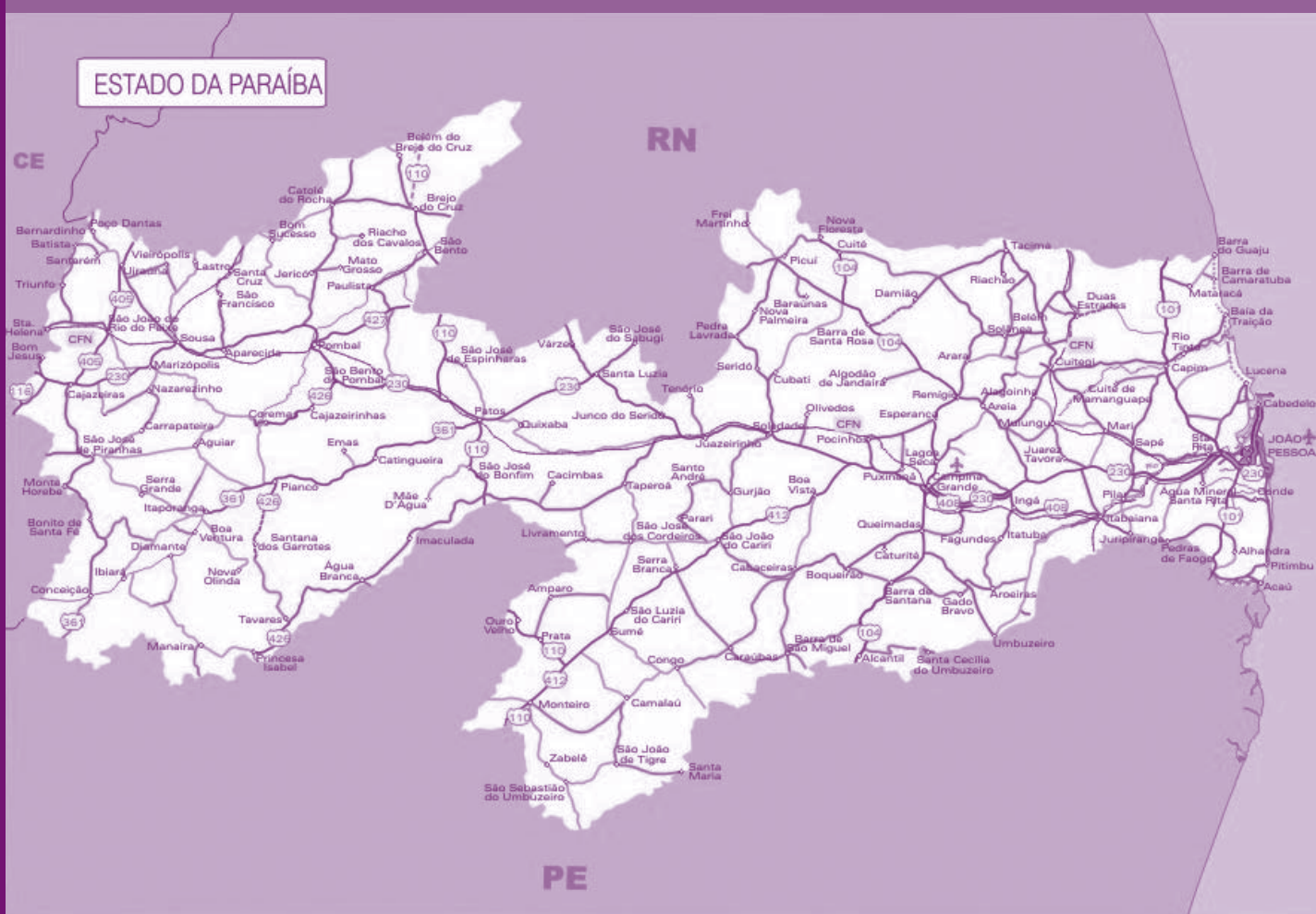




DOSSIÊ SOBRE A REALIDADE DO ABORTO INSEGURO NA PARAÍBA: O IMPACTO DA ILEGALIDADE DO ABORTAMENTO NA SAÚDE DAS MULHERES E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA E CAMPINA GRANDE



ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROJETO

Beatriz Galli – IPAS (Coordenação Nacional)
Paula Viana – Grupo Curumim (Consultoria Técnica)
Lucia Lira - Cunhã – Coletivo Feminista (Coordenação do Projeto na Paraíba)
Socorro Borges - Assessoria de Pesquisa e Metodologia
Adriana Pereira dos Santos - Assistente de Pesquisa
Socorro Borges, Cristina Lima e Gilberta Santos Soares - Elaboração do Dossiê
Mário Monteiro – IMS/UERJ (Contribuição na Análise dos dados quantitativos)
Cristina Lima, Jô Vital e Iayna Rabay - Assessoria de Comunicação

Grupo Curumim

Rua Pe. Capistrano, 118 - B. Campo Grande - Recife/PE CEP 52031 100
Fone: 55 81 3427 2023 - Site: www.grupocurumim.org.br

Cunhã - Coletivo Feminista

Av. João Machado, 510 - Centro - João Pessoa/PB CEP 58013 520
Fone: 55 83 3241 5916 - Site: www.cunhanfeminista.tumblr.com

Ipas Brasil

Caixa Postal 6558 - Centro - Rio de Janeiro/RJ - CEP 20030 020
Fone: 21 2532 1930 Site: www.ipas.org.br

Ficha Catalográfica na Fonte

D724

Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro na Paraíba: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de João Pessoa e Campina Grande/ [elaboração e execução do projeto Beatriz Galli... [et. al.]. Recife: Grupo Curumim, 2010.

30 p.: il.

Inclui Bibliografia
ISBN 978-85-63468-00-00.

Aborto – Aspectos sociais – Paraíba. 2. Mulheres – Saúde e higiene – Paraíba. 3. Saúde reprodutiva – Paraíba. 4. Direito das mulheres – Paraíba. I. Galli, Beatriz.

CDD: 363.46080898134

CDU: 173.4 (813.4)

I. Apresentação

A elaboração deste **Dossiê sobre a Realidade do Aborto Inseguro na Paraíba: O Impacto da Ilegalidade do Abortamento na Saúde das Mulheres e nos Serviços de Saúde de João Pessoa e Campina Grande** insere-se no trabalho que vem sendo coordenado pelo IPAS¹ e o Grupo Curumim², em vários estados brasileiros, com o objetivo de gerar debates sobre a realidade do abortamento inseguro e o impacto da ilegalidade do aborto na saúde e vida das mulheres e no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta ação faz parte de um conjunto de estratégias articuladas através da coalizão Jornadas pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro e já conta com dossiês que revelam a realidade do aborto inseguro nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro, Bahia e Mato Grosso do Sul.

Parceira do IPAS e do Grupo Curumim na elaboração do dossiê da Paraíba, a Cunhã – Coletivo Feminista articulou essa ação às suas estratégias de defesa do direito das mulheres ao aborto e da humanização da assistência ao abortamento inseguro. Para a elaboração do **Dossiê sobre a Realidade do Aborto Inseguro na Paraíba: O Impacto da Ilegalidade do Abortamento na Saúde das Mulheres e nos Serviços de Saúde de João Pessoa e Campina Grande** a equipe da pesquisa baseou-se nas pesquisas de 1997, 2003, 2008 e 2009, realizadas pela Cunhã sobre a situação da atenção ao abortamento inseguro em maternidades de João Pessoa e municípios da região metropolitana da capital.

Outro objetivo do dossiê é visibilizar a situação do abortamento inseguro no estado da Paraíba e no país, denunciando, assim, as violações de direitos humanos das mulheres, como a precariedade no acesso e má qualidade da atenção à saúde sexual e reprodutiva.

O contexto de criminalidade e a, conseqüente, clandestinidade escamoteiam a realidade das condições nas quais acontecem os abortamentos inseguros no Brasil e escondem a real situação das mulheres. Preocupa-nos a frieza e a falta de consistência dos dados oficiais - e até sua ausência, em alguns casos - quando o assunto é aborto, falseando os indicadores de saúde da mulher. Este projeto, portanto, pretende delinear a magnitude do abortamento no estado da Paraíba, produzindo fundamentação a partir de dados empíricos a fim de contribuir para o desenho e a implementação de políticas públicas eficazes e a humanização da atenção.

Esperamos que este dossiê contribua para aprofundar o conhecimento sobre o impacto da ilegalidade do aborto na vida das mulheres e no Sistema Único de Saúde (SUS); sensibilizar os poderes legislativo e executivo, gestores, profissionais de saúde e a sociedade para as questões que envolvem o abortamento inseguro; e promover debates e reflexões em torno dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, na perspectiva da garantia dos direitos humanos das mulheres.

- 1 É uma organização não-governamental que trabalha há mais de três décadas com temas ligados à saúde e aos direitos reprodutivos da mulher, objetivando especialmente contribuir para a Redução da Morbi-mortalidade Materna em decorrência do aborto inseguro.
- 2 O Grupo Curumim é uma organização não-governamental feminista e anti-racista que, desde 1989, trabalha para o fortalecimento da cidadania das mulheres, em todas as fases de sua vida, através da promoção dos Direitos Humanos; da saúde integral; dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, sob a perspectiva da igualdade étnico-racial e de gênero, da justiça social e da democracia.



II. Objetivos

Produzir informações e dados sobre a realidade do abortamento inseguro em João Pessoa, capital da Paraíba, e em Campina Grande, município de médio porte, analisando o impacto da ilegalidade do abortamento na vida das mulheres e no Sistema Único de Saúde (SUS);

Divulgar os dados do dossiê junto a parlamentares no âmbito estadual (Assembléia Legislativa) e municipal (Câmara de Vereadores de João Pessoa), visando a sensibilização dos mesmos para a realidade das mulheres em situação de abortamento inseguro na Paraíba;

Indicar recomendações a gestores locais, Ministério Público Estadual, Conselhos de Saúde, Comitês de Estudos e Prevenção à Mortalidade Materna, profissionais de saúde e movimentos sociais no sentido de estabelecer parcerias, em torno de ações para a melhoria dos serviços e da qualidade do atendimento às mulheres em situação de abortamento e dos serviços de saúde de modo geral;

Sensibilizar profissionais de saúde para implementação e cumprimento das Normas Técnicas do Ministério da Saúde (Assistência ao Abortamento Humanizado e Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes), como instrumentos de efetivação dos direitos das mulheres a uma assistência humanizada.




III. Metodologia

A elaboração do **Dossiê sobre a Realidade do Aborto Inseguro na Paraíba: O Impacto da Ilegalidade do Abortamento na Saúde das Mulheres e nos Serviços de Saúde de João Pessoa e Campina Grande** foi, em parte, baseado na pesquisa *Panorama da Assistência Obstétrica nos Serviços Públicos do Município de João Pessoa*³, realizada pela Cunhã - Coletivo Feminista. A pesquisa foi realizada em quatro maternidades de João Pessoa num estudo que cruzou abordagem metodológica quanti-qualitativa, analisando a assistência às mulheres no período gravídico-puerperal. Posteriormente, foi realizado um levantamento em duas maternidades, de Santa Rita e Bayeux, municípios da grande João Pessoa. A partir das falas das mulheres e dos profissionais de saúde, foi construído um panorama sobre a qualidade da assistência nos três municípios e a etnografia da experiência das usuárias em processo de abortamento, descortinando a trama do atendimento e o impacto do abortamento inseguro na vida das mulheres e nos serviços públicos de saúde.

Outras fontes de informação para a elaboração deste dossiê foram: dados sobre custos e internações por causas obstétricas pesquisados no Sistema de Informação em Saúde/SUS (DATASUS), referentes ao período de janeiro de 2008 a junho de 2009; documentos oficiais e visitas ao Instituto Cândida Vargas (ICV), em João Pessoa, e à Maternidade Instituto Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), em Campina Grande; Relatório de Mortalidade Materna da Gerência Executiva de Vigilância em Saúde/SES-PB (2005-2008), além de publicações e pesquisas científicas.

3 A pesquisa foi realizada em 2003 e deu origem à publicação do livro *Abortamento Inseguro – Assistência e Discriminação* (2009).





A elaboração do dossiê contou ainda com a colaboração de Mário Monteiro, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado Rio de Janeiro (UERJ), que sistematizou os dados sobre a magnitude do aborto no estado da Paraíba, fazendo estimativas a partir das internações por abortamento registradas no SUS.

A escolha dos dois municípios deve-se ao fato das maiores maternidades do estado estarem localizadas nestas cidades. O Instituto Cândida Vargas foi escolhido por ser a maternidade de referência para causas obstétricas, gravidez de alto risco, gozar de credibilidade junto à população da Paraíba e disponibilizar um serviço para assistência ao aborto legal. A escolha do ISEA também se justifica pela maternidade ser referência da II Macro-regional de Saúde do estado e o único serviço público que realiza curetagens em Campina Grande.

A devolução do dossiê às maternidades foi realizada através de visitas, em outubro de 2009, pela equipe do projeto (IPAS, Cunha e Grupo Curumim), e lideranças da Rede Mulheres em Articulação da Paraíba, Rede Feminista de Saúde/PB e Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB), com o intuito de sensibilizar gestores(as) de saúde para a implementação de ações que melhorem a qualidade da assistência às mulheres em situação de abortamento; subsidiar a mídia local com informações sobre o aborto inseguro no estado; e estimular a produção de debates públicos sobre a ilegalidade do aborto na sociedade.

IV. Aborto Inseguro, morbidade e mortalidade materna⁴




A Organização Mundial de Saúde aponta que 21% das mortes maternas (cerca de seis mil/ano) na América Latina têm como causa as complicações decorrentes do aborto inseguro, sob a responsabilidade de leis restritivas ao aborto (RFS, 2001).

A condição de clandestinidade do aborto no Brasil dificulta a definição de sua real dimensão e da complexidade de aspectos que envolvem questões legais, econômicas, sociais e psicológicas, impactando diretamente na vida e na autonomia das mulheres. No entanto, a partir de estimativas, é possível projetar sua magnitude frente aos serviços públicos de saúde. Estima-se que ocorram anualmente no Brasil entre 729 mil e 1,25 milhão de abortamentos inseguros, de acordo com os resultados da pesquisa *Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social*, (MONTEIRO, 2008) baseada nos dados de internação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2005.

A criminalização é uma importante questão a ser considerada, pois na legislação do país o aborto induzido é considerado crime quando não se tratar de risco de morte para a mulher ou de gravidez resultante de estupro. Além de ser a causa provável de muitos óbitos, a clandestinidade dificulta desde o diagnóstico médico até o registro adequado do aborto induzido nos prontuários. (RFS, 2005).

No Brasil, o aborto é uma questão de saúde pública, penalizando mais severamente as mulheres negras, pobres e jovens que acessam os serviços públicos de saúde para finalizar um aborto iniciado em condições inseguras. Os



4 A organização Mundial de Saúde (OMS) define abortamento inseguro como o procedimento para interromper a gestação não desejada realizado por pessoas sem as habilidades necessárias ou em um ambiente que não cumpra com os mínimos requisitos médicos, ou ambas as condições.



abortamentos acontecem, na maioria das vezes, através de procedimentos realizados sem assistência adequada, sem nenhuma segurança e em ambientes sem os mínimos padrões sanitários, com possibilidades de complicações pós-aborto, como hemorragia, infecção, infertilidade e/ou morte. Parte destes casos chega às maternidades públicas como abortamento incompleto.

É sabido que a criminalização e as leis restritivas não levam à eliminação ou redução de abortos provocados, além de aumentarem consideravelmente os riscos de morbidade feminina e de mortalidade materna. As complicações por abortamento configuram-se na quinta causa de internação hospitalar de mulheres no SUS, respondendo por 9% dos óbitos maternos e por 25% dos casos de esterilidade por problemas tubários, segundo o diagnóstico da **Campanha por uma Convenção Interamericana de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. (RFS, /2003).

O abortamento inseguro representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Pesquisa realizada por Laurenti *et al* (2003), em todas as capitais e no Distrito Federal, permitiu a identificação de fator de correção de 1,4 a ser aplicado à razão de mortes maternas, evidenciando valor corrigido de 74 óbitos/100.000 nascidos vivos no país, diferentemente do que ocorre em alguns países onde o aborto está previsto na lei e a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por esta causa é reduzida ou inexistente. Entre 1995 e 2000, estatísticas de vários países europeus mostram RMM inferiores a 10 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos, com o abortamento sendo realizado em condições seguras, não se constituindo como importante causa de óbito (ALEXANDER *et al.*, 2003).



Entretanto, verifica-se não só um decréscimo da média de idade das mulheres que foram a óbito, como também a permanência de desigualdades regionais, com menor redução dessas razões nos estados nordestinos. É também nesta região do país onde as mortes por causa do abortamento adquirem mais importância entre as causas de morte materna (RFS, 2001).

Não tem havido avanços nos últimos anos em relação ao declínio da mortalidade materna. Segundo Tânia Lago, “em média não há declínio nas taxas, o que de certa forma contribui para a melhoria; se não há aumento, elas também não diminuem. Nem mesmo onde existem os melhores Comitês de Mortalidade Materna, como no Paraná e em São Paulo, não se verifica diminuição.”⁵ Se comparados por região, de 1996 a 2006, (melhores dados de nascidos vivos por região), Lago aponta para 2 regiões em que a mortalidade materna aumenta: Nordeste e Centro-Oeste (só em Pernambuco e Ceará não ocorre elevação no NE).⁶

Dados do DATASUS demonstram que a Paraíba acompanha as tendências nacionais com relação à curetagem pós-abortamento (CPA)⁷. Este é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nos serviços públicos de saúde do

5 Taxa média quinquenal de mortalidade materna, Brasil 1996-2000 e 2000-2006. Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. SIM, Tabnet (acesso em 25/05/2009). Fonte: Relatório do Seminário Mortalidade Materna e Direitos Humanos no Brasil, Comissão Cidadania e Reprodução, maio de 2009.

6 Ibidem.

7 Procedimento cirúrgico que consiste na introdução da cureta para raspagem da cavidade uterina, extraindo-se o material desprendido pelo instrumental. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido (aço), o uso da cureta pode provocar acidentes, tal como perfuração do útero.

país, ocorrendo cerca de 250 mil internações por ano para tratamento das complicações de aborto. (COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO SOBRE MORTALIDADE MATERNA, 2001). A Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)⁸ é um procedimento recomendado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil como o mais eficaz e humanizado para tratamento do abortamento incompleto (Portaria nº 569/2000)⁹ e nº 48/2001), exigindo menor tempo de internação, com menores riscos para as mulheres, a um custo médio de R\$ 129,57 por internação. Comparativamente, a CPA tem um custo médio de R\$ 189,95, obrigando a mulher a permanecer por mais tempo no serviço, longe da família, o que onera o SUS com a ocupação desnecessária do leito.

Largamente utilizada na Paraíba, a CPA é um procedimento de média complexidade, que exige anestesia, submete a mulher a maior risco de infecção e tem um tempo médio de internação de 36 horas. Na Paraíba, esta média é bem mais alta: entre 72 e 96 horas (RABAY e SOARES, 2008).

Se adotado nos serviços, o procedimento de AMIU reduziria o tempo de permanência das mulheres nas maternidades para um período de 24 horas. Entretanto, mesmo com todas as vantagens da utilização da AMIU em relação à CPA, dados (DATASUS, 2008/2009) apontam a baixa utilização da AMIU na Paraíba, onde os números de procedimentos de curetagem permanecem absolutamente maiores.

V. Panorama do abortamento inseguro na Paraíba

Dados do monitoramento da assistência às mulheres em processo de abortamento¹⁰, realizado pela Cunhã, recentemente, em quatro maternidades públicas da grande João Pessoa (2009), revelam que permanecem atuais as dificuldades que as mulheres e os profissionais de saúde enfrentam diante da ilegalidade do aborto. A média de abortamentos por mulher encontrada (1,4), no referido monitoramento, indica a recorrência ao aborto de repetição, conforme demonstra a Tabela 1. Da amostra de 53 mulheres que acessaram os serviços, 16 delas já haviam vivenciado um ou mais abortos, o que nos faz constatar as falhas na atenção pós-abortamento, em especial na orientação ao planejamento reprodutivo.

Tabela 1: Número de abortamentos por mulher em processo de abortamento

Número de abortamentos	Total	Percentual de mulheres
1º abortamento	37	69,8%
2º abortamentos	11	20,7%
3º abortamentos	4	7,5%
4º abortamentos	1	1,9%
Total de abortamentos	75	100%
Total de mulheres	53	

Média de abortamentos: 1,4 abortamentos/mulher

8 Procedimento que utiliza cânulas de Karman, com diâmetros variáveis, de 4 a 12mm, acopladas à seringa com vácuo, promovendo a retirada dos restos ovulares por meio da raspagem da cavidade uterina e por aspiração.

9 A portaria 569/200 institui a AMIU como o procedimento mais humanizado eficaz para tratamento do abortamento incompleto e a portaria 48/2001 define como o procedimento de menor tempo de internação.

10 *Relatório de Monitoramento da Assistência a Mulheres em Processo de Abortamento* - realizado por promotoras populares de saúde vinculadas à Cunhã - Coletivo Feminista - em quatro maternidades públicas da grande João Pessoa, visando avaliar a qualidade da assistência às mulheres em processo de abortamento.

Verifica-se que a orientação contraceptiva para a mulher que passou por abortamento - planejamento reprodutivo pós-aborto - não é adotada como uma conduta de rotina, apesar de ser preconizada pela Norma Técnica de Atenção Humaniza ao Abortamento (MS, 2005, p. 30). No referido monitoramento, a maioria das mulheres pesquisadas afirmou não ter recebido qualquer orientação após o procedimento de curetagem.

As mulheres pesquisadas¹¹ referem o diagnóstico de aborto espontâneo, parecendo indicar uma forma de proteção aos julgamentos e à discriminação por parte dos profissionais de saúde (SOARES, 2009). O diagnóstico de aborto espontâneo aparece como a segunda causa de internação na Paraíba (jan/2008 - jun/2009), totalizando 6.897 procedimentos realizados. Disponibilizado apenas na capital paraibana, o diagnóstico por razões médicas (aborto legal) é responsável por 36 notificações.

Tabela 2: Diagnósticos de abortamento na Paraíba. Período: janeiro de 2008 a junho de 2009

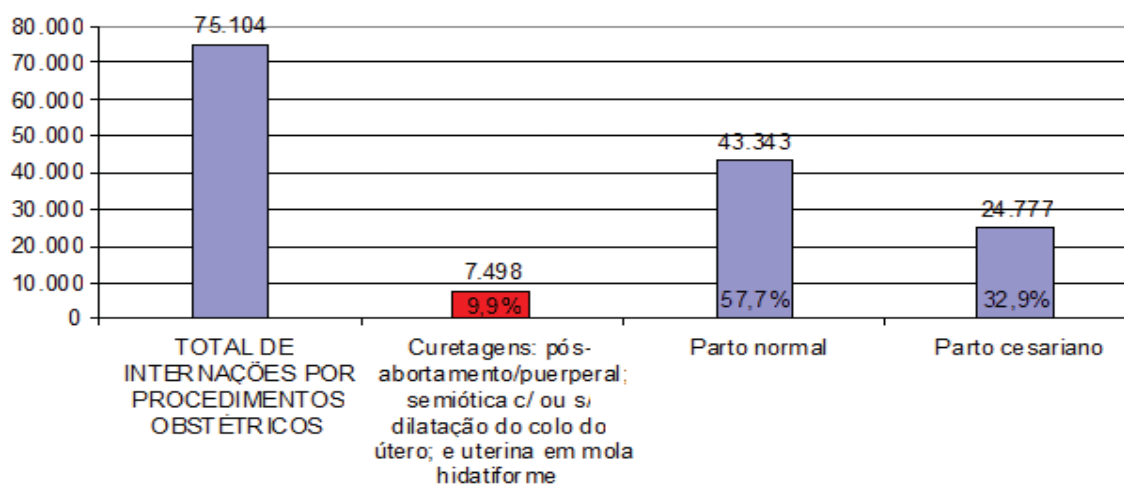
Diagnósticos	TOTAL
Abortos espontâneos	6.897
Razões médicas	36
Outras gravidezes que terminam em aborto	769
Total	7.702

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

A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de saúde, superado apenas pelos partos (Gráfico 1). Nos municípios pesquisados, foram realizadas 5.122 CPA, sendo 2.803, em João Pessoa, e 2.319, em Campina Grande. Importante destacar a proximidade dos números de Campina Grande em relação ao da capital. O primeiro município possui população bem menor (383.764 habitantes) que João Pessoa (702.235 habitantes), o que indica a alta procura de usuárias do interior pelos serviços de Campina Grande – que se caracteriza como cidade-pólo do estado.

Gráfico 1: Percentual de internações por procedimentos obstétricos na Paraíba.

Período: janeiro de 2008 a junho de 2009



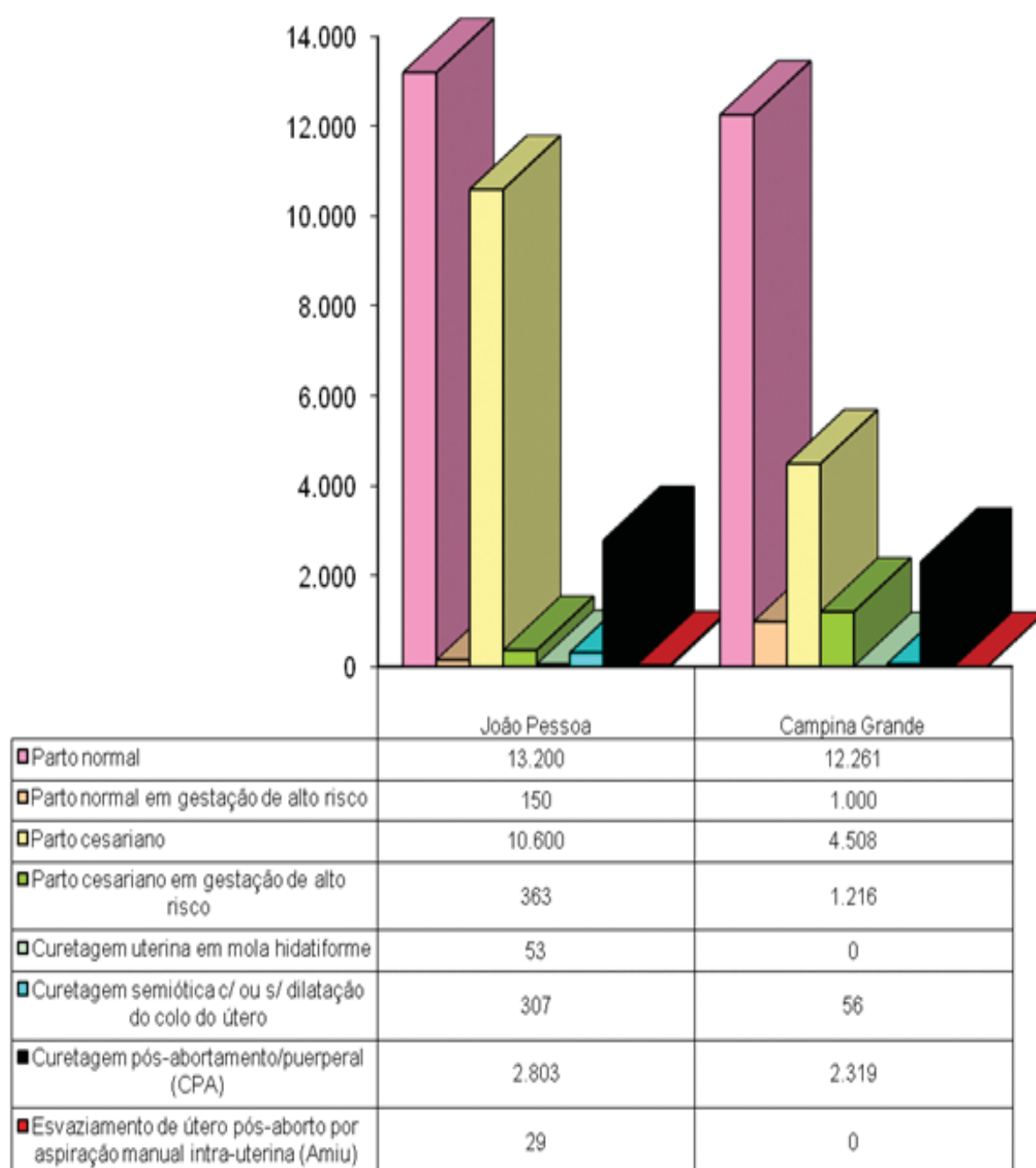
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

11 Relatório de Monitoramento da Assist. a Mulheres em Processo de Abortamento da Cunhã.

O Gráfico 2 demonstra que, no conjunto de procedimentos obstétricos para curetagem (curetagem pós-abortamento/puerperal, curetagem semiótica com ou sem dilatação de colo do útero, curetagem uterina em mola hidatiforme), o esvaziamento de útero pós-aborto por AMIU foi realizado apenas em João Pessoa. Dos 29 procedimentos, 19 foram realizados em mulheres residentes no município, ou seja, as mulheres de todo o estado dependem da rede de serviços da capital para ter acesso a um procedimento mais barato e menos invasivo. Os 29 procedimentos realizados com a técnica de AMIU estavam incluídos nos 36 diagnósticos de abortos por razões médicas, conclui-se que provavelmente foram utilizadas para a atenção ao aborto legal e as outras sete mulheres foram submetidas ao procedimento tradicional.

Gráfico 2: Internações por procedimento obstétrico e local.

Período: janeiro de 2008 a julho de 2009



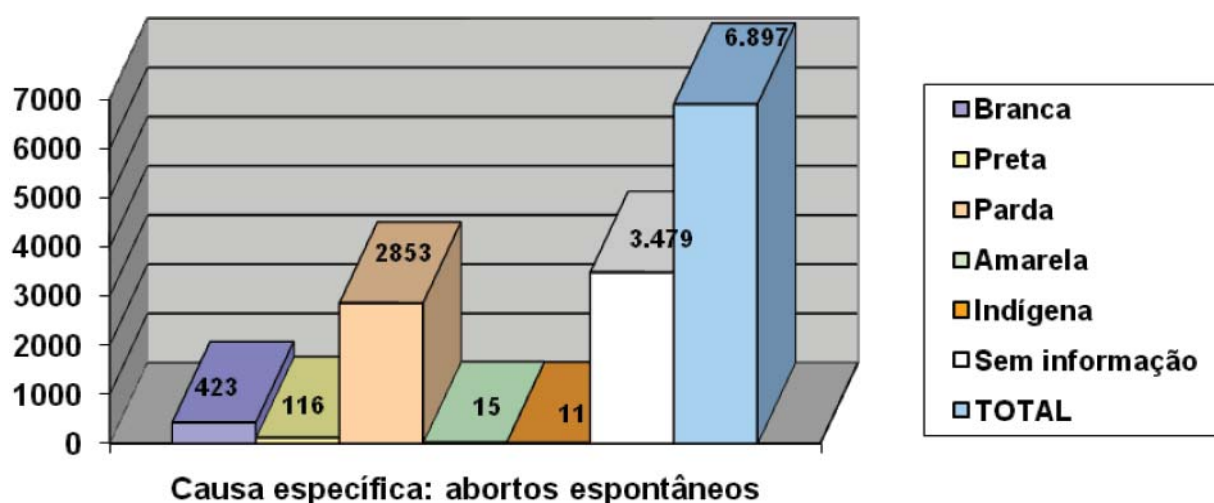
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Considerando as internações por procedimento obstétrico, observa-se que a proporção de curetagens pós-abortamento (CPA) em João Pessoa e Campina Grande, corresponde a 10% e 11% do total de procedimentos realizados, respectivamente, enquanto a técnica de AMIU é responsável por apenas 0,9% dos procedimentos. Vale ressaltar que as maternidades de João Pessoa e Campina Grande são referências no atendimento à saúde da mulher, atendendo usuárias de outras cidades. No caso de João Pessoa, 44% dos procedimentos de CPA correspondem a internações de usuárias não residentes na capital e em Campina Grande este índice corresponde a 52%. As internações de mulheres de outros municípios que procuram assistência ao abortamento incompleto, nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, contribuem com a superlotação das maternidades e comprometem a qualidade da assistência

Aprofundando essa análise para as categorias raça/cor observa-se que o acesso à atenção pós-abortamento nos serviços públicos de saúde é majoritariamente de mulheres negras (pretas e pardas) para o diagnóstico de aborto espontâneo. Do total de abortamentos espontâneos, 43% correspondem a usuárias de cor preta ou parda. Chama atenção também a ausência de identificação de cor para um número significativo de usuárias (3.479), o que revela pouca sensibilização dos profissionais de saúde para a importância do preenchimento dessas informações nos prontuários.

Gráfico 3: Internações por gravidez, parto e puerpério segundo raça/cor.

Período: janeiro de 2008 a julho de 2009



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

De acordo com as Tabelas 3 e 4, há predominância de mulheres jovens, entre 20 e 29 anos, nos diagnósticos de aborto espontâneo e aborto por razões médicas, confirmando tendências nacionais. Destaca-se o elevado número de abortos espontâneos entre meninas e adolescentes de 10 a 14 anos (115) e de 15 a 19 anos (1.207), o que pode sugerir casos não notificados de violência sexual em meninas. Podem demonstrar também que os serviços de saúde não estão preparados para lidar com a vivência da sexualidade na adolescência.

Tabela 3: Diagnósticos de abortamento espontâneo segundo faixa etária e raça/cor.

Período: janeiro de 2008 a julho de 2009

Causa específica: aborto espontâneo	Raça/cor	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	TOTAL
	Branca	7	75	216	103	22	-	-	-	-
Preta	4	16	52	28	15	1	-	-	-	116
Parda	56	534	1.477	653	131	2	-	-	-	2.853
Amarela	-	5	4	6	-	-	-	-	-	15
Indígena	2	1	6	1	1	-	-	-	-	11
Sem informação	46	576	1.675	907	254	15	3	3	3	3.479
TOTAL	115	1.207	3.430	1.698	423	18	3	3	3	6.897

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

Em relação ao diagnóstico de aborto por razões médicas (Tabela 4), a categoria *Sem Informação* (de raça/cor) é a que predomina. Esta falha torna-se mais grave ao considerar que existe um instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde - Ficha de Notificação Compulsória para a violência sexual - para os serviços de atenção ao aborto legal. De um total de 36 diagnósticos, 27 não apresentam registro relativo à categoria raça/cor. Esta lacuna na informação relativa ao aborto legal evidencia o descaso com a informação sobre a raça e com a importância desse dado para as ações e políticas de enfrentamento às desigualdades raciais.

Tabela 4: Diagnósticos de abortamento segundo faixa etária e raça/cor.

Período: janeiro de 2008 a julho de 2009

Causa específica: aborto por razões médicas	Raça/cor	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	TOTAL
	Branca	-	1	-	-
Preta	-	-	-	-	-
Parda	1	1	2	-	4
Amarela	1	2	1	-	4
Indígena	-	-	-	-	-
Sem informação	4	12	11	-	27
TOTAL	6	16	14	14	36

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

Em relação a outras gravidezes que terminaram em aborto (769), mantém-se a prevalência das mulheres negras (394) e jovens entre 20 e 29 anos (396). Entretanto, chama atenção a presença de abortos em meninas de 10 a 14 anos (9) e em adolescentes de 15 a 19 anos (121).

V.1 Estimativas do Abortamento Inseguro na Paraíba¹²

A análise da magnitude do abortamento no estado da Paraíba foi realizada por MONTEIRO (2009), que produziu fundamentação empírica a fim de contribuir para o desenho e implementação de políticas públicas eficazes. A dimensão crítica do abortamento é notória, justificando a relevância de informações consistentes para que gestores e profissionais da área da saúde possam prestar atenção técnica adequada, segura e humanizada às mulheres em situação de abortamento e incentivar o uso de alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortos repetidos. É fundamental para a formulação e implementação de políticas públicas, o aprofundamento da problemática do abortamento de forma a criar um ambiente favorável para a atenção ao abortamento, diminuindo o estigma e, estimulando os profissionais, independente dos seus preceitos morais e religiosos, a adotarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres.

V.1.1 Resultados e Estimativas

A) Internações por abortamento no Estado da Paraíba registradas no SUS

De 1998 até 2008, houve um aumento de 176% no número de internações por abortamento no Estado da Paraíba registradas no SUS. O aumento ocorreu em todos os Núcleos Regionais de Saúde, menos no VI NRS e no VII NRS.

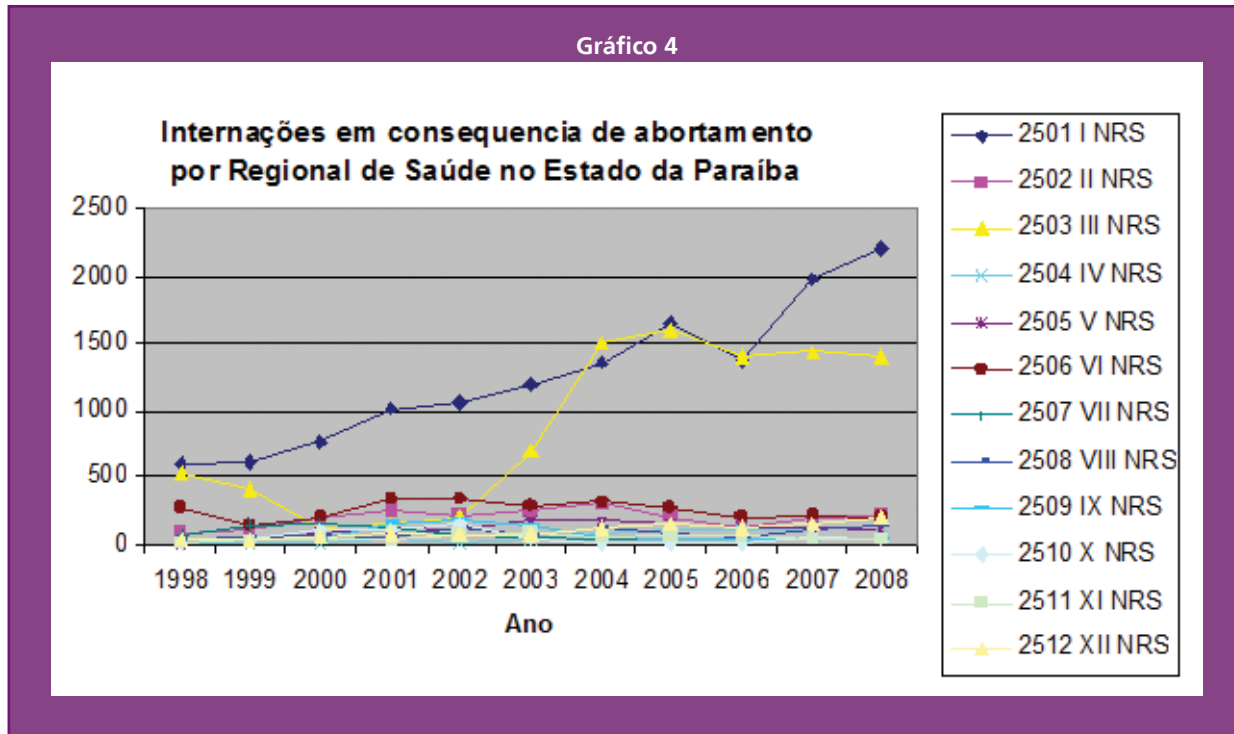
Tabela 5: Internações anuais por abortamento por Núcleos Regionais de Saúde

Núcleo Regional de Saúde	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2501 I NRS	602	623	769	1005	1070	1186	1364	1651	1372	1975	2213
2502 II NRS	93	115	192	269	236	260	306	212	132	206	235
2503 III NRS	539	418	134	169	206	710	1501	1608	1399	1437	1409
2504 IV NRS	14	17	14	34	10	34	100	118	117	117	147
2505 V NRS	23	44	97	130	119	173	184	160	134	135	119
2506 VI NRS	276	149	214	342	350	289	322	278	214	223	210
2507 VII NRS	80	147	157	126	83	61	47	48	29	46	57
2508 VIII NRS	50	72	88	68	127	88	125	97	67	121	139
2509 IX NRS	13	30	51	169	175	151	69	45	33	31	49
2510 X NRS	11	55	122	116	164	57	19	14	11	66	57
2511 XI NRS	19	31	45	32	84	101	64	82	84	57	53
2512 XII NRS	52	34	58	92	84	78	127	167	126	162	208
Total	1772	1735	1941	2552	2708	3188	4228	4480	3718	4576	4896

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

Em 2008, o Núcleo Regional de Saúde I (cuja cidade pólo é João Pessoa) e o Núcleo Regional de Saúde III (cuja cidade pólo é Campina Grande) concentravam 74% das internações em consequência de abortamento; esta proporção era de 64% em 1998.

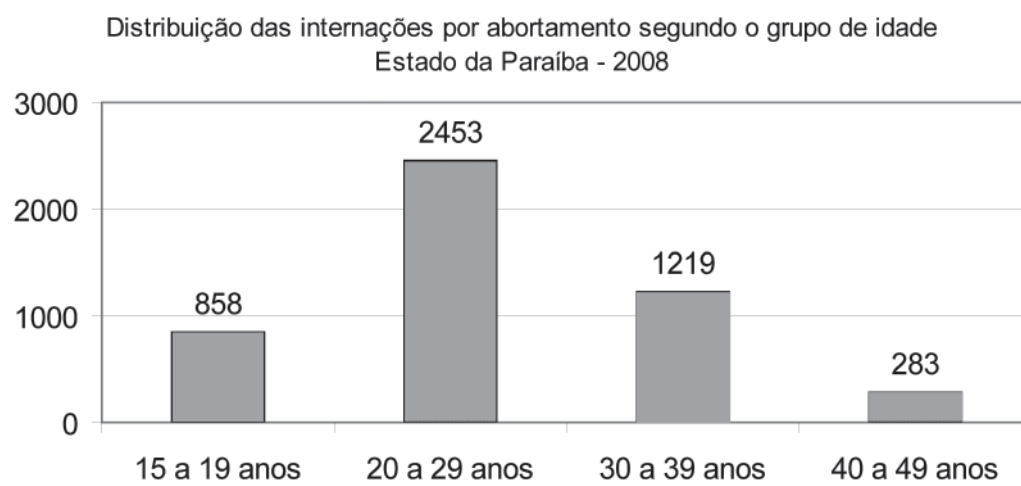
12 MONTEIRO, *et al.* Estimativas do risco de abortamento induzido no estado da Paraíba, 2009.



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

As internações por abortamento no Estado da Paraíba em 2008 ocorreram principalmente no grupo de mulheres de 20 a 29 anos de idade, que corresponde ao período de maior fecundidade da população feminina, no entanto é preciso observar com preocupação que o grupo mais jovem, de 15 a 19 anos, registrou 858 internações no SUS em consequência de abortamento.

Gráfico 5:



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



B) Estimativas do número de abortos induzidos

Com o número de internações por abortamento registradas no SUS, podemos estimar o número de abortamentos induzidos no Estado da Paraíba em 2008. Em todo o Estado, estimamos que tenham ocorrido 20.655 abortamentos induzidos, sendo 9.336 no I NRS e 5.944 no III NRS.

Tabela 6: Estimativa de abortamentos induzidos por Núcleo Regional de Saúde

Núcleo Regional de Saúde	2008
2501 I NRS	9336
2502 II NRS	991
2503 III NRS	5944
2504 IV NRS	620
2505 V NRS	502
2506 VI NRS	886
2507 VII NRS	240
2508 VIII NRS	586
2509 IX NRS	207
2510 X NRS	240
2511 XI NRS	224
2512 XII NRS	878
Total	20655

As estimativas para todos os municípios do estado da Paraíba integram o relatório *Estimativas do risco de abortamento induzido no estado da Paraíba* (MONTEIRO et al, 2009), e os municípios com um número de abortamentos estimado em mais de 150, no ano de 2008, estão na tabela a seguir.

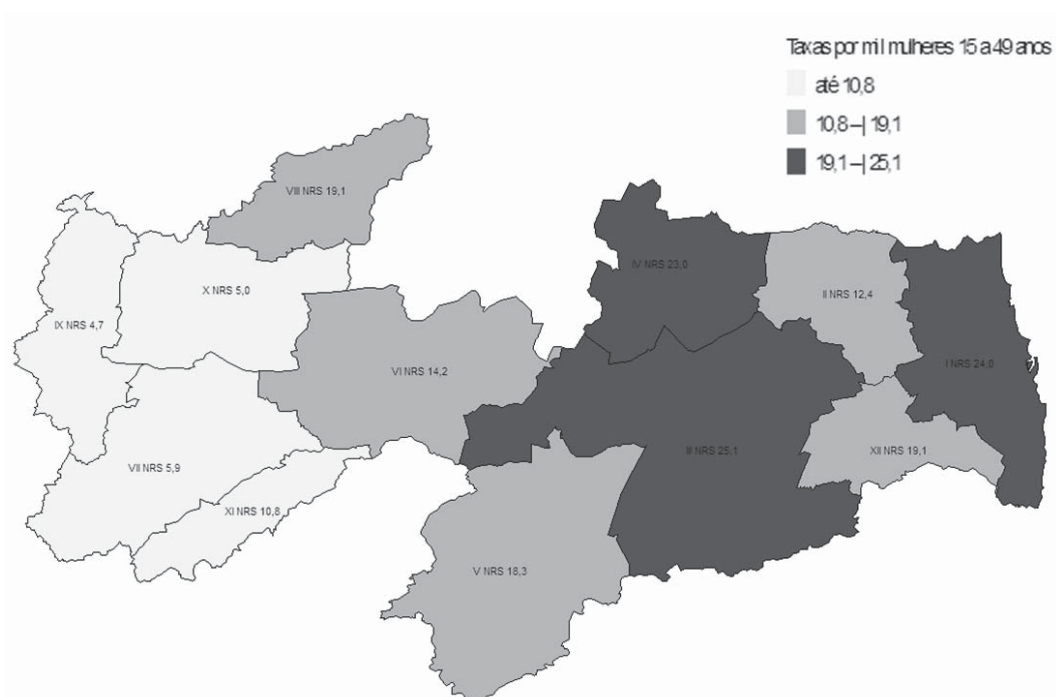
Tabela 7: Estimativa de abortamentos induzidos por municípios da Paraíba

Município	Estimativas do número de abortamentos induzidos (mais de 150 em 2008)
250750 João Pessoa	5375
250400 Campina Grande	3033
251370 Santa Rita	797
250180 Bayeux	717
251080 Patos	544
250320 Cabedelo	413
250890 Mamanguape	287
251530 Sapé	270
251250 Queimadas	262
250630 Guarabira	219
251390 São Bento	190
250600 Esperança	177
250430 Catolé do Rocha	173

Pode-se observar a concentração de abortamentos induzidos nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, e também mais de 500 abortamentos induzidos nos municípios de Santa Rita, Bayeux e Patos. Para os demais municípios, Cabedelo, Mamanguape, Sapé, Queimadas, Guarabira, São Bento, Esperança e Catolé do Rocha, foram estimados mais de 150 abortamentos induzidos no ano de 2008.

Tabela 8: Estimativa das taxas anuais de aborto induzido por 1000 mulheres de 15 a 49 anos por Núcleo Regional de Saúde

Núcleo Regional de Saúde	Taxas por mil mulheres de 15 a 49 anos
2503 III NRS	25,1
2501 I NRS	24,0
2504 IV NRS	23,0
2508 VIII NRS	19,1
2512 XII NRS	19,1
2505 V NRS	18,3
2506 VI NRS	14,2
2502 II NRS	12,4
2511 XI NRS	10,8
2507 VII NRS	5,9
2510 X NRS	5,0
2509 IX NRS	4,7



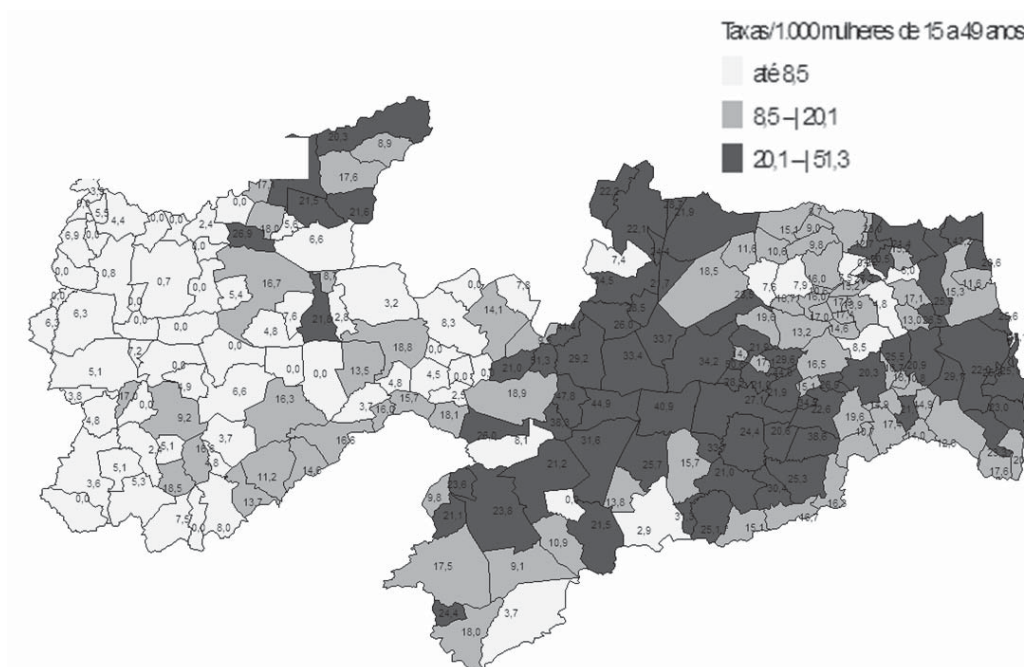
A distribuição das taxas de abortamento induzido por mil mulheres de 15 a 49 anos também apresentou grande desigualdade entre os municípios, com vários deles com uma taxa igual a zero. No entanto, taxas elevadas, acima de 40 abortamentos induzidos por mil mulheres de 15 a 49 anos, foram encontradas nos seguintes municípios: Assunção (51,3), Montadas (50,6), Santo André (47,8), Gurjão (44,9), Matinhas (44,0), Mataraca (43,2), Tenório (41,4) e Boa Vista (40,9).

Mataraca pertence ao I NRS, cujo município sede é João Pessoa e os outros sete municípios são do III NRS, com sede em Campina Grande.

Tabela 9:

Município	Taxas/1.000 mulheres de 15 a 49 anos
250135 Assunção	51,3
250950 Montadas	50,6
251385 Santo André	47,8
250650 Gurjão	44,9
250933 Matinhas	44,0
250930 Mataraca	43,2
251675 Tenório	41,4
250215 Boa Vista	40,9

Esta desigualdade de riscos entre os municípios do estado da Paraíba pode ser observada espacialmente no mapa a seguir

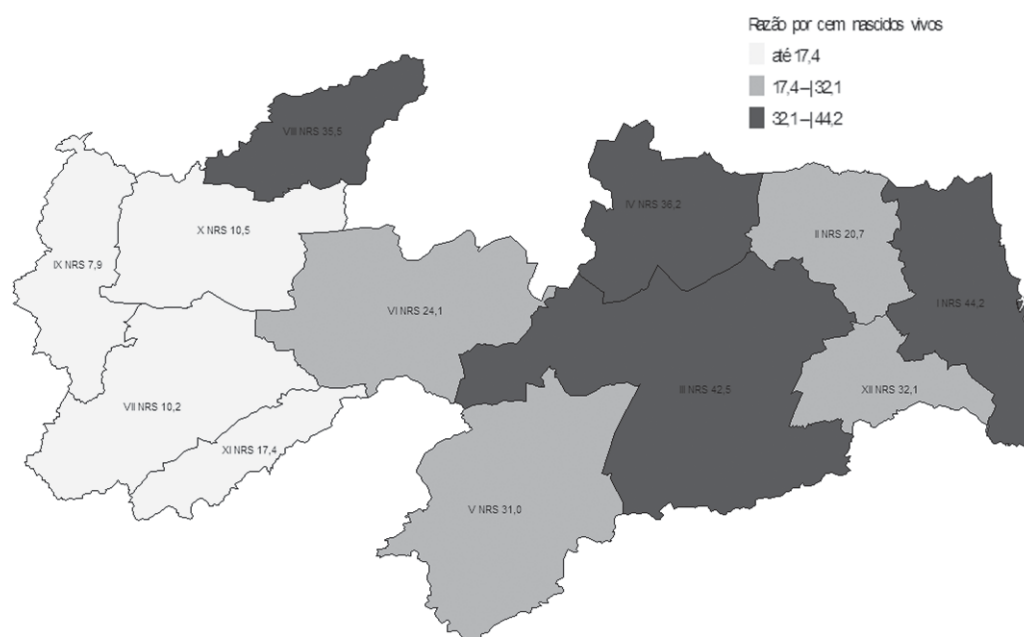


D) Estimativa das razões anuais de aborto induzido por 100 nascidos vivos

A desigualdade de riscos de abortamento induzido medida pela razão por 100 nascidos vivos não difere muito da desigualdade medida pela taxa por mil mulheres de 15 a 49 anos, mostrando também que os Núcleos Regionais de Saúde I e III apresentam os riscos mais elevados.

Tabela 10: Estimativa das razões anuais de aborto induzido por 100 nascidos vivos por Núcleo Regional de Saúde

Núcleo Regional de Saúde	Razão por cem nascidos vivos
2501 I NRS	44,2
2503 III NRS	42,5
2504 IV NRS	36,2
2508 VIII NRS	35,5
2512 XII NRS	32,1
2505 V NRS	31,0
2506 VI NRS	24,1
2502 II NRS	20,7
2511 XI NRS	17,4
2510 X NRS	10,5
2507 VII NRS	10,2
2509 IX NRS	7,9



Para os municípios, o risco de abortamento induzido medido pela razão por 100 nascidos vivos apresenta alguma diferença em relação à taxa por mil mulheres de 15 a 49 anos. Os dois municípios com maiores valores para a razão de abortamentos induzidos, calculados por 100 nascidos vivos, são Gurjão e Tenório, enquanto os dois municípios com maiores valores para a taxa de abortamento, calculados por 1000 mulheres, são Assunção e Montadas (a lista completa de municípios está no Anexo 1).

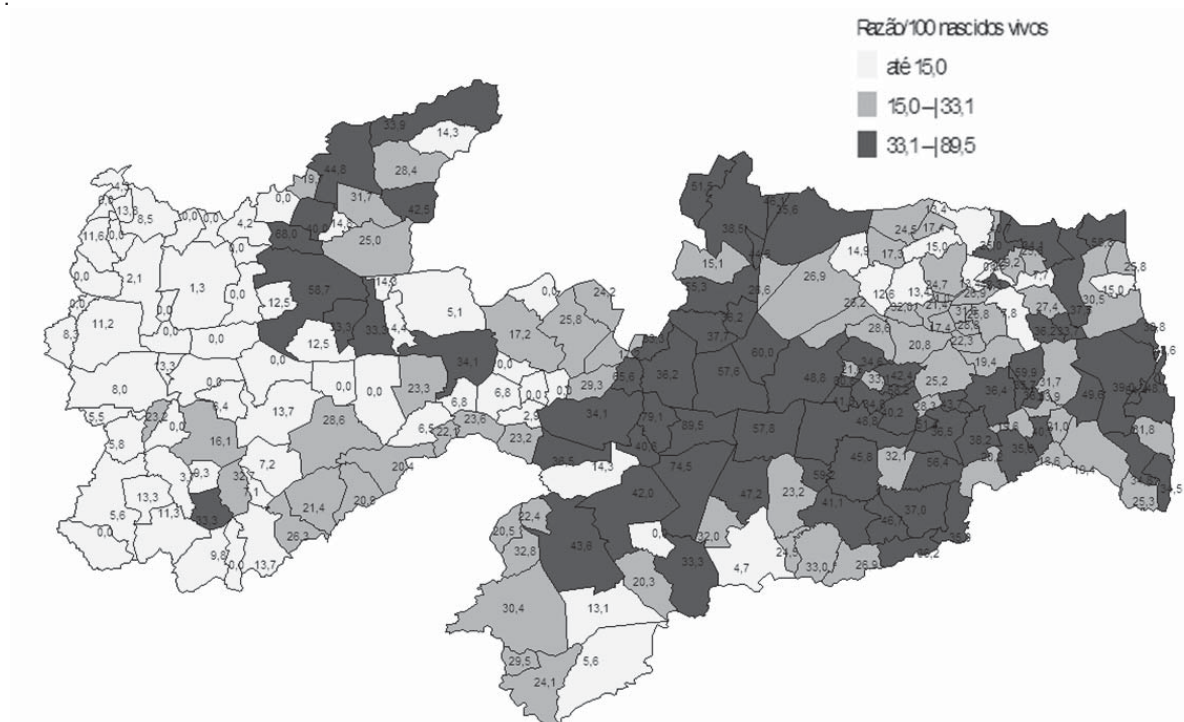
Observa-se também um número maior de municípios no III NRS: dos dez municípios com maiores valores para Razão/100 nascidos vivos, oito estão localizados no entorno de Campina Grande, apenas Lagoa (X NRS) e Mari (I NRS) estão fora do III NRS.



Tabela 11: Dez primeiros municípios da Paraíba com maiores valores para Razão/100 nascidos vivos

Os dez municípios com maiores valores para Razão/100 nascidos vivos	Razão/100 nascidos vivos
250650 Gurjão	89,5
251675 Tenório	83,3
250950 Montadas	80,8
251385 Santo André	79,1
251400 São João do Cariri	74,5
250810 Lagoa	68,0
250135 Assunção	65,6
251050 Olivedos	60,0
250910 Mari	59,9
250435 Caturité	59,2

A desigualdade na distribuição da razão de abortamentos por 100 nascidos vivos pode ser observada no mapa a seguir.



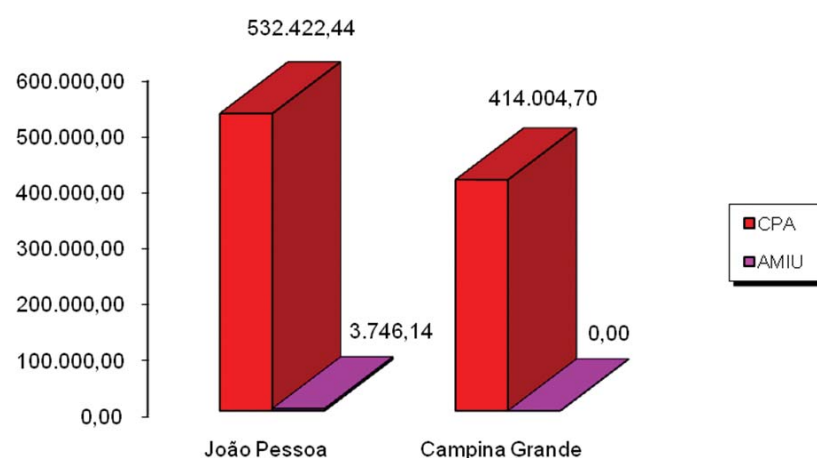
V.2. Custos dos Procedimentos: impacto para a vida das mulheres e para o SUS

Dados do SIH-DATASUS indicam que no período entre janeiro de 2008 a junho de 2009, foram realizadas em João Pessoa e Campina Grande, 5.122 curetagens pós-abortamento/puerperal. Os gastos públicos com estes procedimentos nos dois municípios totalizaram R\$ 946.427,14, o que significa cerca de 7% do valor total dos custos com parto normal no mesmo período.

Os gastos com AMIU, no município de João Pessoa, no mesmo período, foram de R\$ 3.746,14, o que nos permite observar que a concentração dos gastos está no procedimento CPA. Se considerarmos que o valor médio da internação para procedimento de CPA é de R\$ 189,95 e da AMIU é de R\$ 129,57, significando uma diferença de R\$ 60,38 para cada procedimento realizado, levando a uma diferença significativa no valor total dos procedimentos.



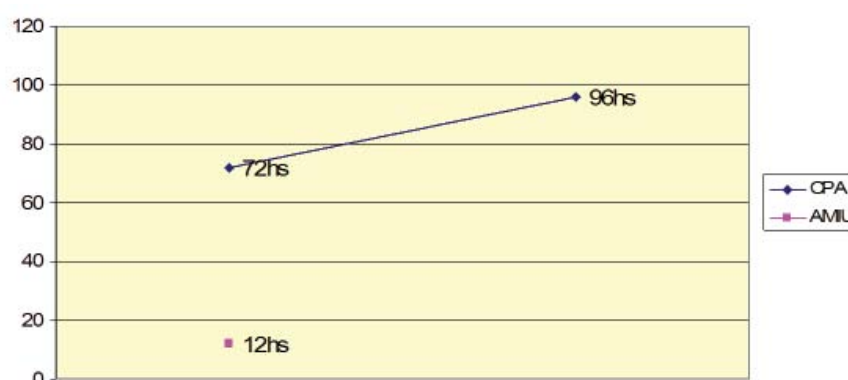
Gráfico 5: Valor total pago para curetagem pós-abortamento/puerperal (CPA) e esvaziamento de útero pós-aborto por aspiração manual intra-uterina (AMIU). Período: janeiro de 2008 a julho de 2009.



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

O impacto para o SUS pode ser estimado levando-se em consideração a diferença do valor de cada procedimento, somado a quantidade de dias que a mulher fica internada para a espera da realização do procedimento, causando superlotação, onerando o sistema com a ocupação de leitos, custos com alimentação e disponibilidade de profissionais de saúde.

Gráfico 6: Quantidade de horas de internação para os procedimentos de curetagem pós-abortamento/puerperal (CPA) e esvaziamento de útero pós-aborto por aspiração manual intra-uterina (AMIU)



A realização de CPA ainda é absolutamente maior no município de João Pessoa, em relação à técnica de AMIU, apesar do município já contar com dois serviços de aborto legal e ter investido em capacitação dos profissionais para o seu uso.

Se for pelo AMIU, a mulher é liberada cerca de duas horas após o procedimento. Terminou o procedimento três horas, cinco horas ela tá sendo liberada. E o convencional é 24 horas, 12 horas se ela tiver bem. (Enfermeira)

Se adotada como procedimento de rotina, a técnica de AMIU garantiria alta eficácia no esvaziamento uterino, menor tempo de permanência das mulheres no hospital, menor necessidade de recursos para controle da dor, menor incidência de complicações, entre outros benefícios. Ou seja, o impacto de uma CPA na vida da mulher é bem mais significativo em termos de risco à sua saúde, afastamento da família e do trabalho.

VI. Assistência às mulheres em situação de abortamento

Como demonstrado anteriormente, o abortamento é parte significativa da demanda das mulheres que procura por serviços no campo da saúde da mulher. A atenção de qualidade é um direito da usuária, sobretudo, quando se encontra em situação de vulnerabilidade física e emocional, independente de que seja um parto, um aborto espontâneo ou provocado. De acordo com pesquisas realizadas pela Cunha (1999, 2003, 2008 e 2009) ainda existe um tratamento diferenciado entre as mulheres em processo de abortamento e as parturientes, com evidente desvalorização e marginalização das mulheres que chegam abortando, levando as mesmas a enfrentar uma seqüência de violências institucionais que se caracterizam enquanto violação de seus direitos.

As falas das mulheres revelam a violação de privacidade no atendimento, quando assistidas, e a violação de sua autonomia em relação à decisão em interromper a gravidez. Acesso, privacidade, resolutividade, integralidade, enfim, são princípios negligenciados quando se trata das mulheres em situação de abortamento, impactando negativamente na saúde e na vida das mulheres. Esta situação aponta que um dos instrumentos fundamentais para reverter esta realidade é a incorporação na prática cotidiana dos profissionais de saúde das recomendações da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. No entanto, muito há que ser feito no tocante aos valores e julgamentos morais dos profissionais de saúde, visto que não é possível praticar as recomendações de acolhimento, respeito à decisão, atenção humanizada, se não houver uma postura laica da/do profissional de saúde de aceitação da decisão da mulher de abortar, sem julgamento de sua conduta.

VI.1. Espera e jejum

Demorou muito pra fazer essa 'coletagem'. Teve que a tia do meu namorado brigar, dizer coisa, 'tá em cena'... Depois foi minha mãe que foi falar. Aí, disseram: "tenha calma, você tem que ter calma." Ela disse: "calma nada, que a menina já tá de quatro dias de jejum. Que jejum é esse? É de Semana Santa? Por acaso a menina vai morrer, é?". Aí, disseram: "de três horas". De três horas, passaram pra depois da visita Da visita, vieram fazer era seis horas, porque a minha mãe já foi reclamar de novo.

[...] demorou uma coisinha, eu tinha chegado já de jejum de seis horas e continuei com jejum até a quarta-feira de noite, quando foi feita a curetagem. Então, eu fiquei umas 48 horas. Foi mais de 24 horas sem tomar água, pra fazer a curetagem.

Umás 40 horas. Eu chequei na terça, 6 horas da manhã, fui curetada na quarta-feira, eu creio que foi de oito e meia... nove e meia da noite, eu creio, ou foi mais tarde...

Por que esse médico não faz logo essa curetagem, o feto já saiu todo em casa, só falta a limpeza. Eles só dizem que vou bater uma ultrasonografia e nunca chega essa hora.

A espera, em geral, é acompanhada de desconforto, dor, medo e fome, já que as usuárias em espera são submetidas ao jejum. A fome incomoda muito as mulheres, visto que muitas delas têm experiência de fome em seu cotidiano, dada sua situação de baixa renda.

A expectativa durante os períodos de espera é maximizada pela falta de informações adequadas que são negadas

às usuárias pelas (os) profissionais de saúde, infringindo os seus direitos de decisão e escolha; tirando-lhes a autonomia.

VI.2. Julgamento, sentença e castigo

Elas nem falam com você, nem param pra conversar, você fica se sentindo nada, como se fosse nada. [...] a triagem é comigo. Se chegar uma paciente com hemorragia e já tiver outra aí para fazer curetagem, então primeiramente eu atendo quem está com hemorragia. Porque aquela que já faz duas ou mais horas que chegou pode esperar. Eu vou fazer primeiro a que está com hemorragia, a paciente que chegou para parir e já está com 8 cm. Então, eles - as (os) médicas(os) - fazem primeiro o parto. Então, eles trocam, vêem o que tem mais urgência para fazer (Técnica de Enfermagem).

A forma como profissionais de saúde se referem às usuárias em processo de abortamento manifestam julgamento. Percebe-se um distanciamento na relação profissional de saúde-usuária. Este se traduz na ausência de diálogo, com informações necessárias sobre a assistência, assim como na presença do tom investigativo e valorativo sobre a atitude da mulher, se distanciando de uma abordagem humanizada no atendimento à mulher em processo de abortamento.

“É difícil identificar os profissionais que nos atendem, eles não dizem seus nomes e ler nas batatas na hora da dor é muito difícil”(Usuária). A distância entre profissional e usuária é revelada no depoimento acima. Além da relação tecnicista, a usuária revela a condição de fragilidade em que se encontrava no processo de abortamento e a sua dificuldade de leitura, relacionada à sua condição social.

VI.3. Sem espaço e privacidade: outra forma de punir

Não me senti bem, não. Porque tinha muita gente na sala... A pessoa nunca se sente à vontade, sabe? Uma ruma de homem, não tem pra quê, não. Quando a pessoa vai fazer (exame), a pessoa já tá mal, aí vem mais uma ruma de pessoas olhando pra você. Você se sente péssima. Por isso que eu tava chorando, [...] Pra que essa ruma de gente, heim? Disseram: “ah, é estudante”. A outra menina também tava morrendo de chorar por ter muito estudante na sala. Ela disse: “tira esses homens daqui, tira esses homens daqui”, ela chegou apavorada, chorando, em prantos.

[...] a mulher, acho que era enfermeira, quando olhou a minha ficha, aí, ela perguntou: “você tomou o remédio pra fazer isso?” Eu disse: “foi”. Aí, ela perguntou por que e eu disse o porquê. Tem gente que acha absurdo. Eu também acho absurdo, mas a gente não sabe o motivo pra fazer um negócio desse, entendeu? Mas foi na frente das pacientes, [...] tinham outras enfermeiras também. Não foi um negócio recuado, não, só pra mim e ela. Foi pras outras ouvirem. Vergonhoso, né?

Muitos relatos trazem à tona o desconforto das mulheres quando há a violação de sua privacidade. Esta acontece de várias formas: a alta demanda das maternidades ocasiona a superlotação das enfermarias, fazendo com que a ocupação de leitos seja maior que a capacidade das enfermarias; a indiscrição dos profissionais; o acesso as enfermarias por outras pessoas, como vigilantes, as batatas pequenas e o excesso de estagiários que é sempre um

motivo de constrangimento referido pelas mulheres.

VI.4. Silêncio, desinformação e medo

[...] uma amiga que teve aborto falou que doía muito a “coletagem” ... Assim que eu cheguei, eu tava pensando em ir embora, com medo. A demora pra ser atendida, sentindo dor, pensei em ir embora por causa da “coletagem”. Ele disse que, como tinha dado hemorragia, podia ter algum resto de parto ainda, da primeira curetagem. Então, ele encaminhou logo pra fazer a ultra-sonografia, só pra ter certeza. Mas ele, com experiência, já sabia que tinha. Depois, explicou que eu ia fazer uma nova curetagem. Ele explicou tudo direitinho.

Sabe que eu não tenho nem idéia? Eu sei que é uma limpeza que faz dentro do útero, nem sei direito. Parece que é uma limpeza que faz pra tirar os coágulos que ficam dentro da pessoa... Uma amiga tava me explicando.

O clima de insegurança e solidão, comum nas salas das maternidades, raramente é amenizado com informações. A falta de comunicação entre profissionais de saúde e usuárias é uma constante nos serviços de saúde. Muitas vezes, as mulheres não são informadas sobre os procedimentos a que serão submetidas, e só terão algum conhecimento ao conversar com outras usuárias que já passaram pelo processo. Muitas não entendem o procedimento pelo qual vão passar, porque precisam fazer jejum prolongado, porque estão esperando... Uma usuária chegou a pensar em ir embora da maternidade devido à demora (havam passado três dias), até que as outras usuárias lhe explicaram o porquê do jejum e o que era a curetagem, quando então, ela desistiu de deixar a maternidade.


A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (MS, 2005) recomenda que a mulher deve ser orientada para que possa conduzir o processo como sujeito da ação de saúde, tomar decisões e exercer o auto-cuidado. A desinformação prejudica o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissionais e usuárias e compromete a continuidade do processo.

VI.5. Dor e solidão

[...] a médica veio aqui e eu disse: “doutora não tem nenhum remédio pra dor, não?” Ela disse: “eu posso passar”. Isso era seis e meia da manhã. Quando deu duas horas, na hora de eu ir pra sala, ela trouxe o remédio. Duas horas da tarde, ... a pessoa morre e não traz o remédio.

[...] o médico, olha a grossura do dedo do médico... Aí, quando ele me deu o toque, eu chega fui no céu e voltei, o grito que eu dei. Senti dor e saiu um pedaço de sangue, e ele: “relaxa”, bem alto, falando bem alto com a pessoa.

Não... participou, não ... Ele só não queria no momento, entendeu? Foi por isso que eu resolvi fazer ... Eu me sinto... eu acho que, irresponsável... eu poderia ter assumido só, sei lá. Tem um medo, entendeu? De botar um filho no mundo... por causa da responsabilidade... e, no momento, eu não queria, não quero agora ter filho. Só depois, com uma condição melhor, entendeu?



A solidão do processo de abortamento aparece de várias formas. Seja na ausência do “parceiro” da gravidez, pois no cotidiano das maternidades, é comum jovens, adolescentes e mulheres adultas aparecerem, sozinhas, sem a companhia de seus companheiros. A ausência de diálogo dos profissionais com as mulheres contribui para o sentimento de solidão na passagem pela maternidade. Os depoimentos revelam a falta de escuta qualificada por parte dos profissionais de saúde. A escuta qualificada pressupõe ouvir e interagir com as necessidades, dificuldades, dúvidas e angústias das usuárias e considerar a sua inserção social, cultural, história familiar, história de relacionamento com o parceiro e desejo de ter ou não ter filhos. Envolve também uma questão de direitos e cidadania, resgatando a condição de sujeito histórico da (o) usuária (o) e não o de mera depositária (o) dos serviços de saúde – denominado de paciente. Existem relatos de grosserias e abuso de autoridade da parte de médicos. As mulheres avaliam negativamente alguns profissionais quando são tratadas com descaso, maus tratos, falta de acolhimento e de assistência adequada às suas necessidades. Também avaliam positivamente quando recebem um atendimento humanizado.

VI.6. A história de Antônia

Seria apenas mais uma curetagem. Antônia, 26 anos, havia procurado a maternidade após 15 dias sangrando em casa. Segundo entrevista concedida à pesquisadora, ela relatou que quando chegou à maternidade estava “normal... Um pouco pálida”. Ela contou que nem o namorado nem a sua mãe sabiam que ela estava grávida e que teve a ajuda de uma cunhada para procurar a maternidade.

Após os exames, Antônia foi informada pelo médico de que faria uma “coletagem” na manhã seguinte, mas “ele não explicou muito não, o que era curetagem, só que era um tipo de cirurgia”. O procedimento não aconteceu como esperado. Seu útero estava perfurado, por isso a alça do intestino foi pinçada pela cureta e, por esta razão, Antônia perdeu muito sangue durante a curetagem. Diante do problema, os obstetras, que realizavam a curetagem, decidiram encaminhá-la para João Pessoa, pois não havia médico cirurgião especializado na casa para o caso dela. Passaram o “caso” para a assistente social e a técnica de enfermagem resolver.

A essa altura, o efeito da anestesia já passara e Antônia, semi-consciente, tremia muito, se queixava do frio intenso e gritava com fortes dores “embaixo”. Uma profissional de saúde questionava Antônia; sua preocupação era descobrir se o aborto havia sido provocado ou não... se ela havia colocado sonda... “Havia mais de dez pessoas na sala, inclusive eu”, descreveu a pesquisadora. Finalmente, a profissional pediu que todas se retirassem da sala, insistindo em perguntar sobre a sonda...

Quando a profissional saiu, a pesquisadora ficou com Antônia. Muito debilitada, ela sussurrava que estava morrendo e pedia ajuda. Até então, o sangue e a ambulância que haviam sido solicitados não haviam chegado. Uma profissional de saúde veio trouxe um cobertor para Antônia e comentou: “Pior que nestes casos a gente não sabe nem se julga...” Um médico do Centro de Terapia Intensiva (CTI) do hospital constatou, ao entrar na sala, que Antônia havia entrado em estado de choque e a transferiu imediatamente para a CTI do próprio hospital. Cerca de dez a 15 minutos após a mudança, chegou a ambulância que transferiu Antônia para um hospital de João Pessoa. A pesquisadora não conseguiu obter informações junto à maternidade sobre o que aconteceu com Antônia. A equipe da Cunha tentou procurá-la, mas as informações no registro de entrada no hospital foram insuficientes para localizar seu endereço (RABAY E SOARES, 2007).

VII. Conclusões

*Não existe mais tempo para esperar... É tempo de realizar e operar mudanças.
(Gilberta Soares – Psicóloga, Feminista Paraibana)*

A construção do Dossiê da Paraíba constituiu-se em um processo rico que colabora para a sistematização dos diagnósticos de realidade e pesquisas, anteriormente realizados pela Cunhã, e incrementa a ação de monitoramento do movimento feminista.

O dossiê permitiu ampliar o olhar para a rede de atenção do município de Campina Grande e o III NRS, assim como para o interior do estado, dialogando com os dados do Sistema Único de Saúde. A capacidade da rede de assistência à saúde das mulheres no estado ainda apresenta deficiências. Essa radiografia da realidade do abortamento nas várias regiões de saúde nos possibilitou visualizar os serviços de referência localizados em João Pessoa e Campina Grande e os problemas de funcionamento da rede de assistência. Sobretudo, apontou índices mais preocupantes no III NRS.

Em Campina Grande, apenas o ISEA realiza Curetagem Pós-Abortamento e não utiliza o procedimento de AMIU, ainda pouco utilizado no estado, apresentando um número incipiente de procedimentos, conforme identificado no presente estudo. Isto reflete, dentre outras coisas, pouca otimização dos recursos públicos voltados para a saúde da mulher na Paraíba, considerando que este procedimento é de menor custo para o SUS em relação ao procedimento de curetagem pós-abortamento. O município de Campina Grande também não oferece a assistência a mulheres em situação de violência sexual, incluindo o aborto legal. Apesar desses dados, o estudo qualitativo apresentou problemas de desumanização em ambos os serviços. No ISEA, durante a visita técnica realizada por IPAS, Cunhã, Curumim e movimento feminista, surpreendeu o fato das mulheres receberem alta hospitalar imediata após acordarem do procedimento de curetagem.

A maioria das mulheres usuárias das maternidades públicas pesquisadas são pobres, negras e jovens e as que mais acessam os serviços para realização de curetagem com diagnóstico de aborto espontâneo. A situação de pobreza aumenta a vulnerabilidade dessas mulheres que já enfrentam duras condições de vida. Quando chegam à maternidade em processo de abortamento, elas esperam cerca de duas horas para serem atendidas, mesmo que estejam com dor ou hemorragia, pois, de maneira informal, mas real, a prioridade no atendimento é da gestante.

As usuárias em situação de abortamento enfrentam dor, desconforto, espera, fome, falta de informação, silêncio, desrespeito, desprezo e até maus tratos por parte dos profissionais da saúde. Isto reflete a falta de sensibilização dos mesmos e o desconhecimento e/ou descumprimento das Normas Técnicas do Ministério da Saúde, como instrumentos de efetivação dos direitos das mulheres a uma assistência humanizada.

Resultados revelam que as mulheres alcançam a resolutividade na assistência, em parte porque os serviços apresentam os caminhos para isso e devido às estratégias adotadas pelas mulheres como, por exemplo, deslocar-se para outros municípios. Realizar um procedimento de curetagem e “resolver a questão” não significa que o atendimento seja orientado por condutas humanizadas e pelo acolhimento. De modo geral, as mudanças são

poucas diante do quadro já constatado anteriormente, das expectativas, do direito das usuárias e do atendimento às recomendações da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto Inseguro do Ministério da Saúde.

Ao longo da trajetória do movimento de mulheres local, este tema tem sido uma prioridade na ação política e de pesquisa das organizações e redes locais que têm buscado intervir a partir de dados qualificados e estratégias de diálogo com gestores, a mídia e a população. Apesar de que tenha havido vários momentos de diálogo com gestores da área de saúde, sobretudo nos últimos sete anos na cidade de João Pessoa, na tentativa de melhorar a atenção ao aborto inseguro e a assistência obstétrica, de forma geral, é preocupante que ainda sejam encontrados tantos problemas na atenção, assim como flagrantes desrespeitos aos direitos reprodutivos das mulheres.

VIII. Recomendações Gerais

As recomendações, abaixo descritas, resultam das avaliações e conclusões a partir dos dados de pesquisa, levantados para a elaboração do presente dossiê e do debate realizado entre gestores, profissionais de saúde e lideranças do movimento de mulheres da Paraíba, ao longo dos últimos anos. Visam colaborar para a melhoria da qualidade da assistência às mulheres em situação de abortamento na Paraíba e para uma reflexão mais ampla sobre a necessidade da descriminalização e legalização do aborto no Brasil.

- Difundir a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde e monitorar e avaliar sua implantação nos serviços;
- Ampliar a utilização do método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) nos serviços que já o utilizam e implantar o procedimento como rotina no ISEA, em Campina Grande, tendo em vista a constatação do seu benefício para as usuárias e para o serviço, considerando a necessidade de sensibilizar e capacitar profissionais de saúde para o uso do AMIU como rotina e a disponibilização dos insumos necessários para a sua prática;
- Criar mecanismos e rotinas que visem diminuir o tempo de permanência das mulheres em processo de abortamento no serviço, sobretudo, agilizar a realização da curetagem;
- Garantir enfermaria específica para atendimento às mulheres em processo de abortamento, respeitando sua privacidade;
- Disponibilizar o exame de ultra-sonografia nos municípios a fim de diminuir o tempo de espera das mulheres para a realização do procedimento, evitando as longas esperas, os jejuns e os deslocamentos para Campina Grande ou João Pessoa;
- Priorizar a melhoria da assistência ao planejamento reprodutivo no município de João Pessoa e Campina Grande, através da implementação das ações do Planejamento Familiar e do monitoramento das mesmas;
- Garantir o atendimento ao planejamento reprodutivo pós-abortamento nas maternidades, referenciando as usuárias para a atenção básica;
- Garantir o atendimento psicossocial às mulheres em situação de abortamento nas maternidades públicas;
- Desenvolver processo de educação permanente com profissionais de saúde, na perspectiva de gênero, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, que tenha como foco a relação profissional de saúde-usuária, as questões relativas ao abortamento inseguro e ao aborto previsto em lei, visando à humanização da

assistência;

- Possibilitar a participação do movimento feminista na elaboração dos processos de educação permanente a serem desenvolvidos com profissionais de saúde a respeito do tema do abortamento.

VIII.1 Recomendações para as autoridades competentes:

Diante da magnitude do aborto na Paraíba, dos impactos causados por sua ilegalidade que afetam a saúde pública e violam os direitos humanos das mulheres e considerando que:

- a) o estado da Paraíba se insere em uma região que historicamente sofre com as conseqüências das desigualdades econômicas e sociais, se constituindo em um dos estados mais pobres da região Nordeste e do país;
- b) as dificuldades de acesso das mulheres à rede de serviços e a inadequada qualidade da assistência, em relação às ações de planejamento reprodutivo e a assistência ambulatorial e hospitalar, em decorrência do elevado número de internações para realização de procedimento de curetagem pós-abortamento,
- c) o aborto é a quarta causa de morte materna em nosso país, causa já superada em países onde o aborto é legalizado;
- d) na Paraíba, as mulheres que acessam os serviços saúde para assistência ao abortamento inseguro são negras, jovens e pobres, em situação de desemprego, com média escolarização e que já têm filhos;
- e) que a prática ilegal do aborto não tem diminuído sua incidência e que a legislação atual causa impactos negativos na vida das mulheres, na qualidade do atendimento e no Sistema Único de Saúde;

Recomendamos aos representantes do Congresso Nacional que apóiem e aprovem os projetos de lei em trâmite naquela Casa que versem sobre a revisão da lei atual restritiva em relação ao aborto, apoiando a sua descriminalização e posterior regulamentação através do Sistema Único de Saúde, adotando como referência o teor da proposta encaminhada pela Comissão Tripartite para a Revisão da Legislação Punitiva sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez, em agosto de 2005.

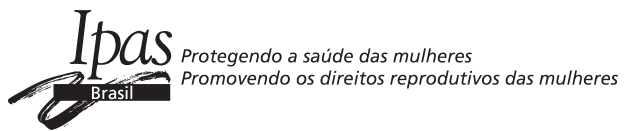
Referências Bibliográficas:

- ADESSE, L; MONTEIRO, M.F.G. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf
- ALEXANDER, S. "Maternal health outcomes in Europe". IN: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. [S.l.: s.n.], 2003, 111:S78-87
- BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Sistema de Informação em Saúde/SUS. Disponível em: www.datasus.gov.br
- BORGES, S; RABAY, G & LIRA, L Ministério público: um aliado na ação feminista. IN: Toques de Saúde. Cunchã/Coletivo Feminista, nº 6, maio/2008. João Pessoa – Paraíba
- COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO SOBRE MORTALIDADE MATERNA, Relatório da CPI sobre a Situação da Mortalidade Materna no Brasil, agosto 2001.
- CUNHÃ- COLETIVO FEMINISTA. História do Abandono. Aborto na Paraíba: a luta pela implementação do serviço de atendimento aos casos previstos na lei. João Pessoa/PB, 1997.
- GERÊNCIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/SES-PB. Relatório de Mortalidade Materna - 2005 a 2008.
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. [S.l.]: Relatório de Pesquisa apresentado no V Fórum Nacional de Mortalidade Materna. 102 p., 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica de Assistência ao Abortamento. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.
- MONTEIRO M.F.G, ADESSE L, E LEVIN J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. Revista Radis – Comunicação em Saúde [periódico on line], Nº 66. Fevereiro de 2008. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis_66.pdf [11 abr 2009].
- RABAY, G. & SOARES, G. Abortamento inseguro: assistência e discriminação. João Pessoa, Cunchã – Coletivo Feminista; Marmesh, 2008.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE (RFS). Dossiê Aborto Inseguro. 2005
- _____. Aborto não deve ser crime. Boletim da Rede Feminista de Saúde. 2003.
- _____. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 2001
- SOARES, G. S. Promotoras Populares de Saúde: Monitoramento da Assistência a Mulheres em Processo de Abortamento. Relatório de pesquisa. (mimeo) Cunchã/Coletivo Feminista. João Pessoa, 2009.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Aborto clandestino: uma realidade latinoamericana. Nova Iorque, [s.n.], 1994.





Realização:



ARTICULAÇÃO
DE MULHERES BRASILEIRAS



Rede Mulheres em
Articulação da Paraíba



REDE
Feminista
DE SAÚDE
REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE
DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS
PARAÍBA

JORNADAS PELO
DIREITO AO ABORTO
LEGAL E SEGURO