

## A CLANDESTINIDADE DO ABORTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA À VIDA DAS MULHERES

**Guilherme Pereira de Sousa**

Centro Universitário FAMETRO  
guilherme.sousa01@aluno.unifametro.edu.br

**Lucas Vasconcelos Kardoza Rabelo**

Centro Universitário FAMETRO  
lucasvkr@hotmail.com

**Isabelle Lucena Lavor**

Centro Universitário FAMETRO  
isabelle.lavor@professor.unifametro.edu.br

**Título da Sessão Temática:** *Constituição, Cidadania e Efetivação de Direitos.*

**Evento:** VII Encontro de Iniciação à Pesquisa.

### RESUMO

O presente resumo expandido baseou-se em pesquisa qualitativa, compatível com o tratamento do tema aborto clandestino como fenômeno social complexo, apresentando a experiência de mulheres jovens que recorreram ao aborto clandestino. O objetivo deste trabalho científico é relatar as atuais situações que envolvem todo o contexto do aborto clandestino, (clínicas clandestinas, traumas pós procedimento). O Aborto é uma questão polêmica como habitualmente a imprensa coloca, mas ela se enquadra mais como uma questão consensual do que como uma questão polêmica. A atual situação do aborto no Brasil é uma hipocrisia generalizada, porque a verdade é que vivemos uma situação onde o aborto é livre para quem tem dinheiro para custear o procedimento, e as mulheres que não tem condições financeiras ficam perdidas e acabam utilizando chás, pílulas e muitas das vezes com ajuda de amigos praticam o aborto clandestino. Esta pesquisa teve sua principal fonte de estudo, a Universidade de Brasília, que é referência na organização Mundial da Saúde, que teve como descoberta, que o aborto é a quinta causa de morte materna.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher. Direitos sexuais. Aborto.

### INTRODUÇÃO

No Brasil, o aborto é censurado pelos aspectos socioculturais, e principalmente por razões de valores religiosos, o que caracteriza um ponto difícil de enfrentar, pois se trata de arimos extremantes consistentes, em virtude de discursos voltados para a espiritualidade, com enfoque “pecado”. Ademais, a igreja foi constituída por família tradicional “patriarcal” sem que a mulher pudesse dar sua contribuição e participar dos direitos inerentes a ela.

Não obstante, a evolução da história e a dos acontecimentos sociais, as instituições religiosas se comportam de maneira egoísta quanto ao assunto, não permitindo uma observação objetiva e racional perante o novo conceito de sociedade. O aborto é praticado tanto por mulheres pobres quanto por mulheres financeiramente privilegiadas, “brancas e negras, adolescentes e maduras”. Diante dessa realidade, são necessárias diretrizes políticas e sociais que visem garantir a saúde, planejamento familiar, controle de natalidade, assistência às mulheres que praticaram o aborto em decorrência do fruto de violência, assim de feto anencefálico ou de outra deformidade, projeto educacional para a conscientização, além da educação para que a mulher seja respeitada e tenha garantia de liberdade em poder dispor do seu próprio corpo.

O Estado, em decorrência de sua vaidade, procura sempre usar seus métodos de restrição de maneira ineficaz e até mesmo covarde, pois ao invés de utilizar meios que enfoquem a educação e prevenção, prefere promover a punição. Dessa forma, o objetivo principal desse trabalho, consistiu em demonstrar a necessidade de a mulher ter o direito sobre o próprio corpo, tendo um suporte do Estado sem ter que arriscar sua própria vida através de métodos clandestinos.

## **METODOLOGIA**

Utilizou-se para realização desse trabalho, pesquisas em sites jurídicos, vídeos e documentários que destacavam o perigo e a falta de suporte por parte do Estado, bem como a forma que essas mulheres se submetem para realizarem esse procedimento que é altamente nocivo para sua saúde.

Visando uma abordagem mais voltada para o direito da mulher e sua autonomia sobre o seu corpo, a pesquisa respaldou-se em bibliografia de autores que tratam sobre o tema, a exemplo de Cecatti, Diniz, dentre outros, consistindo em pesquisa descritiva e qualitativa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As causas de abortamento são várias, entretanto, na maioria das vezes, permanecem indeterminadas e inúmeras gestações são interrompidas por decisão própria da mulher. Tratando-se da caracterização do aborto no Brasil, verifica-se predominância de mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito 8 de estudo, trabalhadoras, com pelo menos 1 filho e usuárias de métodos contraceptivos. Estima-se que 1.054.242 abortos foram induzidos em 2005. A fonte de dados para esse cálculo foram as internações por abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares do SUS. A maior parte dos casos aconteceu no Nordeste

e no Sudeste do País, com taxa anual de aborto induzido de 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos.

Em estudo realizado por Cecatti (2010), para avaliar a prevalência referida de abortamento espontâneo e induzido em uma amostra de mulheres brasileiras entrevistadas na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, demonstra que as mulheres que informaram ter realizado aborto espontâneo ou induzido apresentaram características sócio demográficas semelhantes quanto a idade e número de nascidos vivos. Entretanto, as mulheres que referiram ter tido ao menos um aborto induzido geralmente não era de cor/raça branca (parda e preta), residiam em áreas urbanas, principalmente no Rio de Janeiro, e estavam trabalhando na época da entrevista.

A menor escolaridade e a declaração de cor/raça não branca estiveram indiretamente associadas à pobreza e, conseqüentemente, a um maior risco para o aborto induzido de maneira insegura e com maior risco de morte. O estudo de Diniz e Medeiros (2010) chamado “Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna” apresenta os primeiros resultados da Pesquisa Nacional sobre Aborto (PNA), levantamento realizado em domicílios de todo o Brasil urbano. As evidências indicaram que o aborto não era realizado somente para postergar o princípio da vida reprodutiva ou evitar filhos em idades avançadas, pois se notou que cerca de 60% das mulheres fizeram seu último, ou único aborto, no centro do período reprodutivo (18 e 29 anos). Entre as mulheres que abortaram, 23% tinham até o 4º ano do ensino fundamental e 12%, o ensino médio completo.

No Brasil há déficit de estudos epidemiológicos sobre abortamento inseguro, clandestino, especialmente quando se trata de populações vulneráveis, de renda muito baixa, nas quais existe um peso maior do aborto sobre as taxas de morbidade e mortalidade materna. Enfrentar o fenômeno do aborto como uma questão de saúde pública significa entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e não como um ato de infração moral de mulheres consideradas levianas. E, para essa redefinição política, existem algumas tendências que se mantêm nos estudos à beira do leito com mulheres que abortaram.

O conveniente é que essa descrição não representa apenas as mulheres que abortam, mas as mulheres brasileiras. Neste sentido, compreender o aborto como uma questão de saúde pública em um Estado laico e plural representa um novo caminho de argumentações, no qual o campo da saúde pública no Brasil suscita complexas e relevantes evidências para o debate. O aborto, considerado um grave problema de saúde pública, precisa ser enfrentado na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. É forçoso reconhecer que penalizar as mulheres que recorrem à prática do aborto com a cadeia, como determina o Código Penal anacrônico, de

1940, é absurdo, além de irreal, uma vez que não se tem filhos por força de lei, tê-los é um projeto afetivo e de responsabilidade de homens e mulheres. Criminalizar o aborto significa penalizar as mulheres, principalmente, as de classes sociais menos favorecidas, que são as que necessitam solucionar sua gestação indesejada, muitas vezes, de maneira insegura.

## **ABORTO E A LEGALIZAÇÃO**

O Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, localizado em Jabaquara, na Zona Sul da cidade de São Paulo (SP), foi o pioneiro na implantação de programas de atenção à violência sexual contra mulheres e à realização de abortos previstos em lei, desde 1989. São atendidos os casos previstos no Código Penal Brasileiro (CPB), no Artigo 128, em que “não se pune o aborto praticado por médico quando: não houver outro meio de salvar a vida da gestante; se a gravidez resulta de estupro e o aborto for precedido do consentimento da gestante e quando menor ou incapaz, de seu representante legal”.

Nos últimos anos incorporou-se o abortamento por malformação fetal grave e incompatibilidade com a vida extrauterina, sendo necessária a autorização judicial. Desde o início do funcionamento do Hospital Artur Saboya de Medeiros, foram fundados cerca de 55 outros serviços no SUS, geralmente localizados em grandes cidades, na maioria, capitais de estados. É evidente que essa rede é insuficiente para um país das dimensões do Brasil. Existe, entretanto, empenho do Ministério da Saúde para ampliar essa rede e capacitar equipes de saúde.

No que se refere à legislação e ao aborto no Brasil, em 2012, com a decisão do Supremo Tribunal Federal, mulheres com fetos anencefálicos obtiveram o direito de abortar, o que antes somente era possível a partir da autorização judicial. Entende-se que, nesta situação, não ocorre a formação do cérebro no feto e que esse procedimento não é criminoso perante a justiça, garantindo assim que mulheres possam interromper a gestação desses fetos. Mesmo diante das severas restrições legais do Brasil, o aborto é realizado por diversas mulheres, isto devido ao fato de parte delas compartilharem da mesma situação de ilegalidade da intervenção. Quando a mulher recorre ao aborto inseguro, fica exposta ao risco dos agravos a sua saúde e até à morte. Além disso, enfrenta também o sofrimento moral decorrente de um processo judicial que pode levar a sua condenação (FREIRE, 2012).

Neste contexto, a legalidade do abortamento seguro poderá salvar vidas e possibilitar que mulheres não adoçam e não fiquem com sequelas, além de reduzir gastos com a saúde pública. Mesmo depois de passada mais de uma década das Conferências Internacionais do Cairo e de Pequim (Beijing), no Brasil e na maior parte da América Latina, o aborto clandestino

e inseguro é considerado um grave problema de saúde pública, e sua solução é um desafio a exigir medidas urgentes que passam, fatalmente, pelo processo de descriminalização do mesmo. Apesar de o aborto poder ser utilizado erroneamente como prática contraceptiva por questões sociais inerentes ao sistema vigente no Brasil, em Cuba, a partir da legalização do aborto em 1965 (configurada no novo Código Penal de 1987), sua prática segura mantém a mortalidade materna em níveis reduzidos quando comparados aos de outros países latino-americanos. Ou seja, legalizar o aborto, realizando-o em adequadas condições sanitárias e por profissional capacitado, possibilitou ampla redução da morte materna.

O aborto legal e seguro, tal como em Cuba, transformaria a realidade brasileira e beneficiaria as mulheres. Expressando o desejo da maioria dos participantes de um congresso interno, em março de 2013, o Conselho Federal de Medicina apontou a necessidade da reforma do Código Penal brasileiro, que ainda aguarda votação, com vistas a afastar a ilicitude da interrupção da gravidez quando resultante da vontade da gestante, até a 12ª semana de gestação.

Essa reforma está fundamentada sob a perspectiva ética que considera a autonomia da mulher nos aspectos sociais, jurídicos, epidemiológicos e de saúde pública. O Ministério da Saúde, ao se pronunciar sobre “o aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos”, descreve que a criminalização do aborto propicia implicações negativas à saúde das mulheres, pouco coíbe a prática, além do que perpetua a desigualdade social. O risco imposto pela ilegalidade do aborto é, em sua maioria, vivido pelas mulheres pobres e pelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro.

## **IMPLICAÇÕES DO ABORTO CLANDESTINO E/OU INSEGURO**

O aborto realizado de maneira insegura, em contextos de ilegalidade, tal qual a situação brasileira, resulta em sérias consequências para a sociedade, pois compromete a saúde da mulher, com elevada morbimortalidade. Além disso, sobrecarrega o sistema de saúde, implica em custos, diminui a produtividade, traz inúmeras repercussões familiares e estigmatiza a mulher. As desigualdades regionais e sociais tornam-se bastante evidentes quando se observa as distribuições dos riscos de mortalidade materna em consequência de complicações decorrente do aborto. Na região Norte, o risco de mortalidade materna em consequência de gravidez que termina em aborto é 1,6 vezes maior do que na região Sudeste. Esse risco para mulheres negras, analfabetas ou semianalfabetas é 2,5 vezes maior do que para mulheres brancas. Nessas primeiras, também a mortalidade materna em consequência de aborto é 5,5 vezes maior do que na categoria de mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade.

O aborto é uma das principais causas de morte materna no mundo, e sua maior incidência acontece em países em desenvolvimento. Estima-se que no Brasil ocorram mais de um milhão de abortamentos ao ano. Vulnerabilidades, desigualdades de gênero e de acesso à educação, além das múltiplas dimensões da pobreza, como o déficit de recursos econômicos e a dificuldade de acesso à informação e direitos humanos fazem com que o aborto clandestino e/ou inseguro atinja, especialmente, as mulheres pobres e marginalizadas.

Nesta perspectiva, a prevenção da mortalidade materna por aborto depende da existência de serviços de saúde estruturados nos vários níveis de assistência, para garantir atendimento às mulheres. Conforme Diniz e Medeiros (2010), os níveis de hospitalização pós-aborto no Brasil são elevados. O aborto pode implicar em sequelas à saúde física, mental e reprodutiva da mulher. Dentre as complicações físicas imediatas estão as hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade, que se somam aos transtornos subjetivos, ao se vivenciar o ônus de uma escolha inegavelmente difícil em um contexto de culpabilização e penalização do aborto. Estudo realizado com mulheres baianas sobre aborto induzido evidencia como as mulheres vivenciam este tipo de aborto, revelando um processo amplamente doloroso, desde o momento em que descobre a gestação, perpassando pela complexa decisão de interrompê-la. Quando não são apoiadas, essas mulheres perpetuam essa dor com angústia e culpa, o que pode levar à depressão. Apesar dos vários avanços nas discussões e estudos sobre o aborto induzido, é preciso ampliar as reflexões sobre essa temática a fim de melhorar a atenção à saúde das mulheres que decidem pelo aborto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os estudos e levantamentos, foi possível perceber com muita clareza que o aborto praticado de forma clandestina traz consequências de extrema gravidade, pois as técnicas utilizadas para praticá-lo trazem sequelas de caráter físico grave como: infecção, perfuração do útero causada por agulha ou sonda, obstrução das trompas, esterilidade, hemorragia, lesão na bexiga e intestino, além de muitos óbitos.

O estado psicológico da mulher também é afetado, uma vez que ela se sente culpada pelo ato praticado. A Constituição Federal garante a igualdade entre as pessoas, mas a realidade nos mostra que as mulheres, ainda, não se encontram nesse patamar de igualdade. Infelizmente, a mulher é quem mais sofre perante as situações discriminatórias em decorrência de uma cultura de concepção machista, o que dificulta ainda mais levantar a bandeira pela descriminalização do aborto, haja vista que tal situação é encarada como liberdade da mulher em poder dispor do seu próprio corpo.

## REFERÊNCIAS

**40 Anos de Legalização do Aborto nos EUA.** Disponível em: <<http://www.pco.or.br>>. Acessado em: 11 set. 2019.

CECATTI, J. G. et al. **Aborto no Brasil:** um enfoque demográfico. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 105-11, mar. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Conselhos de medicina se posicionam a favor da autonomia da mulher em caso de interrupção da gestação.** Rede dos Conselhos de Medicina. 2013. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23661](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23661)>. Acesso em: 11 set. 2019.

DINIZ, D. **Aborto e saúde pública no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1992-1993. set. 2007.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. **Aborto no Brasil:** uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 1, p. 959-966. jan./jun. 2010.

DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. **O aborto como causa de mortalidade materna:** um pensar para o cuidado de enfermagem. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 177-181. jan./mar. 2010.

Doutor Tomas Gallap. Professor de ginecologia na faculdade de medicina em Jundiaí **O progresso das mulheres no Brasil 2003 - 2010.** Organização: Leila Linhares Barsted e Jacqueline Pitanguy. Brasília: ONU Mulheres, 2011.

FREIRE, N. **Aborto seguro:** um direito das mulheres? Ciência e Cultura, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 31-32. abr./jun. 2012.

SEIDL, Mirella Alencar de Moraes. **A Justiciabilidade do Direito à Saúde Como Um Direito Fundamental Social em Face da Reserva do Possível.** Disponível em: [http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/mirella\\_alencar\\_de\\_morais\\_seidl.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/mirella_alencar_de_morais_seidl.pdf). Acesso em: 11 set. 2019.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A Questão do Aborto no Brasil.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n3/a01v32n3.pdf>. Acessado em: 11 set. 2019.