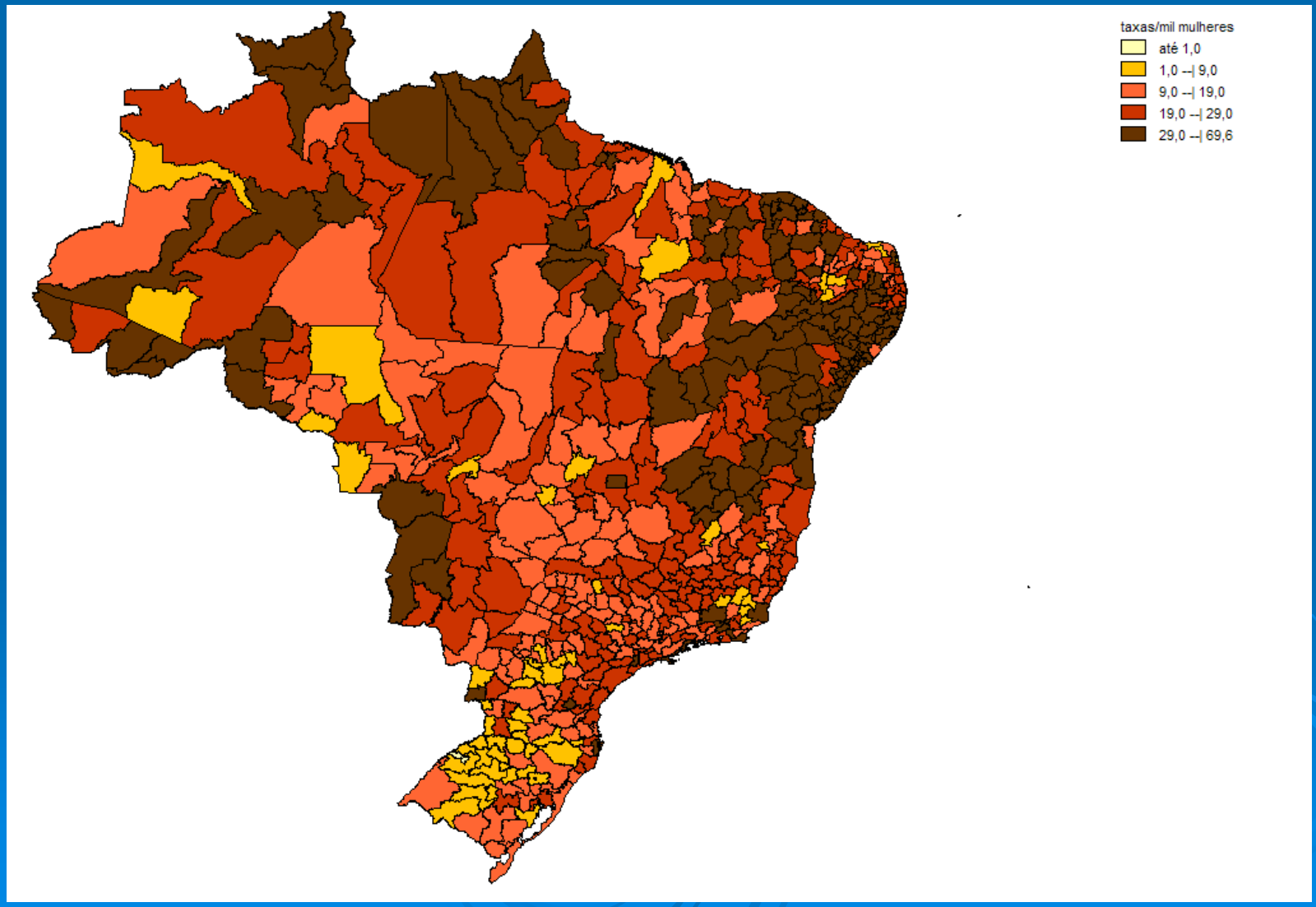
Taxas anuais de aborto inseguro por 1000 mulheres por Unidade da Federação – 2005

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	MULHERES DE 10 A 49 ANOS	TAXAS POR GRUPOS DE IDADE				
		10 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	40 A 49 ANOS
Rondônia	17,3	1,4	19,8	28,9	10,1	2,8
Acre	41,6	2,4	39,2	65,7	29,7	9,5
Amazonas	34,0	2,1	32,4	52,1	27,3	5,3
Roraima	29,5	2,2	25,0	47,6	23,1	6,7
Pará	24,8	1,7	26,4	39,7	16,1	4,4
Amapá	45,2	2,7	40,2	67,8	36,0	11,9
Tocantins	23,5	1,9	25,3	39,1	13,8	4,3
Maranhão	20,4	1,2	19,5	35,3	12,8	3,4
Piauí	26,3	1,1	23,3	47,7	18,3	3,5
Ceará	28,3	1,5	25,9	43,2	25,6	9,3
Rio Grande do Norte	13,5	0,9	12,8	20,7	11,5	4,9
Paraíba	19,6	1,0	18,3	30,9	16,9	5,6
Pernambuco	26,3	1,7	27,0	42,2	20,9	5,7
Alagoas	30,5	2,2	32,3	46,9	24,3	6,8
Sergipe	37,7	1,7	32,5	59,3	34,0	8,5
Bahia	31,7	1,7	27,9	52,6	26,3	6,3
Minas Gerais	17,6	0,8	15,0	28,4	16,9	5,3
Espírito Santo	18,9	1,1	18,8	30,1	16,8	5,1
Rio de Janeiro	21,1	1,5	23,9	36,7	17,6	4,1
São Paulo	17,0	1,0	16,8	26,6	16,3	4,3
Paraná	12,7	0,9	12,7	19,4	12,1	3,8
Santa Catarina	14,5	0,6	13,3	22,5	14,0	5,2
Rio Grande do Sul	11,4	0,7	10,3	18,1	11,7	4,1
Mato Grosso do Sul	17,4	1,5	20,5	27,7	13,9	3,5
Mato Grosso	16,1	1,3	18,7	25,7	11,0	3,2
Goiás	16,7	1,2	18,2	27,7	12,0	3,3
Distrito Federal	32,4	2,0	25,3	49,6	30,6	9,7

Fonte dos dados primários: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

MAPA DO ABORTO NO BRASIL

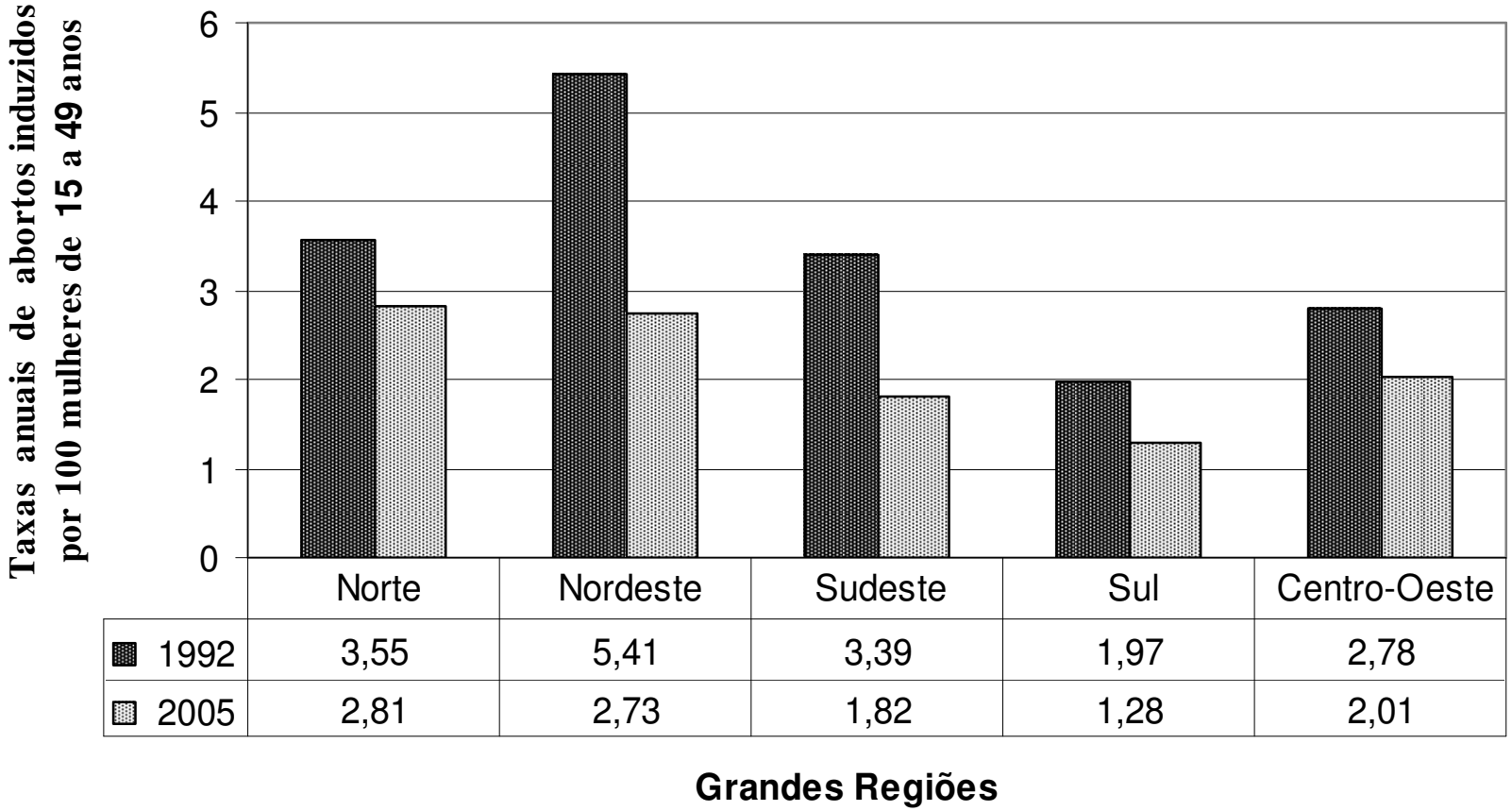
Taxas anuais de aborto induzido por 1.000 mulheres de 15 a 44 anos
Brasil por Microrregião (2005 a 2007)



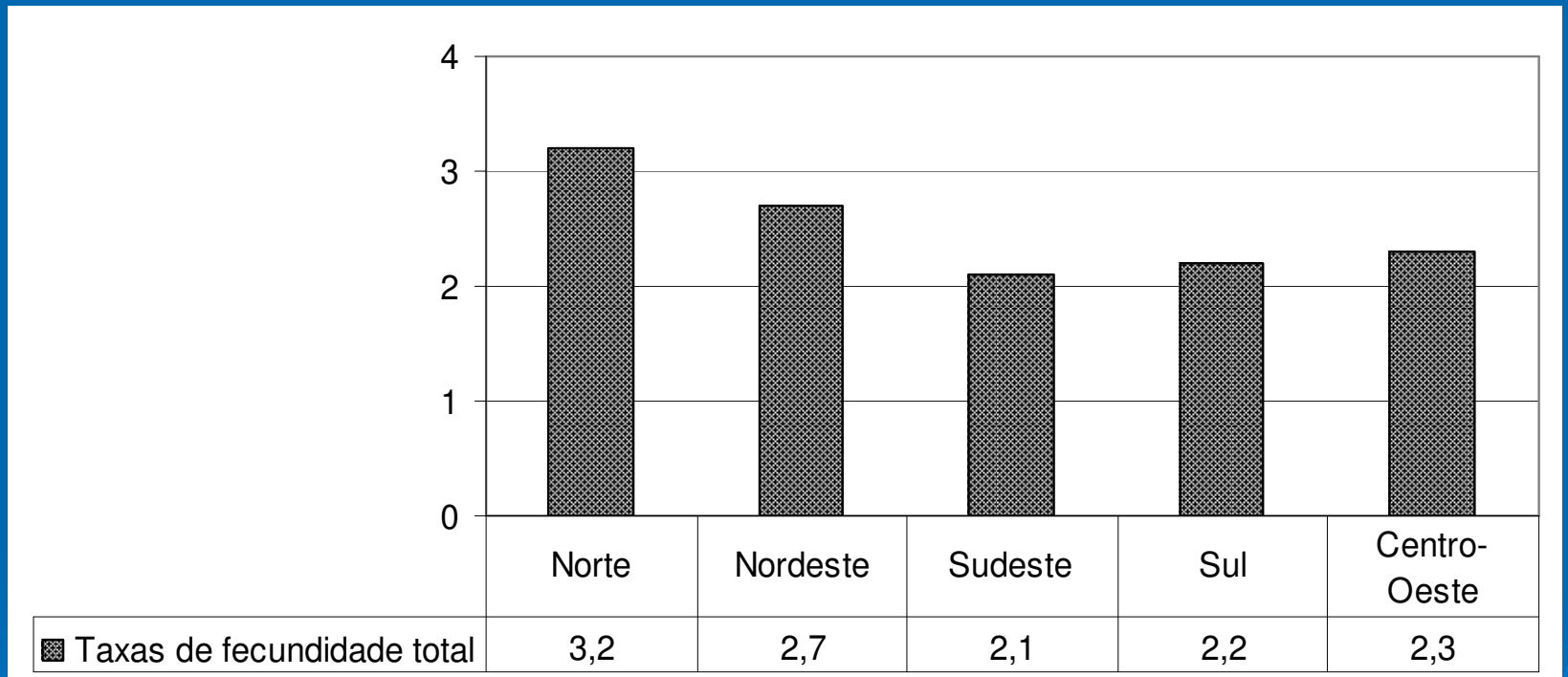
A distribuição das taxas de aborto induzido por 1.000 mulheres de 15 a 44 anos apresenta uma desigualdade marcante entre os Estados do Sul do país, onde a anticoncepção tem uma cobertura maior, e os Estados do Norte e Nordeste, onde uma proporção maior da população feminina não está protegida por medidas anticoncepcionais.

Enquanto a maior parte das microrregiões com taxas maiores que 30 abortos induzidos por mil mulheres de 15 a 44 anos (marrom escuro) localizam-se nas Regiões Norte e Nordeste, na Região Sul predominam as microrregiões com taxas inferiores a 20/1.000

Diferenças regionais das taxas anuais de abortos induzidos por 100 mulheres de 15 a 49 anos (2005)



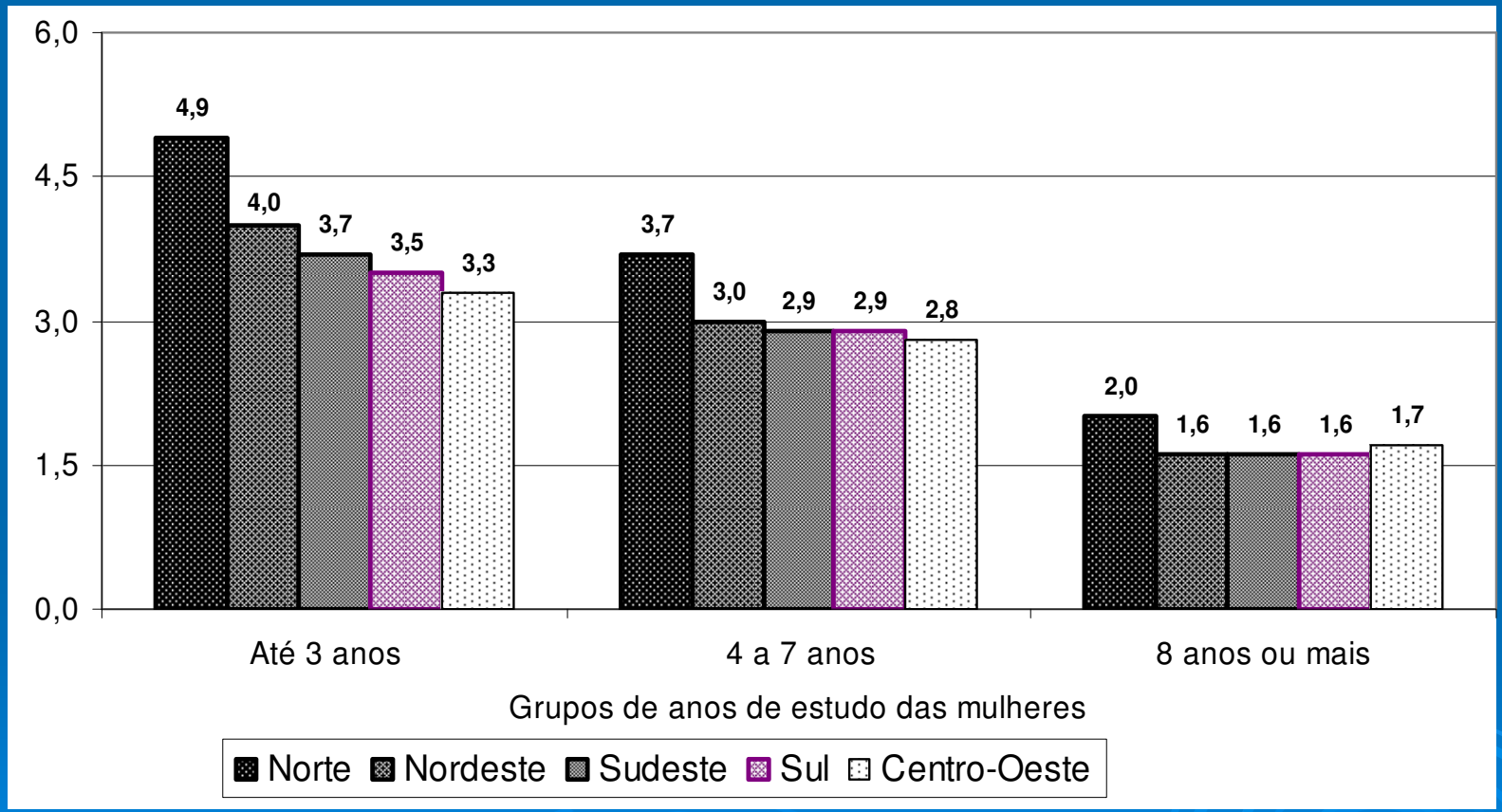
Taxas de fecundidade total segundo as Grandes Regiões 2000
Número de filhos tidos por mulher ao completar 50 anos



	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Taxas de fecundidade total	3,2	2,7	2,1	2,2	2,3

Fonte: IBGE - Síntese de Indicadores Sociais – 2005

Taxa de fecundidade total, por grupos de anos de estudo das mulheres



Fonte: IBGE - Síntese de Indicadores Sociais – 2005

Riscos relativos de mortalidade materna comparando Preta/Branca

- **USO DO INDICADOR**

  Serve para estimar o risco relativo adicional entre duas populações submetidas a condições diferentes. Neste caso, compara o risco de mortalidade materna da população preta com o risco da população branca cujo risco referente é igual a 1.

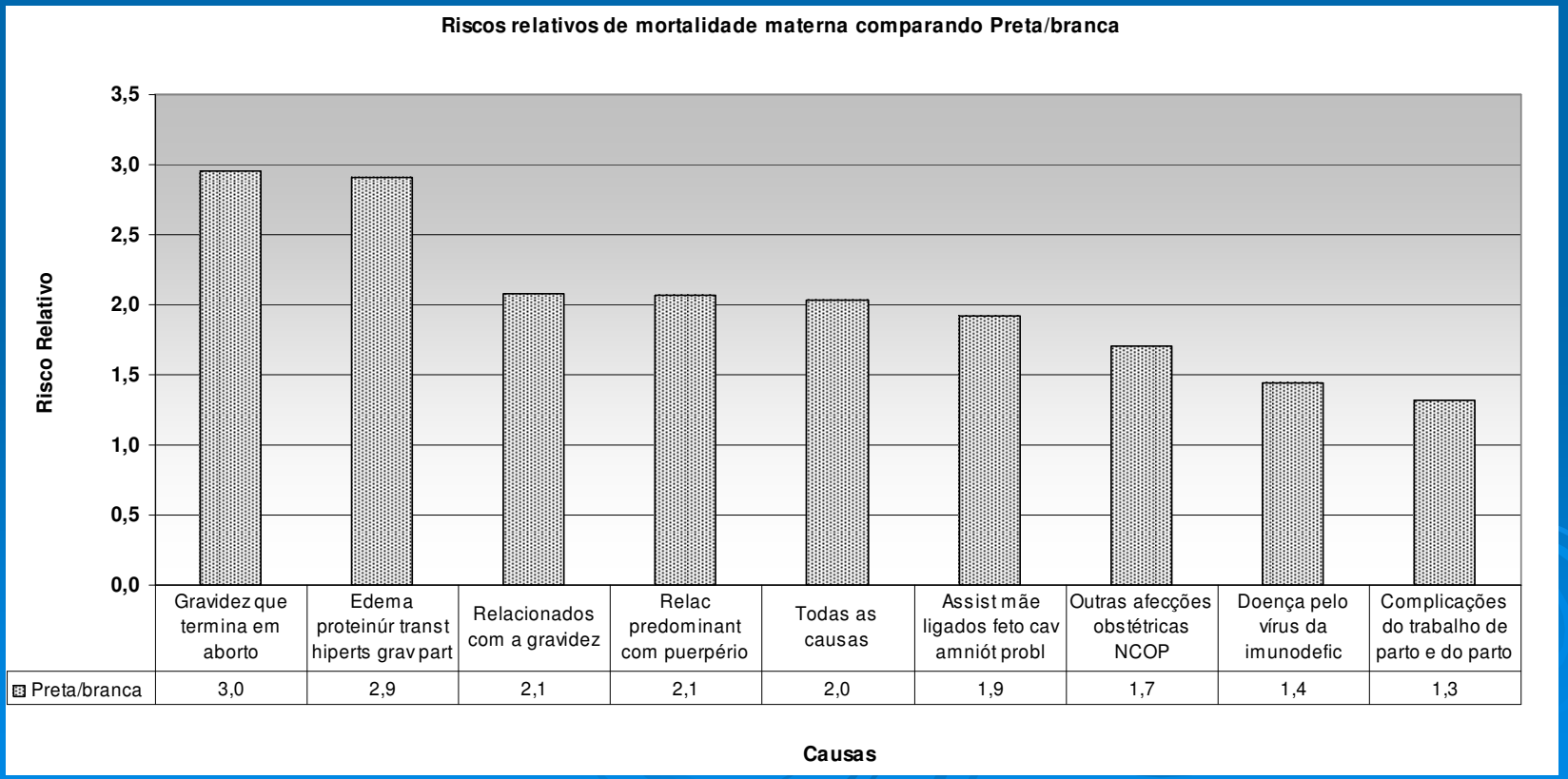
- **MÉTODO DE CÁLCULO**

  Para cada causa de óbito materno: **taxa de mortalidade materna específica segundo a causa para as mulheres pretas / taxa de mortalidade materna específica segundo a causa para as mulheres brancas**

- **FONTES DOS DADOS PRIMÁRIOS (as mesmas do indicador anterior)**

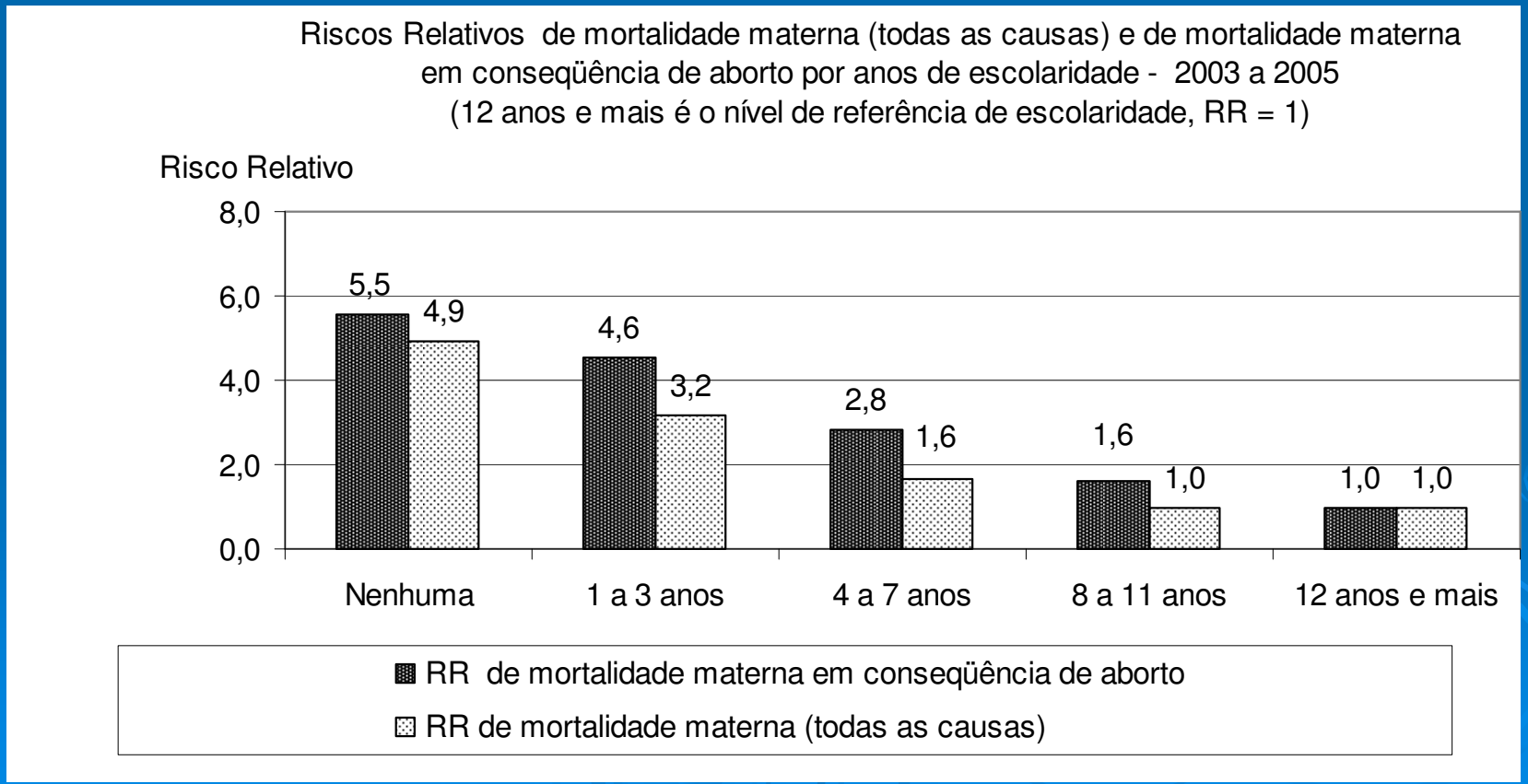
ESTIMATIVAS DE RISCOS RELATIVOS DE MORTALIDADE MATERNA POR CAUSAS ESPECÍFICAS, COMPARANDO MULHERES PRETAS COM MULHERES BRANCAS

O gráfico mostra bem o risco adicional a que estão submetidas as mulheres pretas em todas as causas específicas de mortalidade materna, com destaque para a "Gravidez que termina em aborto" e para o grupo "Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério", com aproximadamente o triplo de risco relativo.



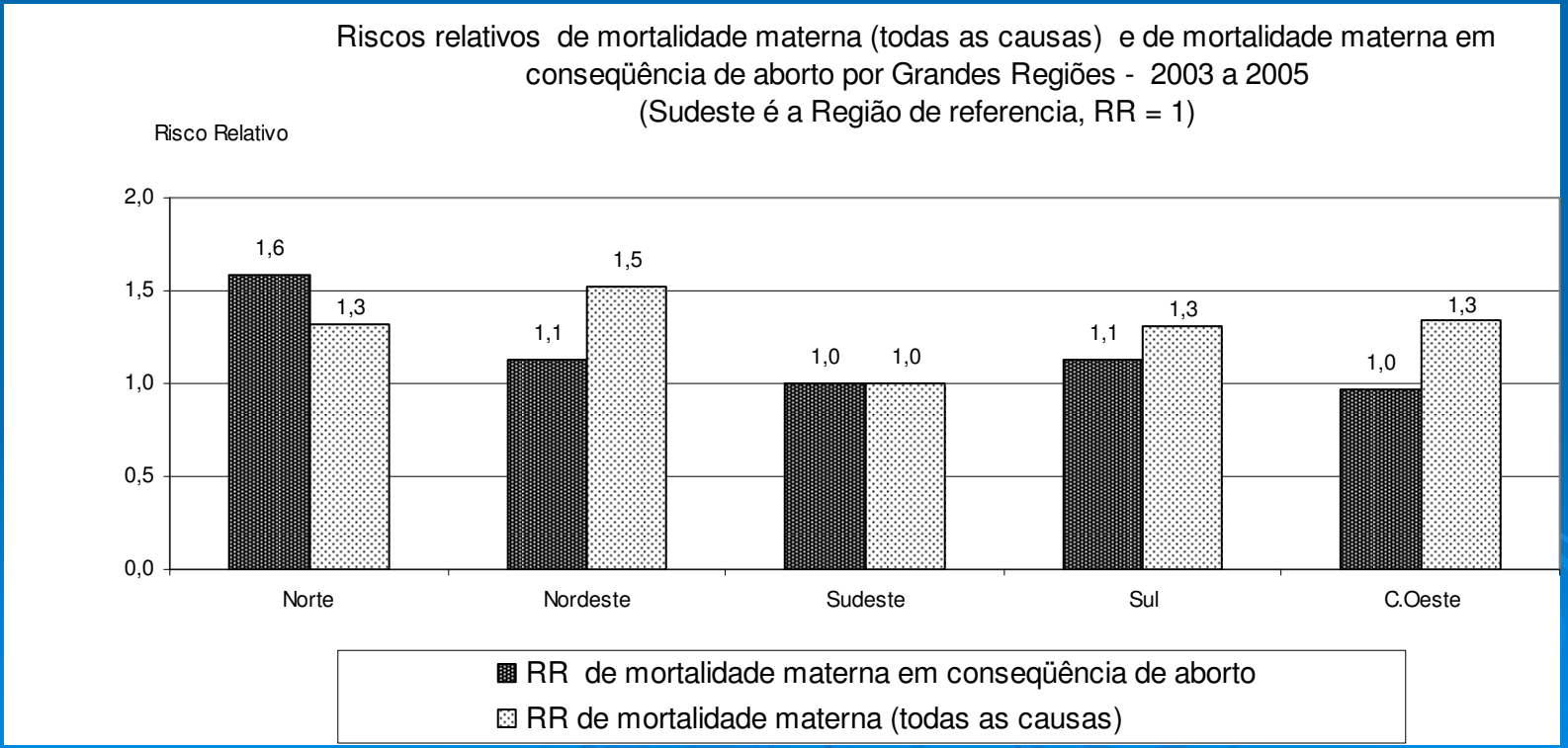
Taxas e Riscos Relativos de mortalidade materna (todas as causas) e de mortalidade materna em conseqüência de aborto segundo o nível de escolaridade (12 anos e mais é o nível de referência de escolaridade, RR = 1) Brazil - 2002 a 2005

Taxas/100.000 NV no triênio 2003 a 2005	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos e mais
Gravidez que termina em aborto	16,1	13,2	8,2	4,6	2,9
Todas as causas de mortalidade materna	229,4	148,1	76,7	44,5	46,6



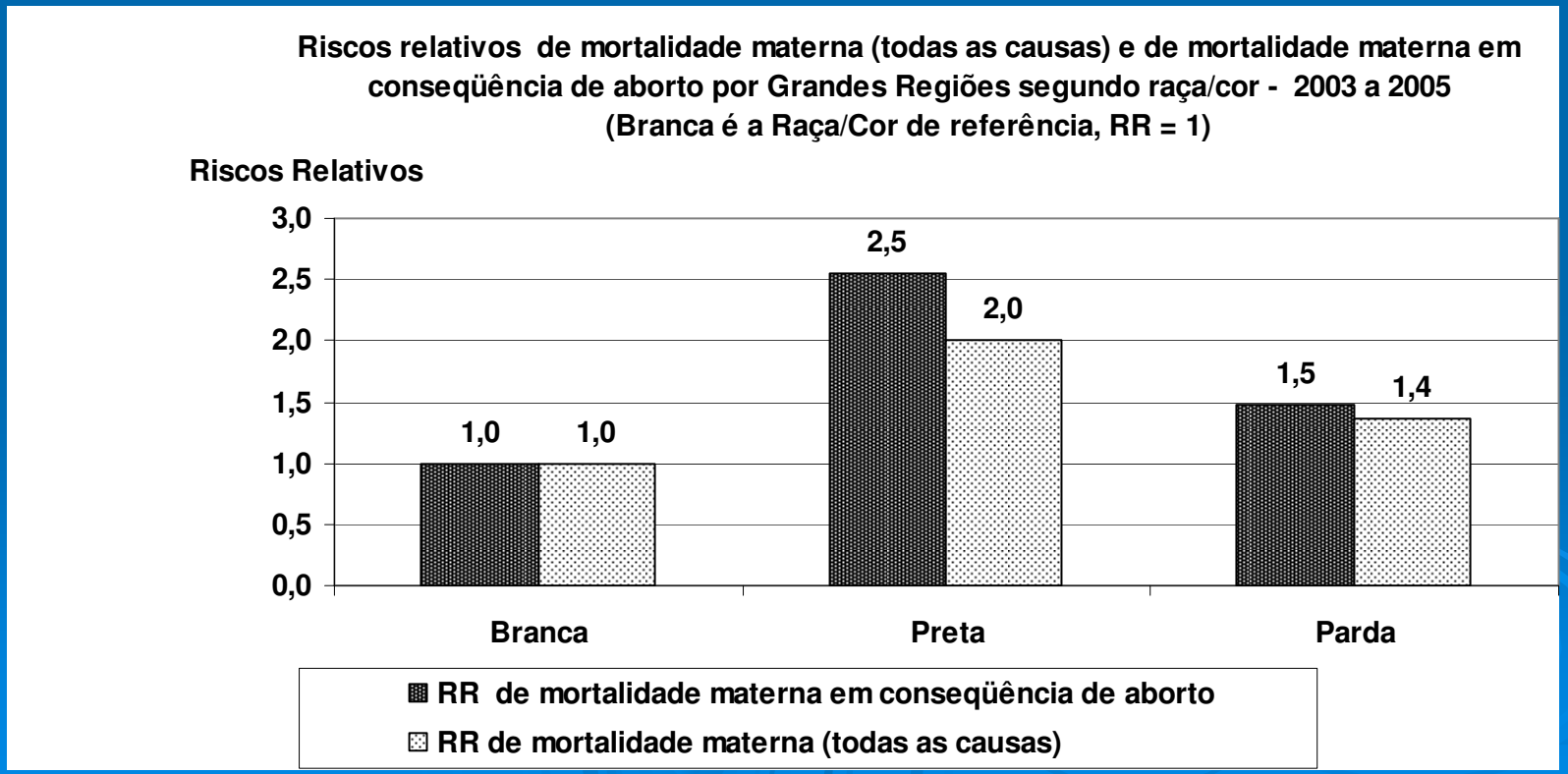
Taxas e Riscos Relativos de mortalidade materna (todas as causas) e de mortalidade materna em conseqüência de aborto segundo a Região (A Região Sudeste é a Região de referência, RR = 1) Brasil - 2002 a 2005

Taxas/100.000 NV no triênio 2003 a 2005	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Brasil
Gravidez que termina em aborto	10,0	7,1	6,3	7,1	6,1	7,0
Todas as causas de mortalidade materna	78,1	90,4	59,3	77,4	79,3	74,5



Taxas e Riscos Relativos de mortalidade materna (todas as causas) e de mortalidade materna em conseqüência de aborto segundo a cor/raça (Mulheres brancas compõem o nível de referência, RR = 1) Brasil - 2002 a 2005

Riscos Relativos	Branca	Preta	Parda
RR de mortalidade materna em conseqüência de aborto	1,0	2,5	1,5
RR de mortalidade materna (todas as causas)	1,0	2,0	1,4



Considerações finais e recomendações

1. Após apresentação destes resultados em Congressos, Seminários e reuniões de Ipas, pesquisadores sugeriram que pode ter havido um aumento na utilização de misoprostol na indução do aborto, reduzindo a freqüência de complicações e conseqüentemente necessitando um número menor de internações, o que poderia explicar esta redução entre 1992 e 2005. Seria recomendável, por este motivo, aprofundar em estudos posteriores o impacto do uso do misoprostol na indução e na incidência do aborto no Brasil.

2. Ainda é necessário realizar estudos posteriores sobre a incidência do aborto por região do país, cor/raça, e status sócio-econômico para um melhor dimensionamento do fenômeno no Brasil.

Também a mortalidade materna está subestimada em cerca de 40 %, conforme o estudo de Laurenti, Mello Jorge e Gotlieb "A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste publicado na **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 4, 2004.

Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n4/08.pdf

3. Desenvolver novas metodologias de pesquisa sobre a magnitude do aborto induzido adaptadas ao Brasil para a obtenção de dados cada vez mais aproximados de nossas características específicas, e realizar estudos que permitam dimensionar o efeito de seqüelas como a esterilidade em conseqüência de abortamento.

4. Realizar pesquisas para conhecer as causas pelas quais as mulheres recorrem ao aborto em situação de clandestinidade, para o desenho de políticas apropriadas de prevenção da gravidez indesejada.

5. O tema do aborto inseguro e o seu impacto na saúde e na vida das mulheres brasileiras vem sendo objeto de análise pelos órgãos do sistema internacional de proteção dos direitos humanos:

O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em suas Observações Conclusivas sobre o primeiro relatório do Estado brasileiro, analisado no seu 30º período de sessões, entre 05 e 23 de maio de 2003, expressou "*preocupação com as altas taxas de mortalidade materna devido a abortos ilegais, particularmente nas regiões ao Norte do país, onde as mulheres têm acesso insuficiente aos equipamentos de saúde pública*" (parágrafo 27).

E, ainda, recomendou ao Estado *"que empreenda medidas legislativas e outras, incluindo a revisão de sua legislação atual, a fim de proteger as mulheres dos efeitos de abortos clandestinos e inseguros e assegure que as mulheres não recorram a tais procedimentos prejudiciais*". Solicitou, também que o Estado, em seu próximo relatório periódico, a ser submetido em 2006, forneça "*informações detalhadas, baseadas em dados comparativos, sobre a mortalidade materna e o aborto no Brasil*" (parágrafo 51).

O Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (Comitê CEDAW), em sua 29ª. Sessão, no período de 30 de junho a 18 de julho de 2003, ao examinar o relatório apresentado pelo Estado Brasileiro, emitiu os seus Comentários Conclusivos, recomendando que: "*profundas medidas sejam tomadas para garantir o efetivo acesso das mulheres a serviços e informações com o cuidado da saúde, particularmente em relação à saúde sexual e reprodutiva, incluindo mulheres jovens, mulheres de grupos em desvantagem e mulheres rurais. Tais medidas são essenciais para reduzir a mortalidade materna e para prevenir o recurso ao aborto e proteger as mulheres de seus efeitos negativos à saúde*(...)" (parágrafo 52).

6. Os dados revelam que a criminalização do aborto manteve a sua prática em condição de risco com impactos graves para a saúde e a vida das mulheres.

É recomendável o debate entre pesquisadores, defensores dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres, membros do Executivo, Legislativo e Judiciário, sobre a necessária mudança da lei sobre o aborto para retirar o tema da esfera penal.

Recomenda-se a busca de soluções eficazes no âmbito da saúde pública, sem interferência de dogmas religiosos, como atribuição do Estado laico e democrático