

LILIAN MERY OLIVERA SAFORAS

**MULHERES NO PÓS-ABORTO:  
A EXPERIÊNCIA DE ATENDIMENTO  
NO CAISM-UNICAMP**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação da Profa. Dra. Ana Maria Meregalli Goldani (IFCH) e a co-orientação do Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto (FCM).

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação defendida e aprovada pela Comissão Julgadora em / /1997.

Banca:

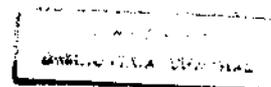
Profa. Dra. Ana Maria Meregalli Goldani (IFCH)  
Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino (FCM)  
Profa. Dra. Maria Isabel Baltar da Rocha (IFCH)  
Profa. Dra. Leila da Costa Ferreira (IFCH) (Suplente)

*Ana Maria Meregalli Goldani*  
*M. I. Baltar da Rocha*

Setembro/1997

OL4m

32271/BC



|              |                                     |
|--------------|-------------------------------------|
| UNIDADE      | BC                                  |
| N.º CHAMADA: | Unicamp                             |
| V.           | OL 4 m                              |
| FORMEC BOI   | 32271                               |
| PROC.        | 28497                               |
| C            | <input type="checkbox"/>            |
| D            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PREÇO        | 2811,00                             |
| DATA         | 27/11/97                            |
| N.º CPD      |                                     |

CM-00103174-9

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP

OL 4 m      Olivera Saforas , Lilian Mery  
Mulheres no pós- aborto : a experiência de atendimento no  
CAISM - UNICAMP / Lilian Mery Olivera Saforas . . .  
Campinas, SP : [s.n.], 1997.

Orientadores: Ana Maria Meregalli Goldani, Aarão Mendes  
Pinto Neto.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Aborto. 2. Aborto - Complicações. 3. Serviço social. 4. Vida - História. I. Goldani, Ana Maria Meregalli.  
II. Pinto Neto, Aarão Mendes. III. Universidade Estadual de  
Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.

**Dedicatória:**

*A Leonardo e Hans pela compreensão e apoio  
durante o desenvolvimento desta pesquisa*

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ana Maria Meregalli Goldani, pela orientação, amizade, pelas sugestões no exame de qualificação e pelo apoio na estruturação e desenvolvimento finais do trabalho.

Ao Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto, pela grande dedicação como co-orientador, amizade, paciência, incentivo e auxílio constante no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino, Diretor Executivo do CAISM-UNICAMP, pelas ótimas facilidades brindadas para realizar a presente pesquisa neste Centro Hospitalar e por ter aceito o convite para participar da Banca Examinadora.

À Profa. Dra. Maria Isabel Baltar da Rocha por ter aceito o convite para participar da Banca Examinadora.

À Profa. Dra. Maria Lygia Quartim de Moraes pela amizade, apoio e incentivo através dos meus estudos de mestrado.

À Profa. Dra. Élide Rugai Bastos pela sua amizade e estímulo durante todo meu mestrado.

À Enfermeira Josely Rimoli, pela sua amizade, e seu apoio na conceitualização e discussão dos aspectos de saúde reprodutiva da mulher.

A Leonardo pelas valiosas sugestões e longas discussões e reflexões sobre o aborto.

A José Erbolato Gabiatti pela sua amizade e assistência durante a pesquisa.

Às Assistentes Sociais do Departamento de Tocoginecologia do CAISM pelo apoio.

Aos funcionários da secretaria de Pós-graduação do IFCH, em particular a Lurdinha e Marli, pela amizade e apoio ao longo do curso e paciência no final deste trabalho.

Aos funcionários do Centro de Processamento de Dados do IFCH pelas facilidades brindadas.

Aos meus pais Diomedea e Jorge pela iluminação do meu caminho.

Às minhas colegas Maritza e Luz Marina pela amizade e incentivo.

A todas às mulheres anônimas e demais pessoas que colaboraram com seus depoimentos ao esclarecimento dos casos de atendimento pós-aborto.

Ao CNPq, sem cujo apoio financeiro não teria sido possível a realização deste trabalho.

## RESUMO

A discussão sobre o aborto e sua legalidade não tem enfatizado, o suficiente, a questão dos riscos de vida para a mulher que pratica o aborto e as seqüelas do pós-aborto. Assim que, este trabalho tenta contribuir para a discussão desta problemática social e de saúde, bem como com o significado do aborto para as mulheres de Campinas, atendidas no Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da UNICAMP. Este centro é uma unidade hospitalar que atende as complicações de aborto e realiza acompanhamento no pós-aborto, desde a sua criação em 1986. Por atendimento pós-aborto se entende tanto o serviço médico hospitalar como a prevenção do aborto dentro de uma concepção ampla de saúde reprodutiva.

Este trabalho está composto, por uma revisão dos aspectos ideológicos e legais do aborto, dos seus riscos e seqüelas, a descrição do perfil das mulheres e análises do significado do aborto em suas vidas, bem como pela descrição da funcionalidade e características dos serviços do CAISM no tratamento e atendimento das mulheres no pós-aborto. Para a análise disto foram feitas entrevistas à nível pessoal com as usuárias e com médicos, bem como revisão de relatórios internos e observação a prestação de serviços do CAISM. Este centro hospitalar é um dos mais importantes da região de Campinas e um dos poucos a prestar atendimento pós-aborto no Brasil.

## ÍNDICE

RESUMO ..... *iii*

INTRODUÇÃO..... *v*

Página

### Capítulo 1

**A PROBLEMÁTICA DO ABORTO: QUESTÕES IDEOLÓGICAS E LEGAIS**..... 1

1.1 A questão da legalidade do aborto..... 4

1.2 O caso do Brasil..... 10

### Capítulo 2

**O ABORTO E SEUS RISCOS** ..... 16

2.1 Como acontecem os abortos..... 20

2.2 Riscos e complicações do aborto ..... 25

### Capítulo 3

**O PERFIL DO CAISM** ..... 32

3.1 Criação do CAISM..... 32

3.2 Serviço Social no CAISM ..... 41

### Capítulo 4

**O ATENDIMENTO DO PÓS-ABORTO NO CAISM E O PERFIL DAS USUÁRIAS** ..... 46

### Capítulo 5

**O ABORTO NAS HISTÓRIAS DE VIDA DAS MULHERES** ..... 64

5.1 Com a palavra as mulheres ..... 65

5.2 Considerações sobre as histórias de vida ..... 80

CONCLUSÕES ..... 84

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 90

ANEXOS ..... 96

Anexo 1 - Portaria de Criação do CAISM. Portaria GR-78/91 ..... 97

Anexo 2 - História das Instituições de Caridade de Campinas ..... 104

Anexo 3 - Glossário Básico..... 108

Anexo 4 - Trabalho Social do CAISM..... 109

Anexo 5 - Métodos para Interromper a Gravidez..... 113

## INTRODUÇÃO

Na América Latina o aborto se constitui em uma das maiores causas da mortalidade materna e a sua prática continua sendo um tema polêmico sob o ponto de vista legal, como social, moral e religioso. A maioria dos países na região possuem uma legislação restrita sobre o aborto e Cuba é o único país que legalizou o aborto. No Brasil, o código penal proíbe o aborto mas prevê duas exceções: pode-se interromper a gravidez nos casos de estupro e nos casos em que a gestação cause risco à vida da mãe.

As elevadas estimativas de aborto clandestino e os casos de complicações pós-aborto fazem do tema uma importante questão de saúde pública. O argumento de que mortalidade por aborto alcança níveis elevados principalmente naqueles países onde sua prática é ilegal aparece justificado por estatísticas recentes. Dados para os Estados Unidos e outros países europeus mostraram um forte declínio nas taxas de mortalidade relacionadas ao aborto, justamente, depois que este foi legalizado (HENSHAW, 1982). No Brasil, o aborto constitui a quarta causa de morte materna (ROYSTON, 1991), no entanto alguns estudos com base nas causas de morte registradas nos certificados de óbitos mostra que o aborto representa a terceira causa de morte materna em São Paulo e a primeira no Rio de Janeiro (LAURENTI, 1990; LA GUARDIA, 1990).

A queda na taxa de fecundidade total no Brasil, iniciada nos anos 60 e generalizada nos anos 90 fez com que estas taxas declinassem de 6,2 para 2,7 filhos por mulher entre 1960 e

1995 (INSTITUTO DE LA MUJER, 1993a). A análise dos determinantes próximos desta queda de fecundidade no Brasil mostram que o uso de contraceptivos é o responsável pelo declínio observado e em particular a esterilização (40% das mulheres unidas nas idades 15-49 anos se encontravam esterilizadas em 1996). O aborto induzido, ainda que não considerado uma causa, também seria um fator explicativo das mudanças na fecundidade (BERQUÓ, 1983).

Estudos mais recentes sugerem que o número de abortos no Brasil vem diminuindo na medida em que diminuíram as gravidezes indesejadas, resultado do amplo uso de métodos contraceptivos. No entanto, a característica de crime que assume o aborto induzido dificulta qualquer estimativa deste. A omissão estimada é de 80% nos dados convencionais. A taxa de aborto corrigida seria de 40 por 1000. Portanto, enquanto os dados oficiais inferem 300 mil abortos por ano no Brasil, as estimativas corrigidas dizem que estes alcançariam 1,5 milhões em 1992 (NEUPERT, 1987; SILVA 1990; SILVA, 1991).

Das discussões sobre as reais cifras de aborto, a única certeza é de que são muitas as complicações pós-aborto e a vida e saúde das mulheres que interromperam uma gravidez estão em risco. Dada a importância de preservar a saúde integral da mulher, não se pode deixar de lado aquilo que todo mundo sabe, a prática ilegal do aborto provocado coloca uma outra questão, a de suas seqüelas no pós-aborto.

No Brasil, se diz que entre as práticas de aborto clandestino, hoje, o produto mais usado é o Misoprostol ou Cytotec, uma droga autorizada para o tratamento de úlceras gástricas e

duodenais (GABIATTI, 1994). Como abortivo este produto teve um crescimento rápido nos anos 1990, quando no início era vendido sem receita. Hoje, este só pode ser adquirido com receita médica, e em alguns estados está proibida a sua venda. Aceito no meio médico como um dos métodos com menores riscos, o uso do Cytotec também demanda cuidados no pós-aborto. Por exemplo, a expulsão parcial do feto impõe uma curetagem.

O aumento na utilização oral ou vaginal do Misoprostol, como abortivo, trouxe como consequência uma diminuição no número de abortos clandestinos realizados por pessoas não treinadas ou *curiosas*, isto é válido, sobretudo, para as mulheres brasileiras de classe média. Sabe-se que as mulheres pobres, residentes tanto em áreas urbanas quanto rurais, induzem o aborto procurando curiosas ou fazendo elas próprias o aborto. Por outro lado, as mulheres urbanas de maior renda quando decidem abortar utilizam os serviços de um médico ou profissional formado (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994). Portanto, uma vez mais as desigualdades sociais se colocam. Enquanto as mulheres de maior renda recorrem aos médicos especialistas e realizam o aborto em consultórios ou clínicas especializadas sem correr risco de vida nem acarrear maiores seqüelas pós-aborto, às mulheres pobres e de classe média praticam o aborto com métodos tradicionais, sem ajuda de profissionais e com um alto risco de vida. Assim, é entre as mulheres pobres que se encontra o maior número de problemas pós-aborto e como consequência de maior mortalidade materna (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994).

Na maioria dos países onde o aborto é punido por lei, muitas mulheres temem as consequências pessoais e mesmo tendo complicações pós-aborto, elas não procuram

assistência (ROYSTON, 1991). Em outros casos, principalmente em áreas rurais, onde os hospitais são poucos e distantes as mulheres não têm acesso ao atendimento. Assim, os riscos de vida aumentam pois nem todas as mulheres que experimentam complicações após o aborto são hospitalizadas para atendimento.

No Brasil, o custo da prática de um aborto provocado pode ser elevado, A isto se deveriam somar os gastos como o atendimento por complicações pós-aborto com internação hospitalar<sup>1</sup>. Os custos variam, dependendo se o aborto provocado é feito por “curiosas”, enfermeiras, médicos ou pelas próprias gestantes. A prática de um aborto na região de Campinas no Estado de São Paulo, com atendimento profissional e qualificado, pode custar entre duzentos e mil reais aproximadamente (1.03 reais equívania a um dólar americano, em Agosto de 1996)<sup>2</sup>.

Em resumo, um aborto induzido, realizado sob cuidados médicos, custa caro e as chances de conseqüências negativas no pós aborto são mínimas, enquanto um aborto induzido, sem atendimento médico e sem cuidados higiênicos, tem um custo baixo, mas as conseqüências

---

<sup>1</sup> O atendimento hospitalar de mulheres internadas com complicações de aborto clandestino representou um gasto nove e cinco vezes superior às mulheres internadas por aborto hospitalar e parto, respectivamente. Isto foi como resultado de uma pesquisa feita no Hospital Central de Maputo, Moçambique, em 1995. (BUGALHO A.M.A., 1995)

<sup>2</sup> Em base a várias entrevistas feitas durante 1996, com umas trinta mulheres de Campinas que praticaram o aborto, com algumas clínicas e médicos (via chamadas por telefone), e com algumas curiosas, obteve-se um esboço dos custos do aborto clandestino. O custo vai depender do tempo da gravidez, da qualidade do atendimento profissional e infra-estrutura. Pelo depoimento de pessoas, que de alguma maneira conseguiram contatar com alguns ajudantes de farmácias, afirmaram que o aborto usando técnicas farmacêuticas, por exemplo usando Cytotec, custa uns duzentos reais. Ou seja, o custo depende dos medicamentos usados. O custo real do Cytotec é menor, mas a compra desse medicamento que está proibido sem receita médica, faz subir seu preço. Também, se o aborto é feito por curiosas o custo variava entre cinquenta e duzentos reais (no período 1996-1997). Em outros casos, o aborto provocado pode não custar nada.

pós-aborto podem ser demasiado caras a ponto de comprometer a saúde e por em risco a vida da gestante.

Tendo presente a discussão anterior, este trabalho pretende contribuir para o conhecimento de uma área pouco explorada nos estudos de saúde reprodutiva da mulher, que trata das complicações e riscos de vida para as mulheres que praticam o aborto. Dado o caráter de ilegalidade do aborto no Brasil se considera que o atendimento de suas seqüelas em uma instituição pública é fundamental. Ao mesmo tempo, se entende que existem muitas questões que ultrapassam o escopo deste trabalho. Por exemplo, em que medida o atendimento do pós-aborto estaria sendo realizado sem discriminação pela rede de serviços públicos de saúde em geral ?. A pesquisa feita neste trabalho é restrita mas pretende contribuir para esta discussão.

O objetivo maior deste trabalho é apontar para a importância do atendimento das mulheres no pós-aborto e o papel das instituições públicas. Tomando o CAISM como instituição de referência os objetivos específicos são:

1. Discutir os aspectos ideológicos, legais e os riscos do aborto.
2. Descrever o tipo de serviços oferecidos no CAISM e a percepção das pacientes sobre o mesmo.
3. Identificar o perfil sócio-econômico das mulheres que buscam atendimento pós-aborto no CAISM e entender seus motivos para a prática do aborto no contexto em que ocorrem.

Neste estudo do atendimento de mulheres pós-aborto no CAISM, se combina uma metodologia quantitativa e qualitativa e teve as seguintes etapas: a observação dos trabalhos de atendimento no CAISM e tendo a autora desta dissertação como ouvinte das entrevistas de pacientes feitas pelas assistentes sociais; entrevistas com médicos da instituição, e histórias de vida abreviadas com 10 mulheres que se dispuseram a fazer depoimentos sobre suas experiências de interrupção de gravidez e que foram atendidas no CAISM por complicações pós-aborto.

A estrutura do trabalho contempla, além da introdução na parte inicial e das conclusões na parte final, cinco capítulos assim organizados: No primeiro capítulo se faz uma revisão das posições ideológicas de diferentes grupos sobre o aborto e das tendências de legalização desta prática no mundo. Enfatiza-se o caso da legislação brasileira a respeito e o seu debate atual.

No segundo capítulo se discutem as diferentes concepções etimológicas e médicas do termo aborto e que oferecem subsídios a polêmica sobre o tema. Revisaram-se as diferentes práticas de aborto, seus riscos e complicações, apontando para as estatísticas sobre a mortalidade materna causada pelo aborto no Brasil.

No terceiro capítulo se traça um perfil da instituição CAISM em termos de seus objetivos, estrutura organizacional, de seu pessoal profissional, dos recursos financeiros e o tipo de serviços prestados a comunidade.

No quarto capítulo, se detalha o tipo de atendimento pós-aborto e se destaca a perspectiva ampla que orienta os trabalhos do CAISM a respeito com base nos relatórios da instituição. Traça-se um perfil das usuárias dos serviços de atendimento pós-aborto em termos de: origem, idade, situação marital, raça, práticas de uso de contraceptivos, tipo de internação e método do aborto praticado.

No quinto capítulo apresenta-se as histórias de vida abreviadas de pacientes do CAISM, bem como se aponta para os aspectos comuns e as singularidades de suas experiências de aborto e pós-aborto. Resgata-se a fala das mulheres para enfatizar aqueles elementos que consideram-se que validam os argumentos iniciais sobre a problemática do aborto e a importância do atendimento pós-aborto. Neste sentido, destacam-se os aspectos: i) a condição da ilegalidade do aborto e os seus riscos; ii) o não arrependimento, a culpa pela interrupção da gravidez e a fala de opções; iii) a importância do atendimento pós-aborto e o papel do CAISM; iv) as pressões das condições de vida, os motivos para abortar e a solidão da decisão; v) as desigualdades nas relações de gênero, novos comportamentos, família e expectativas futuras.

## **METODOLOGIA DE PESQUISA**

A metodologia utilizada neste trabalho combina dados quantitativos e informações qualitativas. As técnicas de coleta de informações utilizadas foram: observação, entrevistas e histórias de vida abreviadas.

O período da pesquisa de campo feita no CAISM-UNICAMP foi de março a setembro de 1996. Inicialmente, foi feito o reconhecimento desse centro hospitalar através de visitas, leituras de relatórios e folhetos. Em seguida, e com base em um prévio levantamento bibliográfico sobre a problemática do aborto em termos de saúde, riscos e complicações no pós-aborto, bem como da revisão da legislação a respeito, e contando com a autorização da direção da instituição, a autora participou como observadora e ouvinte de 40 entrevistas, feitas pelas assistentes sociais às mulheres em pós-aborto no ambulatório de Tocoginecologia. Uma vez familiarizada com a instituição e a problemática, mediante um cuidadoso trabalho de aproximação, a autora contactou 15 pacientes pós-aborto para entrevistas. Em princípio, todas concordaram em prestar seus depoimentos sobre suas experiências em forma de histórias de vida, destas foram efetivadas 10 entrevistas.

No processo de aproximação destas mulheres se frequentou a sala de espera dos ambulatórios, praticamente como uma paciente a mais. Isto permitiu não só uma intimidade maior com as mulheres, senão também captar melhor e entender os pormenores prévios do atendimento médico. Foi interessante observar que, muitas vezes, as pacientes necessitavam conversar com alguém, partilhar de seus problemas. Com isto não foi difícil

obter informações sobre os motivos que as levaram a procurar os serviços no CAISM. Uma vez lograda a proximidade, se falava abertamente do trabalho de pesquisa sobre o atendimento e tratamento do pós-aborto no CAISM e se concertavam as entrevistas. Caso elas manifestassem interesse em fazer seu depoimento, aí mesmo se iniciava a etapa de conversas e se marcava o encontro para o depoimento posterior de suas histórias de vida.

As entrevistas individuais obedeceram o compromisso de privacidade e anonimato e foram realizadas fora do CAISM. A técnica utilizada foi de uma história de vida abreviada, relacionada com os momentos prévios e posteriores ao aborto. Anotou-se, inicialmente, alguns dados do tipo perfil sócio-demográfico, e depois as mulheres falaram livremente. Tomaram-se poucas notas durante as entrevistas e estas não foram gravadas. Foi só após os encontros que se procedia a escrita das informações, com a ajuda das pequenas notas tomadas.

Finalmente, e como parte do processo de entendimento dos serviços do CAISM, se realizaram breves entrevistas com médicos ginecologistas da instituição. De um total de 9 médicos contatados, 5 mulheres e 4 homens, foram efetivadas 5 entrevistas.

## Capítulo 1

### A PROBLEMÁTICA DO ABORTO: QUESTÕES IDEOLÓGICAS E LEGAIS

A problemática do aborto é múltipla e torna necessária uma abordagem multidimensional, com diferentes perspectivas teóricas e interdisciplinares, considerando dimensões tais como a sanitária, social, jurídica, psicológica, demográfica, ética, religiosa e política. Ao mesmo tempo e desde a ótica do sujeito envolvido, ou seja, a mulher grávida que pretende abortar, os condicionantes externos do tipo fatores econômico-sociais, serviços de saúde e legislação são fundamentais no tratamento da questão.

Um elemento central no debate ideológico sobre o aborto é de quando se inicia a vida humana?. Os defensores do aborto<sup>3</sup>, em geral, entendem que a vida humana só começa no momento do nascimento, mas também há os que dizem que é a partir do segundo trimestre e outros ainda afirmam que a mesma se inicia quando há atividade cerebral, comprovada a partir da atividade dos neurônios, e que isso acontece, usualmente, no segundo trimestre. Já a maioria dos grupos pró-vida defendem que a vida humana começa no instante da união e fusão do óvulo com o espermatozóide, e termina com a morte.

Portanto, não parece haver conciliação possível entre os pró-aborto e os pró-vida, na luta pela legalidade ou não do aborto. Isto porque, os postulados do qual partem e suas

---

<sup>3</sup> Neste trabalho os defensores do aborto serão denominados em geral de “pelo direito de decidir”, enquanto que os que são contrários ao aborto serão chamados de “pró-vida”.

filosofias são diferentes. Pelo direito de decidir consideram a *ética das conseqüências* enquanto os pró-vida assumem a *ética dos princípios*. Os que defendem a livre prática do aborto acreditam que se o aborto for legalizado, haverá menos morbidade e mortalidade materna, a mulher poderá decidir livremente sobre seu corpo<sup>4</sup>, se reduzirá a taxa de fecundidade (caso dos países com taxas elevadas) e claro não haverão abortos clandestinos, etc. Para os partidários dos grupos pró-vida o embrião é um ser humano cuja vida deve ser respeitada ficando a saúde da mãe e o atendimento pós-aborto como secundário. Assim, as conseqüências que tanto defendem os adeptos do aborto, são secundárias para os pró-vida, e os princípios de respeito à vida (do feto) que defendem os pró-vida nem sempre são levados em conta pelos pró-aborto.

Um termo importante na discussão acima é o feto, que se usa tanto de forma abrangente em lugar de embrião, como em forma precisa quando se especifica que o feto é um embrião a partir das 12 semanas até o nascimento. Independente de que o feto possa ser considerado um ser humano ou não, pelos grupos pró-vida e pró-aborto, para o comum das pessoas feto é o bebê não nascido. Por exemplo, é usual ouvir a uma gestante falar “meu bebê que vai nascer”, seria muito estranho ouvir “meu feto que vai nascer”.

Segundo os legalistas, um ser humano só pode ser considerado assim, a partir da certidão de nascimento, e muitos deles alegam que os pró-vida antes de mais nada deveriam lutar pelos direitos do feto, mas que ao mesmo tempo, não dá para saber se o feto realmente

---

<sup>4</sup> Cientificamente (segundo a genética, biologia, etc.) o embrião é considerado um ser humano em fase de desenvolvimento, porém vários dos movimentos pró-aborto o consideram como parte do corpo da mãe.

deseja nascer e nem se conhecem seus interesses. Vários dos políticos pró-aborto acham que abortar ou eliminar alguns fetos significa controle da natalidade e planejamento familiar. Já os políticos pró-vida consideram que o aborto é um crime, e deveria punir-se mais severamente aos que o praticam e as mulheres que o fazem. Estes em geral também não são partidários do controle da natalidade.

Em termos feministas a questão do aborto recoloca em discussão o significado da maternidade, como algo socialmente construído e não algo inerente a mulher ou um trabalho obrigatório. Em efeito, a luta pela legalização do aborto serviria, de acordo com uma grande maioria delas, para tornar homens e mulheres mais iguais. Assim, as mulheres ativistas do lado *pro-choice* ou “pelo direito de decidir” advogam pelo direito de competir igualmente com os homens sem o peso de uma gravidez indesejada. Já as mulheres no *pro-life* ou “pelo direito a vida”, são igualmente enfáticas sobre suas convicções, de que homens e mulheres tem diferentes papéis na vida e que a gravidez é um presente e não um peso. De fato, pesquisas sobre o perfil das mulheres ativistas nestes dois movimentos mostra que suas crenças e valores tem origem em situações concretas de suas vidas, sua educação, renda, ocupação e de suas diferentes escolhas maritais, e de família e trabalho ao longo de suas vidas. Enfim, as mulheres do movimento “pelo direito de escolher” e as do “direito à vida” viveram e vivem em mundos diferentes os quais fortalecem suas visões sobre o aborto e as fazem acreditar que elas são mais corretas, morais e razoáveis.(LUKER, 1986).

Finalmente, cabe destacar a forte posição da Igreja Católica que condena o aborto. O Papa João Paulo II, fala que dentre todos os crimes que o homem pode realizar contra a vida, o aborto provocado apresenta características que o tornam particularmente grave e abjurável. O Concílio Vaticano II define-o juntamente com o infanticídio, “crime abominável”, e anota: *o aborto provocado é a morte deliberada e direta, independentemente da forma como venha realizada, de um ser humano na fase inicial da sua existência, que vai da concepção ao nascimento*<sup>5</sup>. Porém, são várias as religiões protestantes, por exemplo a Igreja Presbiteriana e a Igreja Metodista Unida, que sustentam que o direito da mulher ao aborto está apoiado por alguns textos na Bíblia. De fato no Êxodo 21:22-25 pode-se entender que o feto não é uma pessoa e que a destruição dele não deve ser considerado como um assassinato, esta atitude também era defendida pela Igreja Católica até 1869. (MOROWITZ, 1993; KOBLITZ, 1994).

### 1.1 A Questão da Legalidade do Aborto

Um dos objetivos da revisão dos aspectos legais do aborto em diferentes países é tratar de contribuir para a reflexão do tema no Brasil uma vez que se acredita que estas experiências podem iluminar a própria situação e em alguma medida contribuir para os esforços de mudança na legislação em andamento.

---

<sup>5</sup> João Paulo II, “Carta Encíclica Evangelium Vitae: Sobre o Valor e a Inviolabilidade da Vida Humana”, Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 1995.

A legislação sobre o aborto pode ser vista no marco mais amplo da legislação sobre a família, legislação esta que mais que nenhuma outra está repleta de normas legais que trata de estabelecer o comportamento apropriado para a população (GOLDANI, 1996), como tal, na maioria dos países a regulamentação do aborto responde ao código civil. Um primeiro dado a ser observado na descrição comparativa da legalização do aborto em diversos países é que as mudanças a este respeito ocorreram em um curto espaço de tempo. De uma legislação restrita ou mesmo de não ter uma lei à uma regulamentação mais tolerante e até mesmo liberal. Por leis estritas sobre o aborto entendem-se aquelas comuns até pouco tempo na maioria dos países e que só permitiam a prática deste para salvar a vida da mulher grávida. Estas leis que datavam do final do século XIX se relacionavam com recomendações médicas para os casos de tuberculose, problemas cardíacos e renais, etc. Os avanços na medicina reduziram estas causas e cada vez menos abortos foram feitos por questões de saúde da mulher.

As reformas nas leis de aborto ocorreram em países como a Áustria, Canada, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Itália, Holanda, Noruega, Espanha, Portugal, Suécia, Inglaterra, e Estados Unidos (LUKER, 1984). As explicações para uma generalizada revisão das leis sobre aborto em países com tão diferentes características culturais, religiosas e políticas teriam como ponto comum as transformações mundiais ocorridas nos anos 60. Entre estas destacam-se o crescimento da população mundial e a preocupação que isto despertou a nível internacional, o surgimento da pílula anticoncepcional e as redefinições de atitudes tradicionais em termos de sexualidade e papéis masculinos e femininos. Mais recentemente, as mudanças na legislação sobre o aborto ganharam impulso

devido ao movimento de mulheres que defendem o acesso ao mesmo como um direito da mulher (NOONAN, 1979).

O aborto foi e é praticado amplamente no mundo, as leis de cada país sobre o aborto são diversas e mudam no tempo, aliás as doutrinas e as políticas em relação ao aborto parecem mudar rapidamente. As percepções sobre este polêmico tema do aborto aparecem influenciadas pela cultura e a história em cada sociedade (KOBBLITZ, 1994).

Antes do século dezenove não se tem evidências de que os abortos foram punidos ou legalmente regulados (CORRÊA, 1994). As mulheres na maior parte da Europa e América do Norte enfrentaram restrições sobre o aborto em qualquer etapa da gravidez até recentemente. Por exemplo, nas colônias norte-americanas, entre 1607 e 1828, o direito constitucional não permitia as mulheres abortar voluntariamente antes de que o feto começasse a se mover (entre a 10ª e 18ª semana); em 1900 o aborto se declarou ilegal nessas colônias (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1986; DI GIOVANNI, 1983; GLICK, 1974). Os Estados Unidos só legalizaram o aborto em 22 de janeiro de 1973, mediante uma decisão da Suprema Corte, como resultado do famoso caso *Roe vs. Wade*. Essa decisão considerava que o aborto durante o primeiro trimestre ficava a critério do médico em consulta com a gestante; a partir do segundo trimestre e após o feto ter alcançado a viabilidade, o Estado poderia, se assim o preferisse, proibir o aborto exceto para salvaguardar a vida e saúde da mãe (TIETZE, 1987).

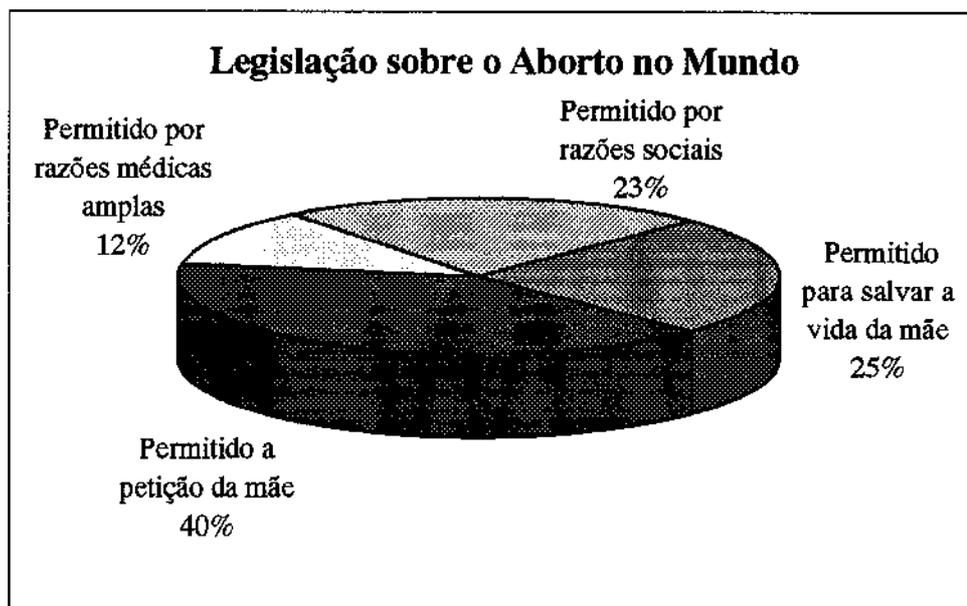
O primeiro país que proclamou o direito da mulher a abortar, fundamentado por razões de proteção da saúde e da vida da mulher, foi a ex-União Soviética, no ano de 1920 (EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, 1972). De acordo com Sundstrom, por volta de 1954 o aborto era ilegal em quase todos os países do mundo, exceto na Islândia, Dinamarca, Suécia e no Japão. Desde essa época os países do norte tendem a liberalizar suas leis sobre o aborto; contudo a maior parte dos países do sul - principalmente de África e América Latina - têm leis e códigos penais que proíbem e punem rigorosamente o aborto. Legislações bastante rigorosas afetam um quarto da população mundial (CORRÊA, 1994). Atualmente, o aborto é legal nos países mais populosos, do mundo, tais como a China, Índia<sup>6</sup>, a ex-União Soviética e os Estados Unidos. A população destes quatro países representa cerca de 45 por cento da população mundial<sup>7</sup>. No total da população mundial, cerca de 40 por cento moram em países onde o aborto é permitido a pedido da gestante; e os outros 60 por cento (ver figura 1.1), a maioria em países não desenvolvidos, estão submetidos a leis de aborto com diversas restrições (em geral o aborto legal é apenas para salvar a vida das mulheres). Alguns destes países ainda resistem à necessidade de apoiar políticas de planejamento familiar, e às vezes não as têm ou apenas têm programas básicos nacionais destes serviços.

---

<sup>6</sup> Na China o aborto é promovido como uma forma de limitar o crescimento da população. Na China e na Índia, mesmo sendo o aborto legal, os serviços não são adequados ou não são acessíveis.

<sup>7</sup> A população mundial projetada para 25 de junho de 1995, segundo o U.S. Bureau of the Census, foi de 5.732.746.044 pessoas, isto é aproximadamente 5,73 bilhões de pessoas.

Figura 1.1



Fonte: HENSHAW S. and MORROW E., "Induced Abortion: a world review, 1990 supplement", Alan Guttmacher Institute, New York, USA, 1990.

As recentes evoluções e mudanças nas legislações em todas as regiões do mundo, são consequência do pensamento moderno sobre o aborto. De 1967 a 1988, pelo menos 65 países liberalizaram suas leis sobre o aborto, e quatro deles delimitaram as razões para a sua prática. Na Europa foram 24 reformas legislativas, a África apresentou 10 modificações, Ásia e Oceania 13 reformas, Oriente Médio e a África do Norte 8 mudanças e o Hemisfério Ocidental apresentou reformas em 10 países. Os principais sistemas legais do mundo tais como a Lei Islâmica, *Common Law* e Lei Civil - incluindo os países de língua francesa, espanhola e portuguesa, apresentaram transformações significativas sobre o aborto (COOK, 1991).

Durante os últimos 20 anos, mais de 35 países têm despenalizado o aborto, dentre eles países católicos como Bélgica, França, Espanha e Itália. A maior parte das legislações passou a permitir o aborto nos casos tradicionais de risco para a saúde<sup>8</sup> da mulher ou de lesão fetal. Além disto, outras indicações feitas foram: gravidez em idade materna avançada, gravidez na adolescência, circunstâncias familiares e quadro-clínico de AIDS.

No caso do Canadá (1969), a legislação que considerava o aborto como crime foi declarada inconstitucional por violar a liberdade e a segurança da mulher, dessa forma o aborto nesse país está descriminado. Aliás, diversas emendas ao código penal foram feitas na China, Cuba, Togo e Vietnã, permitindo assim a descriminação do aborto nestes países; o aborto não é normalizado diretamente pela lei penal com sanções punitivas, senão que está regido pela lei civil e outros regulamentos tais como um procedimento médico, permitindo a mulher receber compensação por serviços de aborto não qualificados ou abaixo dos padrões. O Código Penal da Índia, de 1860, consolidou a lei inglesa mas criminalizou o aborto apenas quando a mulher supostamente acusada de haver praticado o aborto estiver comprovadamente grávida; num estudo feito na Índia se reportou que para mulheres com dois ou mais filhos foi negado o aborto caso não concordem em aceitar um procedimento de esterilização simultaneamente.

Cuba legalizou o aborto em 1979 e é, atualmente, o único país na América Latina onde a prática do aborto é legalmente permitida sem exceção alguma. Nos outros países dessa

---

<sup>8</sup> Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) ou WHO (World Health Organization), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Citado na referência (HENSHAW, 1990).

região o aborto apenas é permitido naqueles casos nos quais a saúde física e mental da mãe gestante corre risco e/ou quando a gravidez é resultado de estupro, sempre que a estuprada o aceite. O aborto por motivos terapêuticos é permitido em todos os países latino-americanos, salvo em três: Chile, República Dominicana e Honduras. (TIETZE, 1987)

## **1.2 O caso do Brasil**

No caso do Brasil a luta pela legalização e descriminalização do aborto se inicia quando se criam os atuais permissivos legais para não punir o aborto em casos de mãe estuprada ou de gravidez com risco para a saúde da gestante. Apesar da luta pela legalização do aborto já ter iniciado em 1940, as feministas reconhecem que o aborto só começa a ser problematizado como fato social na década de 70, quando se argumentava que o aborto provocado era um problema de saúde pública e um método possível de planejamento familiar para mulheres de baixa renda. Neste momento, houve contradições que impediram a definição de uma identidade na luta do movimento feminista pró-aborto. A década de 80 foi caracterizada por uma etapa de debate público sobre o aborto. O movimento feminista tornou-se mais ofensivo, destacando o direito ao aborto como um direito de opção da mulher. As feministas começaram a ter mais contato com a população, formulando diretamente questões a fim de incorporar as opiniões das mulheres de diferentes camadas sociais em relação ao aborto. Em 1986 surge o Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como resultado das lutas feministas. O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1989 elaborou uma Carta das Mulheres em Defesa de seu

Direito à Saúde onde se defende a idéia de que o aborto voluntário deve ser considerado um problema de saúde (BARSTED, 1992).

A Constituição Federal de 1988 representa um avanço na situação jurídica da mulher brasileira. No Código Penal brasileiro vigente, Decreto-Lei 2848, de 07 de dezembro de 1940, o aborto provocado é punido como delito contra as pessoas. Este contempla e tipifica vários casos: aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento (Art. 124); aborto provocado por um terceiro, sem consentimento da gestante (Art. 125); aborto provocado por terceiro, com consentimento da gestante (Art. 126). O Art. 127 trata de uma forma qualificada este delito, quando além do aborto, ocorrem lesões graves ou a morte da gestante. As punições podem ser de até três anos de prisão. Não é punível o aborto praticado por um médico, se não houver um outro meio de salvar a vida da gestante, ou se a gravidez for consequência de estupro e a vítima der o seu consentimento para o aborto (Art. 128). (BALTAR, 1994; INSTITUTO DE LA MUJER, 1993; PITANGUY, 1995). Claramente, se analisa que o aborto no Brasil é considerado crime, portanto, não existe o aborto legal, apenas a não punição do aborto provocado nos dois casos de gravidez por estupro e gravidez com risco de vida para a mãe.

Os direitos reprodutivos no Brasil, ainda que escassamente regulamentados, estão mais desenvolvidos quando comparados com outros países latino-americanos. Desde 1965 o Estado começou a adotar uma atitude antinatalista que finalmente não se traduziu numa política explícita de controle demográfico. Contudo, a Constituição Federal e a maioria das Constituições Estaduais e das Leis Orgânicas Constitucionais, incluem disposições

concernentes à saúde reprodutiva em sentido amplo. A Constituição salienta como uma das atribuições do sistema público de saúde, a de promover recursos educacionais e científicos para o planejamento familiar, e de oferecer, tanto à mulher como ao homem, acesso gratuito aos meios anticoncepcionais. Apesar da consagração legal dos direitos reprodutivos o exercício dos mesmos nem sempre ocorre. Quer por problemas burocráticos, quer por falta de recursos e mesmo por questões ideológicas, que obstaculizam o desenvolvimento adequado dos programas de atendimento integral à mulher. O Ministério da Saúde, em 1983, patrocinou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a finalidade de implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmissíveis; desenvolver atividades de regulação da fecundidade, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar e evitar o aborto provocado, através da prevenção da gravidez não desejada. Na prática são poucas as unidades hospitalares que desenvolvem o PAISM em toda sua extensão.

No Brasil, não existe restrições para a produção e comercialização de produtos anticoncepcionais, desde que estes sejam considerados idôneos pelo Serviço Nacional da Saúde, autorizados pelo Ministério da Saúde, e registrados no Instituto Nacional de Patentes Industriais. A venda dos anticoncepcionais, tais como pílulas contraceptivas, preservativos, geléias espermicidas, diafragmas e dispositivos intra-uterinos, é feita sem necessidade de receita médica. O Código de Ética Médica estabelece que é proibido ao médico desconhecer o direito do paciente de decidir livremente sobre os métodos anticoncepcionais, devendo o profissional esclarecer a indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método. A esterilização mediante a ligadura de trompas, constava de forma

ambígua no código penal até recentemente. Esta foi regulamentada e a partir de 1997 constitui um procedimento legal, desde que exista consentimento da mulher e em certas condições de idade e número de filhos.

Finalmente, e voltando às leis sobre o aborto no Brasil, já foram registradas várias iniciativas legislativas no Congresso brasileiro para revogar os artigos que punem o aborto provocado, salvo aquele praticado sem o consentimento da mulher; porém, até agora elas não tiveram sucesso. Toda essa questão do aborto tratada no Congresso, é relatada na referência (BALTAR, 1996), que define quatro etapas deste processo: Na primeira etapa, entre 1946-1971 foram apresentadas três proposições. Na segunda etapa, entre 1971-1983, treze novas proposições foram apresentadas e aqueceram o debate, porém a participação dos atores político-sociais foi limitada. Já na terceira etapa, de 1983-1991, é que se intensificou o debate e foram apresentadas quinze proposições, e ganha destaque nesta fase de discussões a participação do movimento de mulheres. Durante a quarta fase, de 1991-1995, o debate foi ainda mais intenso e houve dezoito novas proposições.

Atualmente, fala-se em uma quinta etapa, de 1996-1997, período de fortes tensões, onde emergem duas posturas quase irreconciliáveis: uma a favor de legalizar ou descriminalizar o aborto, lideradas pelos movimentos organizados de mulheres juntamente com parlamentários progressistas, e outra contrária ao consentimento do aborto, que representa a postura da hierarquia da Igreja Católica e das Igrejas Evangélicas. Apesar destas divergências, é possível, que a curto prazo, ocorra uma ampliação da legislação atual, integrando entre os casos de aborto legal, as anomalias fetais graves (BALTAR, 1996). Os

argumentos dos movimentos feministas procurando liberalizar o aborto, são cada vez mais fortes e encontram cada vez mais adeptos. Um dos momentos decisivos na luta pelo reconhecimento do aborto no Brasil foi o Simpósio Internacional Christopher Tietze sobre Saúde da Mulher no Terceiro Mundo, realizado no Brasil em 1988. Este evento fez com que os movimentos feministas no Brasil consolidassem ainda mais sua posição a respeito do aborto (CÔRREA, 1994).

Hoje, agosto de 1997, como resultado da luta pelos direitos da mulher por um atendimento de saúde amplo se encontra em tramitação uma nova lei, para que as operações necessárias para interromper as gravidezes sejam efetivadas nos hospitais públicos, nos casos de estupro e nos casos de risco de vida de mãe, já previstos por lei desde 1940. Apesar de tratar-se, apenas, de uma lei para fazer-se, cumprir o que já é lei, muitos são os debates. Os debates, parecem acirrar-se ainda mais pela anunciada visita do papa João Paulo II, e extrapolam a proposta, colocando-a como uma tentativa de legalização do aborto. De fato, o projeto de lei<sup>9</sup> trata da obrigatoriedade de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>10</sup> das mulheres que desejam, interromper uma gravidez resultante de estupro ou que oferece risco de vida. Esse projeto aprovado em uma comissão da câmara dos Deputados, ainda deverá ser votado pela câmara e o Senado.

<sup>9</sup> O projeto de autoria dos deputados Eduardo Jorge (PT-SP) e Sandra Starling (PT-MG), regulamenta o Código Penal. O voto da relatora, deputada Zulaiê Cobra (PSDB-SP) definiu o empate.

<sup>10</sup> Na atualidade, agosto de 1997, são oito os hospitais do país que já fazem o atendimento do aborto por estupro e por risco à saúde da mãe, inclusive o hospital de Jabaquara em São Paulo, amparados em legislações locais. Esse hospital, segundo o seu diretor Thomaz Antônio Cardoso de Almeida, atendeu 120 casos nos últimos seis anos, 108 por estupro, oito por má formação congênita e nos quatro restantes a mãe corria risco de vida. Na cidade de São Paulo, além do Jabaquara, o programa de aborto legal está implantado no hospital Pérola Byington, na região central. O CAISM-UNICAMP também realiza o atendimento por aborto legal.

Os defensores do aborto acusaram os opostos, dizendo que estes estão na “Idade da Pedra”, pois o projeto trata, apenas da regulamentação do Código Penal que data de 1940, ou seja, de uma lei que tem 57 anos (Martha Suplicy, PT). Enquanto os contrários ao aborto, alegaram que a lei seria o primeiro passo para legalizar o aborto no país, e argumentaram que a mulher não é dona do feto, mas apenas depositária (Severino Cavalcanti, PPB-PE). Por sua vez o argumento da Igreja Católica foi de que qualquer menina vai poder dizer que foi estuprada e abortar (Manoel Pestana Filho). As divergências à nível governamental também existem. O ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, diz que vai recomendar ao atual presidente, Fernando Henrique Cardoso, que veto o aborto legal no SUS, e alega que considera o aborto um assassinato e portanto, contrário a ele por formação ética, moral e de médico. Já o presidente, quando se pronunciou a respeito disse não entender o porque de tanta polêmica, dado que a lei já existia. Esse projeto de lei, que ainda tem de ser votado no plenário do Senado. (Folha de São Paulo, 21 e 22 de agosto de 1997), representa um passo importante no que se refere as questões de saúde da mulher e parece colocar novas perspectivas na discussão sobre a legalização do aborto no futuro.

## Capítulo 2

### O ABORTO E SEUS RISCOS

As diferentes concepções de aborto, como este ocorre e quais os riscos que ele envolve, são importantes neste trabalho porque estão ligados com a problemática e prática do atendimento das possíveis complicações do aborto e o posterior acompanhamento durante o período do pós-aborto.

Etimologicamente a acepção *abortar* vem do latim *abortare* e significa expulsar o feto sem que ele tenha condições de vitalidade, dar a luz antes do término da gestação. Talvez uma das definições mais difundidas e aceitas de “aborto” é devida à Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo a OMS: “*se entende por aborto a interrupção de uma gravidez antes de que o feto seja capaz de vida extra-uterina independente*”. Conforme a tradição médica, esta situação abarca as 28 primeiras semanas de gestação, contando a partir do primeiro dia da última menstruação normal (ROYSTON, 1991).

Nos dicionários da língua portuguesa, o aborto ou abortamento é a expulsão natural ou provocada de um embrião ou de um feto humano antes da data de viabilidade. Já segundo o dicionário Webster da língua inglesa, “*abortion is the termination of a pregnancy after, accompanied by, resulting in, or closely followed by the death of the embryo or fetus: as spontaneous expulsion of a human fetus during the first 12 weeks of gestation, or induced expulsion of a human fetus*”. Já segundo outros dicionários, a definição precisa da data de

viabilidade pode ser diferente quase sempre dependendo do país onde foi publicado. Também se considera aborto a interrupção da gravidez somente até a 20a. semana, a partir dessa data seria parto imaturo e depois da 28a. semana chama-se de parto prematuro, entendendo-se por parto a ação de expelir do útero, dar à luz um filho. (OCEANO, 1994).

O feto é comumente definido como o produto da concepção a partir do terceiro mês até o nascimento, sendo que embrião é o termo mais amplo. De fato, é da união do óvulo com o espermatozóide que resulta o ovo ou zigoto<sup>11</sup>, que de forma definitiva constitui o embrião e será chamado assim até o nascimento.

Em várias partes do mundo, o aborto durante as primeiras doze semanas de gravidez é considerado como a “regulação da menstruação”, definição praticamente concordante com aquelas citadas em outros dicionários de diferentes línguas. Em muitas culturas, o aborto, provocado por qualquer meio, é parte integral das práticas de controle de fecundidade tradicionais que procuram regular a escolha do momento e número de nascimentos. (EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, 1972).

Na medicina européia entre os séculos XII e XVII, fortemente influenciada pelo médico muçulmano Avicena do século XI e por Aristóteles, a opinião predominante era que o embrião não era humano senão até um tempo depois da concepção. Na atualidade alguns setores de medicina e de outras ciências ainda insistem nessa posição. Assim, por exemplo.

---

<sup>11</sup> Um óvulo é uma célula, um espermatozóide também é uma outra célula, e da união dessas duas células surge uma terceira célula chamada de zigoto ou inclusive embrião.

certos autores (MOROWITZ, 1993) anotam as diferenças entre o óvulo fecundado microscópico e um recém nascido e concluem que o início de uma vida humana - similar à decisão *Roe vs Wade*<sup>12</sup> - não é tão definitivo se estimar em dois trimestres de gestação. Por sua vez para Kasler parece não haver muitas dúvidas<sup>13</sup>, ele acha que a criação de um ser humano se inicia justamente no instante da concepção, nesse exato instante do encontro e fusão do gameta feminino (óvulo) com o gameta masculino (espermatozóide), para ele o evento do nascimento apenas é uma continuação de uma vida - resulta óbvio que é vida humana - já iniciada, em média, uns nove meses antes; segundo isso, o aborto ou gravidez interrompida significaria a morte e destruição do embrião, em outras palavras a interrupção da vida de um ser humano embora isto ocorresse nas etapas intra-uterinas da sua existência (KOBLOITZ, 1994).

Outros autores sustentam que a vida humana não começa no instante da concepção senão várias semanas depois. Assim, por exemplo, para Morowitz e Trefil, o embrião pode se tornar um ser humano somente quando apresentar atividade cerebral a partir da atividade dos neurônios, e não necessariamente um instante após a fecundação (MOROWITZ, 1993). Também há outras opiniões que são a favor do aborto porque dizem que o feto ainda não pode sentir dor. No entanto, outros sustentam que o embrião sente dor, pois toda célula reage a um estímulo nocivo tentando “fugir” desse estímulo (embora as suas

---

<sup>12</sup> A decisão da Suprema Corte dos Estados Unidos, no caso *Roe vs Wade* em 1973, outorgou legalidade à prática do aborto provocado nesse país (TIETZE, 1987).

<sup>13</sup> Em uma ocasião, Alfred Kasler, ganhador de um Prêmio Nobel de Física diz que a vida humana começa no momento mesmo da concepção: na união do óvulo com o espermatozóide. Citado no “Manual de la Asociación Panamericana de Estudios Sociales (ASPES)”, da Venezuela.

reações sejam rudimentares e não especializadas como as do neurônio) e o feto é em definitivo um conjunto de células (MACHADO, 1993).

No mês de julho de 1996, os meios de comunicação anunciaram que três mil embriões humanos de proveta iriam ser destruídos na Inglaterra, fato que provocou um protesto de muitos ingleses, constituindo assim um caso dos primeiros casos do que seria um “aborto de criaturas de proveta”. Esses embriões que tinham de duas a oito células iam ser eliminados mediante o descongelamento e depois seriam incinerados. O Vaticano qualificou o fato de “massacre”.

A discussão anterior destaca as diferentes conceituações e definições do que é o aborto, do ponto de vista médico, etimológico e de seu significado lexicográfico. Tudo isto alimenta a polêmica que polariza entre posições pró e contra sua prática. Verifica-se que a prática médica envolve distintas definições de aborto. Portanto, parece que o único ponto em comum estaria no significado etimológico, ou lexicográfico do aborto. Ainda assim, se encontram as questões de língua, legislação, práticas médicas culturais e religiosas específicas dos diferentes contextos, que continuarão alimentando o debate.

## 2.1 Como Acontecem os Abortos

Os abortos podem ser espontâneos ou provocados e dependendo disto as causas e riscos variam. Assim, os abortos provocados apresentam características próprias e específicas, dependendo da técnica abortiva utilizada. Já os abortos espontâneos ou abortos não provocados, têm causas aparentes e sintomas, e suas conseqüências podem variar.

Aborto espontâneo é aquele no qual a interrupção da gravidez não é provocada, enquanto o aborto provocado é originado por interferência deliberada. Os abortos provocados incluem os realizados de acordo com sanções legais e os realizados fora da lei. Nos casos de aborto espontâneo fala-se de aborto prematuro quando o aborto acontece antes da 12a. semana e de aborto tardio quando acontece entre a 12a. e 22a. semana, da 22a. a 37a. semana fala-se em parto prematuro<sup>14</sup>.

O termo aborto terapêutico, estritamente definido, refere-se ao aborto indicado medicamente para mulheres cuja vida ou saúde está ameaçada em caso de continuar com a gravidez por fatores congênitos ou genéticos, porém é comum usar esse termo para os abortos sancionados legalmente (TIETZE, 1994).

As causas do aborto espontâneo são diversas, como por exemplo defeitos do óvulo ou do espermatozóide, aninhamento defeituoso, anomalias ou malformações do útero ou do colo

---

<sup>14</sup> Referência: "Menino ou Menina?. Os primeiros anos de vida", fascículo No. 2, pp.21, Rio Gráfica e Editora S/A, Rio de Janeiro, Brasil, 1979.

do útero, incompatibilidade do fator Rh, doenças endócrinas, doenças infecciosas ou psicógenas, desnutrição, traumatismos, etc. Os abortos não provocados prematuros (antes da 12a. semana) quase sempre acontecem por falhas na implantação do espermatozóide, em cujo caso o aborto ocorre após uma semana da concepção; (freqüentemente é confundido com uma menstruação tardia) ou, por falhas do desenvolvimento do embrião, e aí o aborto ocorre antes das doze semanas. Os abortos não provocados tardios (a partir da 12a. semana), em geral, devem-se a falhas da placenta ou a dilatação prematura do colo do útero.

Entre os sintomas que caracterizam o aborto espontâneo estão: a hemorragia mais ou menos intensa, dores tipo cólicas devido às contrações uterinas, as que por sua vez provocam o desprendimento da placenta e a sua precipitação, do fundo uterino até o colo do útero, acompanhada do embrião e as membranas. Na maior parte dos casos as contrações continuam até a expulsão completa dos restos das membranas, da placenta e do bebê; em tal caso, o aborto seria completo, caso contrário, seria um aborto incompleto. A morte do embrião acontece previamente à expulsão dos restos ou inclusive antes. Portanto, o aborto não provocado pode se dar de três formas: a) aborto completo, após a abertura do colo do útero o conteúdo é expulso completamente e o sangramento se detém depois de alguns dias; b) aborto incompleto e colo de útero aberto, parte da placenta fica dentro sendo necessária uma operação cirúrgica de dilatação e aspiração ou de dilatação e curetagem na qual se dilata o colo do útero e se raspa a parede do útero, c) aborto incompleto sem cólicas e útero não dilatado, também chamado de aborto retido ou aborto diferido, apesar do bebê ter morrido e a placenta se ter desprendido das paredes do útero

não se apresentam cólicas; nesse caso será preciso uma dilatação e curetagem ou até um breve trabalho de parto.

O aborto é praticamente inevitável quando o óvulo tem defeito<sup>15</sup>. Esta causa responde por, aproximadamente, 75% dos abortos não provocados. Frente à uma falha da placenta, uma dose de hormônios, juntamente com repouso, podem impedir o conseqüente aborto. Aborto e morte do feto na prática vão juntos e se o feto morreu é inevitável o aborto. Uma oportuna e qualificada assistência médica pode evitar muitos abortos espontâneos, dolorosas complicações pós-aborto, mortes maternas e até prevenir futuros abortos.

A discussão do tipo de aborto provocado está associada aos métodos para interromper a gravidez. Na América Latina emprega-se uma grande variedade de métodos para interromper a gravidez. As técnicas envolvem desde os procedimentos médicos modernos, eficientes e seguros (como a dilatação cirúrgica e curetagem, e aspiração a vácuo), que são realizados em consultórios médicos ou clínicas especializadas, até uma ampla diversidade de métodos populares usados pelas próprias mulheres ou por curiosas não treinadas (variamente chamadas, conforme o país, de curiosas, curandeiras, matronas, aborteiras, comadronas e empíricas). Estes últimos são as práticas não médicas, dentre as quais a prática comum a todos os países latino-americanos é a introdução da sonda (que consiste em um pedaço de tubo de borracha) no útero.

---

<sup>15</sup> Uma ameaça de aborto verifica-se ao se observar secreções vaginais marrom-avermelhadas, ou por pequenos sangramentos; repouso, juntamente com tratamento de hormônios, podem deter a laminência do aborto.

Com o advento da Internet muitos métodos e procedimentos abortivos estão sendo promovidos, especialmente por clínicas de aborto que operam nos países onde o aborto está legalizado. Em alguns “sites” da Internet, são oferecidos kits para aborto doméstico e para auto-esterilização feminina. Não obstante, a Agência Federal dos Estados Unidos para o Controle de Drogas e Medicamentos (FDA)<sup>16</sup> tem advertido sobre os riscos no uso do kit doméstico de aborto. Este consiste numa mistura de drogas não aprovadas pela FDA, que pode originar uma hemorragia vaginal massiva e até a morte.

As técnicas abortivas tem uma história, que se iniciou com as técnicas abortivas tradicionais. Também existem as chamadas técnicas abortivas cirúrgicas e farmacêuticas. Os métodos abortivos tradicionais mais conhecidos na América Latina e no Brasil são altamente perigosos e respondem por muitas das complicações por aborto provocado (ver lista no anexo 5).

Além dos procedimentos e técnicas mais avançadas existem procedimentos cirúrgicos diferenciados pelo período de gestação. Os procedimentos cirúrgicos, variam de acordo com o período de gravidez respectivo (ver anexo 5). Estes procedimentos, normalmente, são realizados em consultórios médicos ou clínicas especializadas. Nos países em que o aborto não está legalizado esses consultórios e clínicas de aborto são clandestinos. No Brasil, como já foi dito, o aborto legal apenas é permitido em alguns casos, como por exemplo, para salvar a vida da mãe ou de gravidez resultante de estupro. Nestas situações

---

<sup>16</sup> Esta informação foi obtida no mês de junho de 1997 consultando o *web site* (URL ou endereço Internet) da Agência FDA dos Estados Unidos: <<http://www.fda.gov>>

o aborto legal é realizado em centros hospitalares específicos, que em 1997 somam apenas oito em todo o país.

Os métodos para interromper a gravidez citados neste capítulo, constituem uma amostra dos inúmeros métodos e técnicas existentes. Os riscos e perigos da utilização de qualquer um deles parece evidente, ainda mais nos casos em que a usuária não dispõe de atendimento profissional qualificado e tem que se submeter ao aborto sob condições não adequadas. Diante de tal quantidade de métodos abortivos seria difícil fechar os olhos ou mascarar a tão antiga e atual problemática do aborto provocado. Daí a importância da educação sexual e reprodutiva, principalmente para as mulheres adolescentes, esclarecendo-lhes todos os riscos e conseqüências do uso dessas técnicas de abortamento. Seria recomendável, também, anexar em cada método abortivo as formas de contornar os problemas decorrentes e posteriores da prática dos mesmos. Assim, por exemplo, os aspectos comuns de como atender uma complicação pós-aborto, provocada pelo uso de agulhas de crochê na prática do aborto, ainda que seja uma prática tradicional, caberia aos médicos recomendar seus cuidados.

## 2.2. Riscos e Complicações do Aborto

Tanto os abortos provocados como os espontâneos oferecem riscos e complicações para a mulher, seja em maior ou menor escala, e de ordem diversa, tais como psicológica, física, social, moral, religiosa e legal, etc.

*Os serviços de saúde de todo nível devem estar preparados as 24 horas para brindar, segundo as suas disponibilidades de pessoal e equipamento, assistência urgente a casos de complicação do aborto.*

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995)

No plano psicológico é comumente aceito que o aborto origina a Síndrome Pós-Aborto ou SPA (FINNEGAN, 1988). Sob o ponto de vista físico, o aborto apresenta diversos riscos, até mesmo aqueles favoráveis ao aborto aceitam que as complicações físicas deste aborto são inevitáveis (HERN, 1990). Estes riscos tem diminuído notavelmente nos países em que o aborto está legalizado (OCEANO, 1986). As complicações físicas representam um sério risco para a vida e saúde da mãe, e podem se classificar em imediatas e tardias, ocorrendo no primeiro mês após o aborto ou depois de um mês desta ocorrência, respectivamente. Entre as complicações físicas mais comuns estão a hemorragia, laceração cervical, perfuração do útero e que pode derivar em peritonite, infecção, hepatite e esterilidade, etc. (NEUBARDT, 1976; TIETZE, 1987). Se o aborto é provocado em condições inadequadas, como por exemplo um auto-aborto sem auxílio médico e/ou sob condições higiênicas precárias, os riscos de complicações são ainda mais sérios e podem até causar a morte da mãe, representando uma parte importante da mortalidade e morbidade materna (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

A mortalidade materna é relacionado com os diferentes tipos de aborto. Uma estimativa mundial indica que de cada 24 óvulos fertilizados, 20 chegam a ser bebês vivos, enquanto os quatro restantes serão abortados espontaneamente pela ocorrência de falha na implantação ou no desenvolvimento do embrião. Desses quatro abortos, três (75%) correspondem a abortos prematuros e um (25%) é aborto tardio<sup>17</sup>, que ocorre por falha da placenta ou por dilatação prematura.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define mortalidade materna como a morte de uma mulher durante a gravidez ou dentro dos 42 dias seguintes ao término da gravidez, seja qual for a duração da gravidez e o lugar, por qualquer causa relacionada com a gestação, mas não por causas acidentais ou incidentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde, no mundo se produzem 910.000 concepções por dia, das quais a metade não são planejadas e a quarta parte não são desejadas. Estima-se que 150.000 mulheres praticam diariamente um aborto provocado<sup>18</sup>. De acordo com dados da OMS, são realizados 15 milhões de abortos clandestinos ao ano no mundo, e no Brasil são cerca de 1.5 milhões de abortos que ocorrem anualmente. Por sua vez, 20 milhões de mulheres se expõem ao risco do aborto provocado em condições inadequadas, umas 70.000 morrem como consequência e milhões padecem seqüelas de morbidade e incapacidade a longo prazo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

---

<sup>17</sup> Referência: "Menino ou Menina?. Os primeiros anos de vida", fascículo No. 2, Rio Gráfica e Editora S/A, Rio de Janeiro, Brasil, 1979.

<sup>18</sup> World Health Organization, "Understanding Abortion", Progress in Human Reproduction Research, No.25, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, 1993. Citado in (ROMERO et. al, 1994).

Nos países desenvolvidos há entre 5 e 30 mortes maternas em cada 100.000 nascidos vivos; nos países em desenvolvimento esta cifra varia de 50 a 800 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Portanto, o risco de mortalidade materna para mulheres que vivem nos países não desenvolvidos, é muito mais elevados. Se estima que este risco é 250 vezes maior quando o aborto é praticado com não profissionais do que quando a mulher conta com um atendimento profissional e higiênico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). A OMS estima que das 500.000 mortes maternas que ocorrem ao ano no mundo, 99% delas acontecem nos países não desenvolvidos e destas, 25 a 33% seriam fruto de complicações por abortos (PIZARRO, 1994). As estatísticas para diferentes países da América Latina mostram que no Chile, no México e na República Dominicana, uma em quatro mulheres praticam o aborto; no Peru e na Colômbia, é de uma em cinco e no Brasil uma em 3,5. Em cada 1000 nascidos vivos ocorrem de 43 a 177 abortos no Peru, 200 a 500 no México e entre 85 e 822 no Brasil<sup>19</sup>.

No Brasil, a mortalidade materna<sup>20</sup> é 30 vezes superior à dos países do primeiro mundo, e o aborto seria a quarta causa de morte entre as mulheres. Entretanto se sabe que os dados são imprecisos e existe enorme dificuldade em obtê-los com fidedignidade. (ANDALRAFT, 1993). Durante os anos oitenta, o aborto como causa de mortalidade materna manteve-se quase constante. Em 1980 se estima que para cada 100 mortes maternas 13,5 eram

---

<sup>19</sup> Paxman J. et. al., "The clandestine epidemic : the practice of unsafe abortion in Latin America", *Studies in Family Planning*, 24,4:205-226, 1993. Citado in (ROMERO et.al, 1994).

<sup>20</sup> Segundo a OMS, a mortalidade materna se define como a morte de uma mulher grávida ou até os 42 dias seguintes ao término da gravidez, independente da duração e local da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou seu atendimento mas não por causas acidentais ou incidentais (ROYSTON, 1991).

causadas por aborto, 84,2 eram por causas obstétricas e 2,8 por outras causas obstétricas (tabela 2.1). A situação melhorou muito pouco nos anos 80 e se encontra que em 1986, para cada 100 mortes maternas, 13,3 foram por aborto enquanto 79,3 foram por outras causas obstétricas e 7,4. Portanto, chama a atenção o grande aumento da mortalidade materna por outras causas não obstétricas no período 1980-86.

Tabela 2.1

### O Aborto como Causa de Mortalidade Materna, Brasil, 1980-1986

| Grupo de causas            | 1980         |              | 1983         |              | 1986         |              |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                            | No.          | %            | No.          | %            | No.          | %            |
| Aborto                     | 344          | 13,5         | 285          | 13,5         | 241          | 13,3         |
| Causas obstétricas diretas | 2.149        | 84,2         | 1.769        | 83,5         | 1.439        | 79,3         |
| Outras causas obstétricas  | 58           | 2,8          | 64           | 3,0          | 134          | 7,4          |
| <b>Total</b>               | <b>2.551</b> | <b>100,0</b> | <b>2.118</b> | <b>100,0</b> | <b>1.814</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: OPS, Las condiciones de salud en las Américas, Edición 1990.

Nota: Excluídos os municípios que não fornecem informação regular, onde reside aproximadamente 25% da população.

As cifras oficiais de aborto, divulgadas por pesquisa do IBGE para 1989 indicam que para cada 100 mulheres apenas 15 haviam praticado o aborto, entre as que tiveram gestação 5 anos antes da entrevista, destas mulheres, 12 disseram ter tido 1 aborto e as outras 3 mulheres tiveram mais do que um aborto (tabela 2.2). Estes dados oficiais contrastam com as cifras estimadas indiretamente. O volume anual de abortos "oficiais" seria da ordem de 400 mil (2.057.891/5) enquanto as estimativas indiretas mínimas são de 1,5 milhões de abortos anuais. As divergências, certamente, tem que ver com o caráter ilegal do aborto e o temor à punição em caso de declaração das mulheres.

Tabela 2.2

**Brasil, 1989: Proporção de Abortos Declarados por Mulheres**

| Abortos declarados | Nº. <sup>(1)</sup> | %      |
|--------------------|--------------------|--------|
| Nenhum             | 11.804.863         | 85,15  |
| 1 aborto           | 1.662.790          | 12,00  |
| 2 abortos          | 296.773            | 2,14   |
| 3 abortos          | 74.896             | 0,54   |
| 4 abortos          | 18.188             | 0,13   |
| 5 ou mais          | 5.234              | 0,04   |
| Total              | 13.862.744         | 100,00 |

Fonte: IBGE/INAN, São Paulo, 1992.

Nota: (1) Mulheres com gestações durante os cinco anos anteriores à pesquisa.

A sub-enumeração na declaração de abortos praticados fica evidente quando se analisa a proporção de mulheres que o praticaram segundo o número de gestações. A interrupção da gravidez por aborto aumenta segundo o número de gestações e varia entre as regiões geográficas brasileiras. Os dados oficiais para o Brasil total mostram que cerca de 7% das mulheres com uma gestação praticaram o aborto, 34% daquelas com 3 gestações e 77% das mulheres com 5 ou mais gestações.(tabela 2.3)

Tabela 2.3

**Mulheres que interromperam sua gravidez segundo número de gestações anteriores<sup>(1)</sup>, Brasil, 1989**

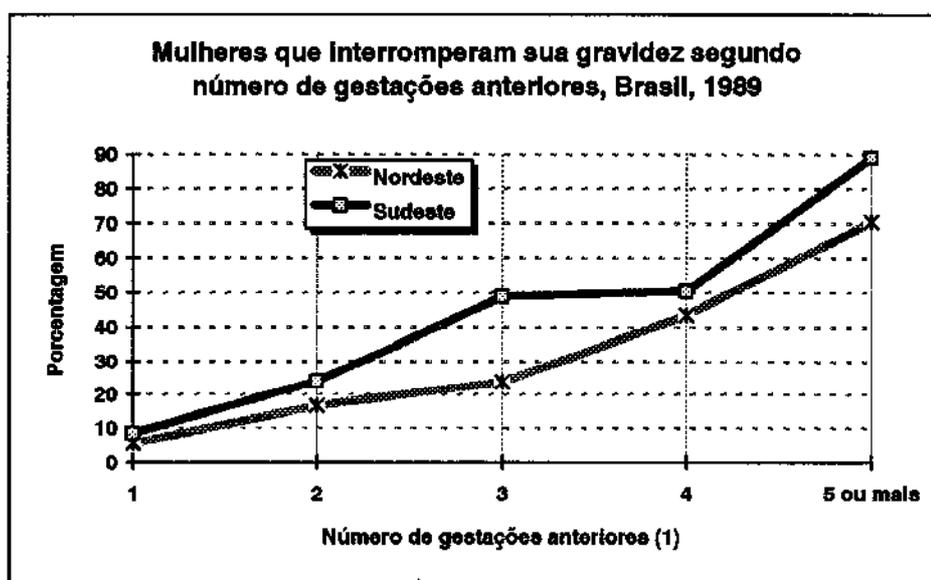
|            | Número de gestações anteriores |      |      |      |           |
|------------|--------------------------------|------|------|------|-----------|
|            | 1                              | 2    | 3    | 4    | 5 ou mais |
| Total país | 6,8                            | 20,6 | 34,0 | 47,1 | 77,1      |
| Nordeste   | 5,4                            | 16,6 | 23,8 | 43,4 | 70,6      |
| Sudeste    | 8,4                            | 24,0 | 48,9 | 50,5 | 89,1      |

Fonte: Maria Isabel Parahyba e Lilibeth Cardozo, "Saúde reprodutiva: o atendimento pré-natal e a interrupção da gravidez", em VIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Anais 1992, São Paulo 1992, em base a IBGE/INAM, Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, 1989.

Nota: (1) Nos cinco anos anteriores à pesquisa.

Como era de se esperar, na Região Sudeste, onde as taxas totais de fecundidade são baixas, a prática do aborto foi ainda mais elevada que na Região Nordeste com taxas de fecundidade, elevadas. Cerca de 49% das mulheres com 3 gestações já haviam praticado aborto no Sudeste enquanto no Nordeste esta cifra foi de 24% (figura 2.1).

Figura 2.1



Fonte: María Isabel Parahyba e Lilibeth Cardozo, "Saúde reprodutiva: o atendimento pré-natal e a interrupção da gravidez", em VIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Anais 1992, São Paulo 1992, com base em IBGE/INAM, Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, 1989.

Nota: (1) Nos cinco anos anteriores à pesquisa.

Finalmente, cabe observar que o número de casos de hospitalização com complicações pós-aborto no Brasil em 1991, foi de 288.670. A estimativa é de que para cada três mulheres que se submetem ao aborto provocado, apenas uma é hospitalizada. Assim que uma estimativa do total de abortos provocados em 1991, foi de 1.443.350, cifra similar aos abortos provocados na Colômbia, Chile, México, Peru e República Dominicana, todos

juntos (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994). Outra estimativa sobre a prática de aborto no Brasil, em 1992 aponta que de cada 100 mulheres que praticaram o aborto induzido, 42 delas experimentaram complicações e apenas 29 mulheres receberam atendimento hospitalar. Estas estimativas, de mulheres que abortam e são hospitalizadas, resultam de uma média nacional envolvendo mulheres urbanas e rurais (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994).

## **Capítulo 3**

### **O PERFIL DO CAISM**

#### **3.1 Criação do CAISM**

O “Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), está localizado no distrito de Barão Geraldo em Campinas, ao lado do Hospital das Clínicas da UNICAMP, hospital geral que atende a uma rede de assistência envolvendo a região de Campinas como um todo. O CAISM foi fundado em 21 de fevereiro de 1986, através da Portaria GR-36/86. Para a organização e execução de sua proposta, vários Serviços foram criados, para conhecer a estrutura e os objetivos do CAISM ver o anexo 1.

O CAISM é uma unidade hospitalar onde se localiza o Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP. Entre seus objetivos estão a assistência, ensino e pesquisa dentro do campo de atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido. O CAISM presta assistência especializada à mulher de forma integrada, nos aspectos da sua saúde física e psicossocial, nas áreas de Oncologia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, em nível ambulatorial e de enfermaria.

O Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do CAISM, passou por duas fases históricas distintas. A primeira delas compreendeu o período de sua fundação, no antigo hospital “Santa Casa de Misericórdia de Campinas”<sup>21</sup>, que dispunha de 20 leitos para atender os serviços de obstetrícia e de ginecologia. Posteriormente, esses 20 leitos foram ampliados para aproximadamente 30 leitos, ainda muito aquém da demanda de assistência. Apesar desta carência de leitos, este serviço cumpria com sua função básica de ensino médico; foi neste lugar que se deu a criação da base filosófica de assistência do departamento.

**Tabela 3.1** Tabela de pessoal<sup>22</sup>.

| Ano          | Orçamento     |               | FUNCAMP<br>CAISM |            | FUNCAMP<br>REITORIA |           | FUNCAMP<br>AIU-722 |           | Quadro<br>Efetivo |
|--------------|---------------|---------------|------------------|------------|---------------------|-----------|--------------------|-----------|-------------------|
|              | Adm/<br>Trans | Dem/<br>Trans | Adm              | Dem        | Adm                 | Dem       | Adm                | Dem       |                   |
| 1989         | 49            | 36            | 01               | --         | --                  | --        | --                 | --        | 938               |
| 1990         | 39            | 36            | 38               | 01         | --                  | --        | --                 | --        | 973               |
| 1991         | 13            | 22            | 11               | 05         | --                  | --        | --                 | --        | 970               |
| 1992         | 13            | 34            | 53               | 20         | --                  | --        | --                 | --        | 982               |
| 1993         | 27            | 26            | 59               | 30         | --                  | --        | 44                 | 03        | 1053              |
| 1994         | 15            | 28            | 19               | 22         | 30                  | 06        | 24                 | 10        | 1075              |
| 1995         | 08            | 51            | 26               | 22         | 67                  | 19        | 04                 | 01        | 1084              |
| <b>Total</b> | <b>164</b>    | <b>233</b>    | <b>207</b>       | <b>100</b> | <b>97</b>           | <b>25</b> | <b>72</b>          | <b>14</b> |                   |

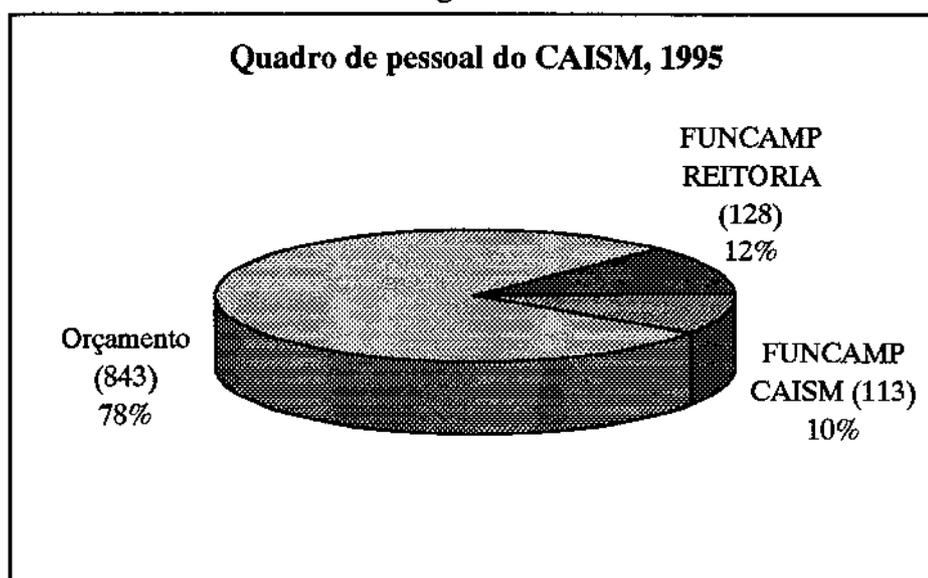
Dem = Demissão; Adm = Admissão; Trans = transferido do ou para o CAISM

<sup>21</sup> No decorrer de aproximadamente duas décadas a Irmandade de Misericórdia de Campinas, no centro da cidade, serviu como local de treinamento clínico e cirúrgico antes da construção do Hospital das Clínicas no campus, abrigando os serviços de assistência médica-hospitalar oferecidos pela UNICAMP à população carente de uma vasta região. Três blocos compunham as dependências à disposição da Universidade : os prédios da Faculdade de Ciências Médicas, da capela e das enfermarias.

<sup>22</sup> Fonte : Relatório interno apresentado na X Reunião Ordinária do Conselho Técnico Administrativo do CAISM, UNICAMP, Campinas, Brasil, Dezembro 1995.

Entre as características do CAISM relevantes ao trabalho, têm-se o quadro de pessoal, o orçamento, as áreas e ambulatórios. O CAISM possuía até 1995 um quadro efetivo de 1084 funcionários nos seus diferentes setores de atividade (ver tabela 3.1). Estes funcionários estão distribuídos da seguinte maneira: 128 cujos pagamentos são por conta da FUNCAMP / REITORIA, 113 pela FUNCAMP / CAISM e 843 cujos pagamentos provém dos recursos orçamentarios. A porcentagem de cada um deles está indicada na figura 3.1.

Figura 3.1



Fonte : Relatório interno apresentado na X Reunião Ordinária do Conselho Técnico Administrativo do CAISM, UNICAMP, Campinas, Brasil, Dezembro 1995.

O CAISM tem quatro áreas, e cada área possui diversos ambulatórios, que por sua vez contam com serviço social. Estas quatro áreas e seus respectivos ambulatórios são: 1) a área de Obstetrícia, em cujos ambulatórios se fazem: o Pronto Atendimento, Pré-Natal

Especializado, Pré-Natal de Adolescentes, Revisão Puerperal e o Programa de Laqueadura para Gestantes; 2) área de Oncologia com os seus ambulatórios de: Patologia Cervical, Mama, Programa de Controle de Câncer Mamário, Radioterapia, Onco-Clínica; 3) a área de Neonatologia com seu ambulatório de Seguimento e 4) a área de Ginecologia Especializada com os ambulatórios de: Cirurgia Ginecológica, Dor Pélvica, Menopausa, Ginecologia Endócrina, Ginecologia de Adolescentes e, Revisão e Orientação. A Unidade de Reprodução Humana, que pertence a unidade de Ginecologia, além de dispor do Laboratório de Reprodução Humana, possui os ambulatórios responsáveis por: Planejamento Familiar, Esterelidade e Programa de Laqueadura.

O corpo médico do CAISM alcançou um total de 121 médicos, em 1996. Destes, 46 eram professores da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 41 são médicos contratados pela UNICAMP e a FUNCAMP, e os outros 34 médicos residentes. A distribuição por especialidade mostra que no total existem na área de Obstetrícia 18, na área de Ginecologia 20, na área de Oncologia 22 e na área de Neonatologia eram 11 médicos. A especialidade de cada um dos 34 médicos residentes varia dependendo do período.

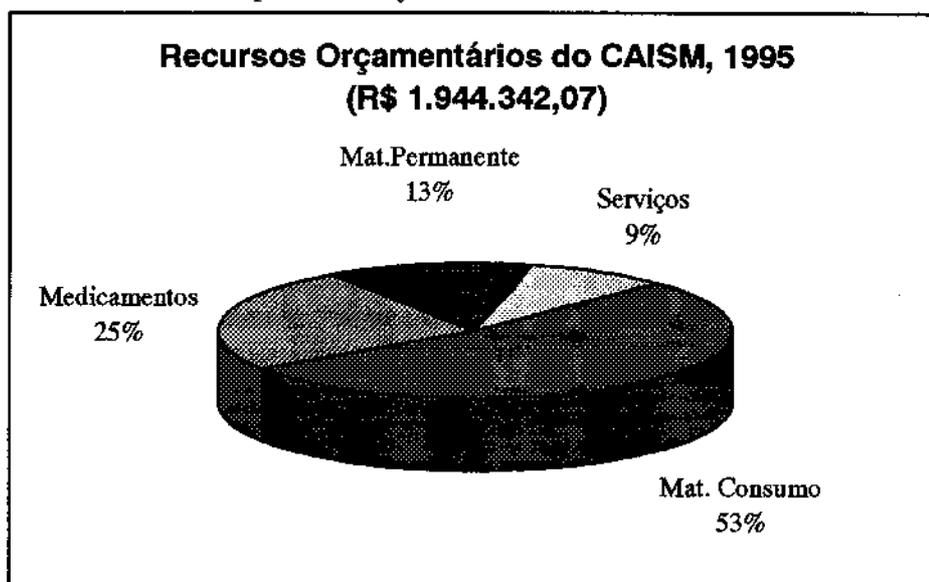
O CAISM dispõe de um total de 187 leitos, distribuídos da seguinte forma: Oncologia conta com 35 leitos, Ginecologia Especializada com 28 leitos, Alojamento Conjunto com 24 leitos, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro Obstétrico com 09 leitos, Patologia Obstétrica com 16 leitos, Neonatologia com 40 leitos e a Seção de Apoio Médico Social conta com 35 leitos.

Os recursos orçamentários e extra-orçamentários do CAISM, segundo documentos apresentados na X Reunião Ordinária do Conselho Técnico Administrativo do CAISM, correspondentes ao ano 1995, representaram um total de R\$ 5.259.677 entre janeiro e outubro de 1995. Os recursos orçamentários foram de R\$ 1.944.342 e os extra-orçamentários de R\$ 3.315.335.

A UNICAMP recebe 2,065% de quota parte do ICMS; para manutenção das atividades da UNICAMP é destinado 6,05% dessa quota parte do ICMS, e para despesas contratuais 2,06% da quota parte do ICMS. Para o CAISM no item manutenção das atividades corresponde 11,25% do total destinado para este fim na UNICAMP, entanto que para despesas contratuais é 1,7% do total destinado para este fim na UNICAMP. Dos recursos orçamentários 53% foi aplicado para materiais de consumo, 25% em medicamentos, 13% em materiais permanente e 9% em serviços.

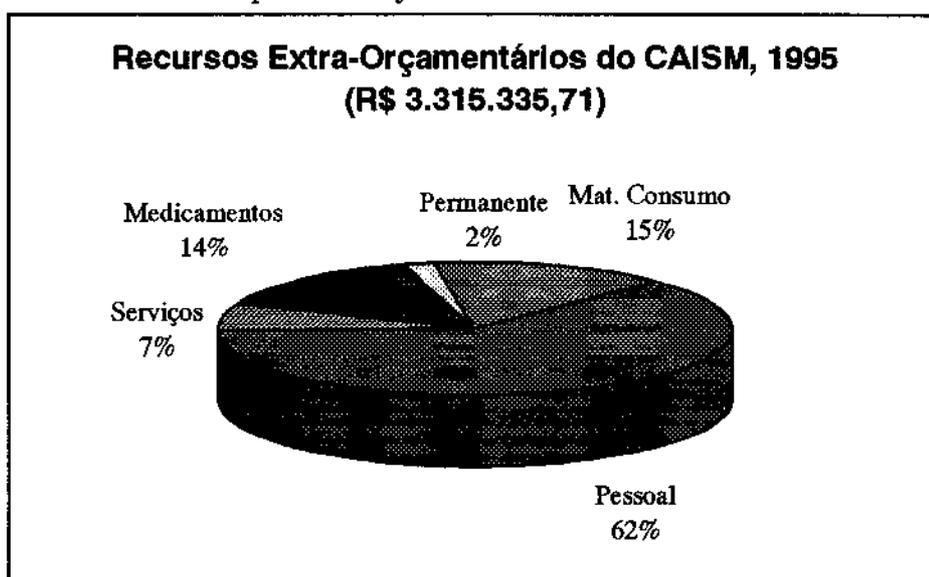
O 74,5% dos recursos extra-orçamentários são provenientes do convênio SUS e 25,5% da FUNCAMP. A distribuição sobre o total recebido indicou no período de janeiro a outubro de 1995: 9% para a Faculdade de Ciências Médicas, 20% para o Fundo de Complementação Salarial, 2% para o Centro de Engenharia Biomédica e 69% para o CAISM.

**Figura 3.2** Aplicação dos recursos orçamentários do CAISM-UNICAMP, no período de janeiro a outubro de 1995.



Fonte: Relatório interno apresentado na X Reunião Ordinária do Conselho Técnico Administrativo do CAISM, UNICAMP, Campinas, SP, Brasil, 1995.

**Figura 3.3** Aplicação dos recursos extra-orçamentários do CAISM-UNICAMP, no período de janeiro a outubro de 1995.



Fonte: Relatório interno apresentado na X Reunião Ordinária do Conselho Técnico Administrativo do CAISM, UNICAMP, Campinas, SP, Brasil, 1995.

Nas figuras 3.2 e 3.3 apresenta-se a aplicação dos recursos orçamentários no período de janeiro a outubro de 1995. Dentre os recursos orçamentários, em materiais de consumo se aplicaram 53%, em medicamentos 25%, em materiais permanentes 13% e em serviços 9%. Dos recursos extra-orçamentários 62% foram aplicados em gastos de pessoal, 15% em materiais de consumo, 14% em medicamentos, 7% em serviços e 2% em materiais permanentes. Na aplicação dos recursos orçamentários não constam os destinados ao pagamento de pessoal porque a sua execução é feita em função de política salarial da UNICAMP, independentemente da direção do CAISM.

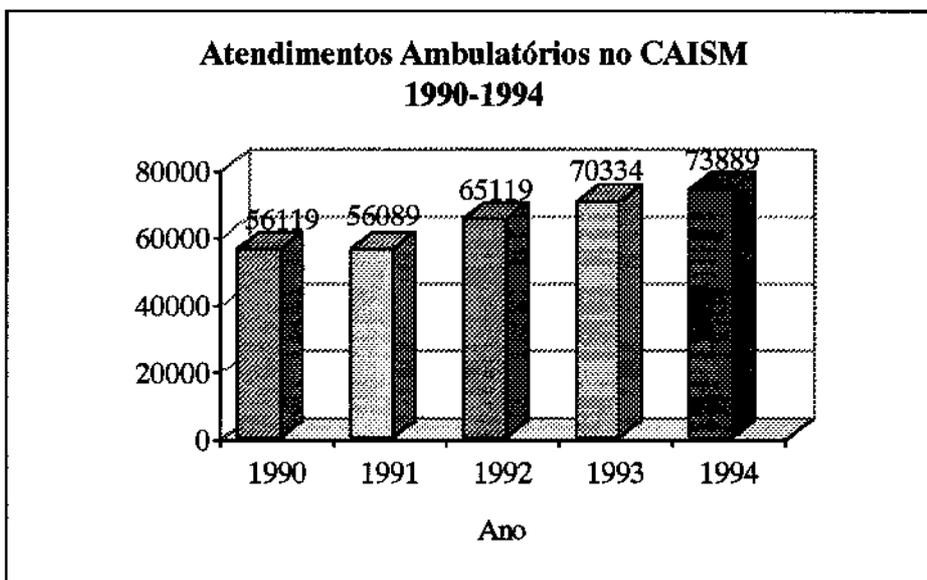
As atividades assistenciais que oferece o CAISM são diversas e estão divididas em duas grandes áreas: aquelas de atendimento ambulatorial e as de internações hospitalares. As atividades assistenciais de tratamentos nos ambulatórios compreendem todas as quatro áreas do CAISM, já mencionadas. Assim, as internações são permitidas nas áreas de Obstetrícia, Ginecologia, Oncologia e Neonatologia, tanto cirúrgicas como internações clínicas.

Na área de Obstetrícia as internações cirúrgicas ocorrem por parto normal ou por parto com cesárea. Cabe ressaltar que, no período de novembro de 1993 a outubro de 1994, o número de internações por parto normal foi 2,2 vezes o número de internações por cesárea. No entanto, entre 1994 e 1995 essa relação caiu para 1,6. De um modo geral, para cada internação clínica em Obstetrícia no período 1993 / 1994, foram 4,4 cirúrgicas, enquanto no período 1994 / 1995 estas diminuíram para 3,6.

A evolução dos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares ocorridas no CAISM entre 1990 e 1994, (ver figuras 3.4 e 3.5), mostra que no período de 1993 a 1994, na área de Ginecologia, foram 4,6 internações cirúrgicas para cada internação clínica, já no período seguinte, no período de 1994 a 1995 essa relação ficou em 3,8. Estas mesmas figuras para Oncologia mostram que por cada internação clínica verificaram-se 1,7 e 2,0 internações cirúrgicas respectivamente. Estas relações são bastante diferentes na área de Neonatologia onde o número de internações clínicas e cirúrgicas, no período de 1993 a 1994, foi de quase 15 internações de ordem clínica para cada uma de ordem cirúrgica, e no período de 1994 a 1995 esta relação foi de 11,5.

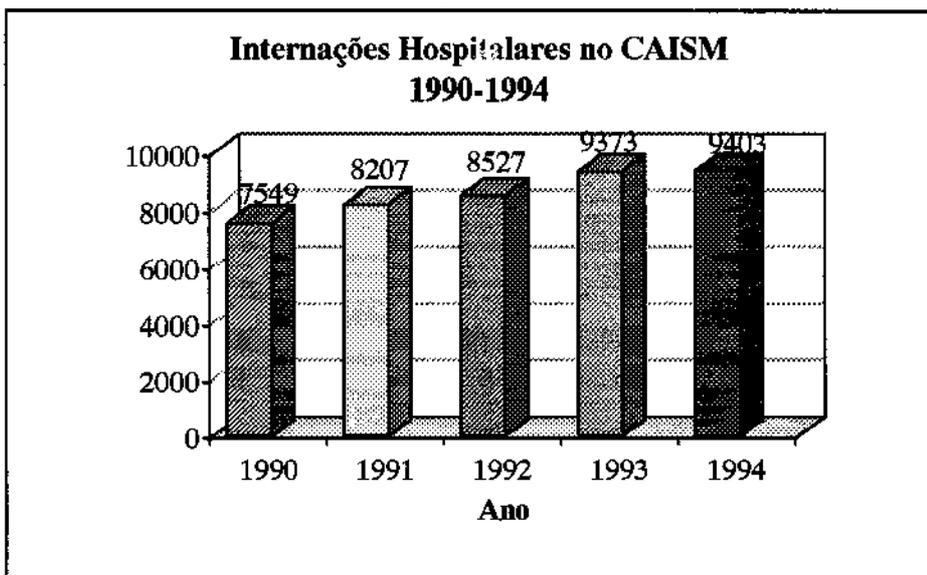
As estatísticas mostram ainda que, as internações em Obstetrícia constituem entre 38% e 50% do total das internações no período de 1993 a 1995. Neonatologia é a área que apresenta menor número de internações dentre as quatro áreas, com apenas 7% a 9% do total destas. Exceto na área de Neonatologia, as internações por situações cirúrgicas ocorrem mais do que as clínicas em todas as outras áreas. Oncologia teve aproximadamente 35% do número total de atendimentos, enquanto Neonatologia registrou a menor porcentagem, apenas entre 1,7% e 1,9%. Obstetrícia e o Pronto Atendimento tiveram porcentagens entre 12% e 17%, e 10,6% e 13,3%, respectivamente. Dos dois gráficos das figuras 3.4 e 3.5 conclui-se que o número de atendimentos ambulatoriais no CAISM cresceu 31,7% entre 1990 e 1994, com uma taxa de crescimento anual de quase 7%.

Figura 3.4



Fonte: Relatório de atividades apresentado na X reunião ordinária do Conselho Técnico Administrativo do CAISM, Dezembro de 1995.

Figura 3.5



Fonte: Relatório de atividades apresentado na X reunião ordinária do Conselho Técnico Administrativo do CAISM, Dezembro de 1995.

As 9403 internações hospitalares ocorridas no CAISM em 1994, significaram um crescimento de 24,6% em relação às internações registradas em 1990. Conforme essas estatísticas do CAISM a taxa anual de crescimento do número de internações hospitalares é de 5,7%, um pouco menos que a taxa anual de aumento no número de atendimentos nos ambulatórios.

Da mesma forma que as atividades assistenciais, também as atividades científicas que realiza o CAISM são importantes. Em 1995 até outubro, tinham sido aprovados 42 projetos, segundo relatório de atividades da Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia do CAISM. Esses projetos científicos e de pesquisa tocam diversos tópicos tais como: anticoncepcionais, métodos contraceptivos, câncer genital, câncer cérvico-uterino, câncer de mama, crescimento pós-natal de recém nascidos, inseminação artificial, ensaios clínicos diversos, etc.

### **3.2 Serviço Social no CAISM**

O Serviço Social do CAISM foi estruturado em abril de 1986, com a contratação de oito assistentes sociais e quatro auxiliares educacionais, além das duas assistentes que já atuavam no programa de Oncologia. Este trabalho social foi implantado junto aos ambulatórios e enfermarias. No decorrer de 1986 e 1987 outros programas foram criados, e, diante das necessidades, novas contratações de pessoal foram efetivadas.

Para 1996 o serviço social do CAISM contou com 17 assistentes sociais de campo, sendo que 2 deles assumiam a função de Supervisor, 6 Auxiliares Educacionais, um Auxiliar de Recepção, um Oficial de Administração, um Mensageiro e um Diretor Técnico de Serviço, totalizando 27 funcionários para a execução dos programas em todas as áreas.

O trabalho social do CAISM, desenvolve suas atividades através de programas específicos em nível ambulatorial, de enfermarias e plantão, tendo como metodologia básica uma *ação social* junto a pacientes e familiares. O atendimento do serviço social operacionaliza-se através da abordagem individual e grupal, e utiliza como instrumentos técnicos entrevistas, contatos e reuniões. Assim, desenvolve junto às pacientes e familiares uma ação sócio-educativa e de apoio psicológico e social. A operacionalização do trabalho social nas enfermarias segue a mesma linha metodológica do serviço social ambulatorial. Conta-se, também, com o plantão do serviço social que é uma atividade que funciona diariamente das 17:30 às 20:00 horas, inclusive aos sábados, domingos e feriados.

O Serviço Social do CAISM tem como proposta estimular e incentivar a capacitação técnica da sua equipe. A participação de profissionais da equipe como conferencistas em congressos, seminários, treinamento e outros, assim como a divulgação do trabalho social do CAISM, também é salientada. Segundo as entrevistas há um consenso de que potencializar a infra-estrutura e o quadro de pessoal de Serviço Social do CAISM é uma necessidade crescente, dadas as dimensões sociais que envolvem o atendimento integral à saúde da mulher. No programa de serviço social, a assistência às pacientes de baixa renda se apresenta como muito importante. Por exemplo, a compra dos passes de transporte, que

são doados às pacientes de baixa renda. Para efetivar essa doação, o serviço da área social submete a paciente a uma entrevista visando estabelecer a sua situação econômica e a necessidade do vale transporte, com a finalidade de apoiar o normal atendimento e tratamento médico da paciente.

Da mesma forma se observou que para aquelas pacientes que estão incapacitadas de trabalhar, a Prefeitura de Campinas lhes outorga uma carteirinha de passe livre de ônibus. Isto só é possível, mediante uma autorização do médico do CAISM que está atendendo à paciente solicitante. Este apoio é em geral, solicitado por pacientes da área de Oncologia, as quais requerem de um tratamento mais amplo e prolongado no processo de recuperação.

O CAISM também facilita um lanche / refeição para as pacientes / familiares de escassos recursos econômicos, naqueles casos em que o processo de atendimento médico exigiu a estada o dia inteiro, ou no caso de exames médicos detalhados, ou por outra circunstância relacionada. Os lanches que se oferecem às pacientes são ocasionais e se procura orientar as pacientes sobre a duração prevista do seu próximo exame médico ou tratamento, para que ela traga sua própria refeição. Nos casos críticos em que as pacientes não têm o que trazer, a área de nutrição fornece refeição.

No CAISM os medicamentos básicos e outros que estão disponíveis, são gratuitos. O centro fornece medicamentos de alto custo, por intermédio da Direção Regional de Campinas (DIR 12). O CAISM encaminha as cópias de todos os exames médicos realizados indicando o tempo de duração e quantidade da dose a ser administrada à

paciente. Após o encaminhamento, o DIR 12 fica encarregado de cadastrar as pacientes solicitantes de medicamentos e autorizar a entrega daqueles. Este serviço é mais usado por pacientes da área Gineco-endócrino. Também são outorgadas cestas básicas de higiene pessoal as mulheres de baixa renda que recebem atendimento no CAISM-UNICAMP.

Às gestantes de baixa renda que são atendidas e ganharam bebê no CAISM, são doados enxovais de bebê, fraldas, cobertores, etc., tudo isso proporcionado por um grupo de mulheres, e material doado por pessoas e instituições solidárias. Estas doações chegam na área social de Obstetrícia, e as assistentes sociais fazem uma triagem social para a liberação dos enxovais, que são distribuídos às mães de baixos recursos que ganharam bebê. Por exemplo, às mães portadoras do vírus da AIDS que foram atendidas por parto no CAISM, se lhes fornece leite NAN durante o internamento todo.

Além de todos os serviços acima mencionados, outro serviço prestado pelo CAISM é a doação das cestas básicas de alimentação outorgadas às mulheres carentes que são atendidas no CAISM. As assistentes sociais fazem, em forma permanente, as solicitações para as doações, a instituições e pessoas para doarem esporadicamente cestas básicas de alimentação durante períodos críticos na economia das pacientes. Porém, são as próprias instituições solidárias que realizam a entrevista e a visita domiciliar das pacientes, as quais devem morar em Campinas. As instituições solidárias e que colaboram esporadicamente são, entre outras <sup>23</sup>, a Casa Caridade João XXIII, o Centro Comunitário João XXIII, o

---

<sup>23</sup> No anexo 2 se descrevem os objetivos dessas instituições assistenciais e os serviços que brindam; fonte: "Manual de Recursos Sociais do Município de Campinas", dezembro 1986.

Clube de Assistência dos Necessitados de Campinas, a Conferência Bom Jesus, o Grupo Espírita Casa do Caminho, a Instituição Assistencial Dias Da Cruz, o Serviço de Atendimento e Encaminhamento de Casos SAEC, a Primeira Igreja Batista de Campinas, a Paróquia São Pedro Apóstolo.

Finalmente, cabe destacar a sala do serviço social voltada, especificamente, para orientação das mulheres que foram, ou ainda irão ser atendidas por parto no CAISM, e que desejam dar para adoção o seu filho recém nascido ou por nascer. Esse apoio consiste, basicamente, em orientação para tomar uma decisão bem pensada evitando assim posteriores arrependimentos. Caso se confirme o desejo, então a assistente social ajuda e encaminha a documentação ao Juizado de Menores de Campinas. Inclusive, aquelas pessoas que pretendem adotar crianças já fazem contato com as assistentes sociais do CAISM.

## Capítulo 4

### **O ATENDIMENTO DO PÓS-ABORTO NO CAISM E O PERFIL DAS USUÁRIAS**

O atendimento pós-aborto no CAISM consiste na assistência médico-profissional, ambulatorial e / ou de internação, e conseguinte acompanhamento a mulher que abortou e que apresenta ou não complicações, independente da natureza do aborto, espontâneo, legal ou provocado. O tratamento de acompanhamento posterior ao aborto é independente da ocorrência de complicações, tem a finalidade de evitar abortos recorrentes, prevenir doenças causadas direta ou indiretamente, e orientar na utilização dos diversos métodos contraceptivos. A etapa pós-aborto pode ser de alguns dias ou até de vários meses, e dependerá de cada caso. ou seja, o tratamento médico específico das complicações do aborto seria a primeira parte do atendimento pós-aborto, o qual continua até que a mulher tenha recuperado sua saúde e adotado precauções para evitar outro aborto. A relação entre a mulher que abortou e os profissionais dos centros de saúde públicos que prestam esse tipo de serviços é fundamental para que o atendimento pós-aborto seja bem sucedido.

Está implícito que além das complicações físicas dos procedimentos abortivos, também existe o risco de complicações relativamente tardias, não necessariamente físicas, as quais em conjunto são denominadas como Síndrome Pós-Aborto (SPA). Também se tem presente o caráter estressante da prática do aborto, e nos Estados Unidos, estudos sobre os eventos mais estressantes na vida de uma mulher, mostram o estupro em primeiro lugar com uma escala máxima de 100 pontos, o aborto ocupou o nono lugar com 77 pontos e a

gravidez ficou no 18º. lugar, com 60 pontos. J.L. Jamieson e M.H. Stein. Os impactos psicológicos mais comuns do aborto listados neste estudo foram: solidão a preocupação com a morte do feto, visões do aborto, sentimentos de loucura após o aborto, pesadelos, alucinação relacionada ao aborto, etc.<sup>24</sup>. Também um grupo de cientistas da própria OMS, em 1969, reconheceu que a interrupção de uma gravidez pode provocar uma grave reação psiconeurótica (histeria, neurastenia, psicastenia) ou mesmo psicótica (alteração da personalidade) em uma mulher susceptível<sup>25</sup>. Enfatiza-se, ainda, que o estresse emocional está relacionado com as circunstâncias e atmosfera de realização do aborto<sup>26</sup>.

Portanto, o atendimento pós-aborto tem que estar voltado, tanto para assistir às complicações físicas (hemorragia, laceração cervical, etc.) quanto para seus aspectos sociais e psicológicos. O aborto e pós-aborto configuram um problema de saúde pública que deve ser atendido pela sociedade mediante adequadas políticas de saúde. Nesse sentido é fundamental o papel que desempenham os centros hospitalares públicos, especialmente para as mulheres de menos recursos ou de estratos sociais inferiores. As políticas de saúde têm que orientar seus objetivos no sentido de criar centros hospitalares de saúde da mulher com boa qualidade de serviço e em número suficiente, que responda à crescente demanda da população. Com este objetivo, foi criado o programa PAISM, dentro do qual está o CAISM-UNICAMP, com uma orientação de atender a saúde da mulher em forma integral.

---

<sup>24</sup> Citado em: SPECKHARD Anne, "Psycho-Social Stress Following Abortion", Sheed and Ward, Kansas City, Missouri, USA, 1987.

<sup>25</sup> Segundo (TIETZE, 1986) citado na página 41 da referência : World Health Organization, "Spontaneous and Induced Abortion", Technical Report, no. 461, Geneva, 1970.

<sup>26</sup> Segundo (TIETZE, 1986) citado na página 22 da referência : World Health Organization, "Induced Abortion", Technical Report, no. 623, Geneva, 1978

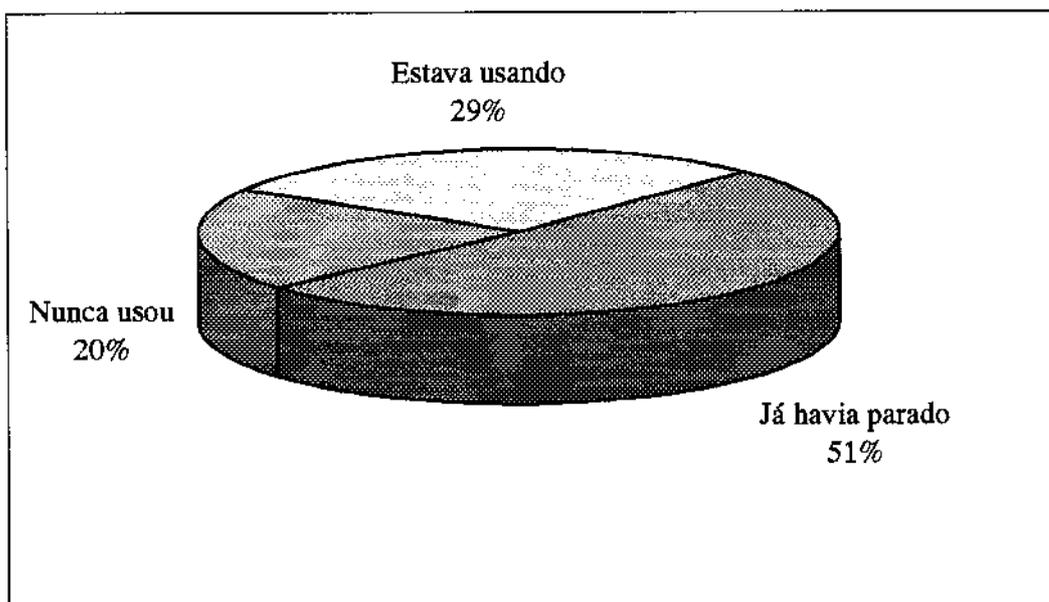
O CAISM, além do atendimento médico, hospitalar e de acompanhamento, também ajuda às pacientes de escassos recursos econômicos mediante a entrega gratuita de diversos medicamentos inclusive alguns contraceptivos. A infra-estrutura, equipamento, pessoal profissional e de apoio com que conta este Centro é reconhecido como fundamental para atender os casos de complicações específicas e graves do aborto. Portanto, a mulher que sofreu um aborto pode recorrer ao CAISM, quer seja para ser atendida por complicações originadas pelo aborto quer para revisão e consulta pós-aborto, ou ainda, para orientação na adoção do contraceptivo mais adequado para ela.

Uma das etapas importantes do atendimento pós-aborto no CAISM é o planejamento familiar. A filosofia é de que um eficiente planejamento familiar pode diminuir, como aconteceu no caso do Chile, a morbidade e mortalidade materna causadas por abortos. Assim, as mulheres pós-aborto atendidas no CAISM se lhes brinda orientação profissional gratuita para a utilização e adequada de algum método contraceptivo. Cabe destacar a este respeito que, dos casos pós-aborto atendidos em 1996 no CAISM, 71% das mulheres não usavam método contraceptivo (MAC) no momento de engravidar (ver figura 4.1). No entanto, 83% já tinha utilizado algum método contraceptivo antes, sendo os métodos hormonais os preferidos (ver figura 4.2). Interessante é o fato de que, após a orientação sobre o uso de métodos anticoncepcionais, todas as pacientes pós-aborto do CAISM em 1996, diziam querer usar o contraceptivo mais eficaz possível.

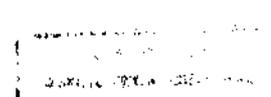
A distribuição de anticoncepcionais para as mulheres no pós-aborto em 1996, mostra que 80% delas receberam ou DIU, ou injetáveis e anticoncepcionais orais (ACO), ou pílulas. O uso do condom foi rejeitado pelas mulheres, o que poderia estar indicando a pressão do machismo ainda imperante no Brasil (ver figura 4.3). Ao mesmo tempo as mulheres preferiam um método mais eficaz.

Apesar dos esforços do CAISM sobre anticoncepção, 20% das mulheres pós-aborto não foram receber nenhum anticoncepcional. Esta cifra, quando comparada com o percentual que não usava anticoncepcional ao momento de engravidar (71%) apresenta-se, muito menor, o que sugere uma tendência positiva das mulheres pós-aborto. Estas parecem preocupadas com os abortos recorrentes ou simplesmente não pretendem ter mais filhos.

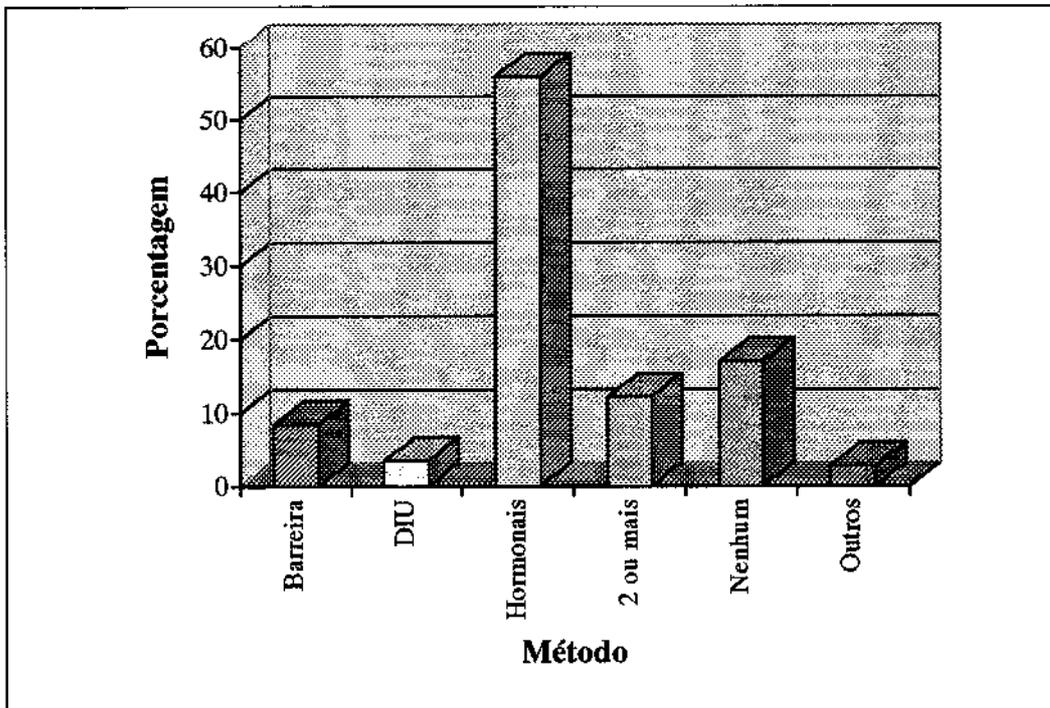
**Figura 4.1 Declaração das pacientes pós-aborto sobre uso de MAC quando engravidaram. CAISM, 1996 (n=266)**



Fonte: Departamento de Tocoginecologia, CAISM-UNICAMP, 1996.

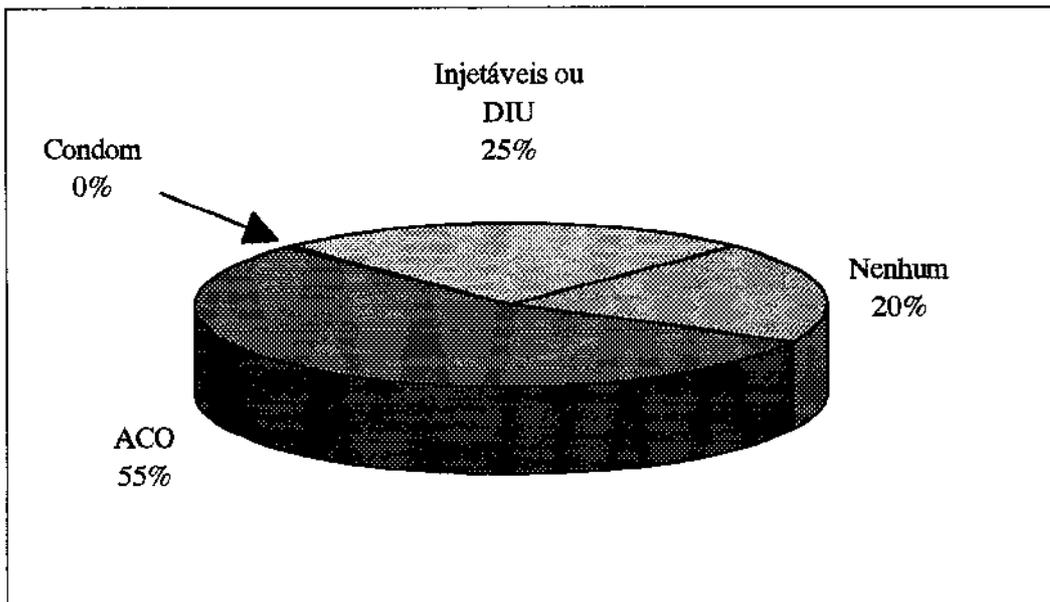


**Figura 4.2 Tipos de MAC já utilizados pelas mulheres pós-aborto atendidas no CAISM, 1996, (n=267)**



Fonte: Departamento de Tocoginecologia, CAISM-UNICAMP, 1996.

**Figura 4.3 Tipo de anticoncepcional recebido pelas pacientes pós-aborto. CAISM, 1996 (n=235)**



Fonte: Departamento de Tocoginecologia, CAISM-UNICAMP, 1996.

Para traçar o perfil das pacientes do CAISM no pós-aborto, se utilizaram alguns resultados de um estudo anterior de (GABIATTI, 1994) com a finalidade de comparar com dados mais recentes coletados do Departamento de Tocoginecologia para 1996.

O perfil das mulheres que são atendidas por complicações do aborto no CAISM, mostra que estas são jovens, na sua maioria brancas, 25% com história de aborto anterior e em sua maioria vivem em uma união conjugal. Do mesmo modo, há um elevado percentual de pacientes com história de três ou mais gravidezes, porém a grande maioria destas mulheres preferem apontar o seu último aborto como sendo o primeiro. Estima-se que quase 17% já tinha experimentado mais de dois abortos<sup>27</sup> (GABIATTI, 1994). Em 1992 aparentemente houve uma tendência de aumento de abortos considerados provocados, não importando que método<sup>28</sup>.

Em termos da procedência, das 266 pacientes atendidas no CAISM em 1996 cerca de 60% eram da cidade de Campinas e 40% da região. Isto porque, no CAISM-UNICAMP pode ser atendida por pós-aborto qualquer mulher, em princípio de Campinas e região, que precise dos serviços desta instituição, sem nenhuma discriminação seja econômica, social ou qualquer outra.

---

<sup>27</sup> Esses dados pertencem a resultados da pesquisa feita por J.E. Gabiatti no CAISM-Unicamp e são citados na referência (PITANGUY, 1995).

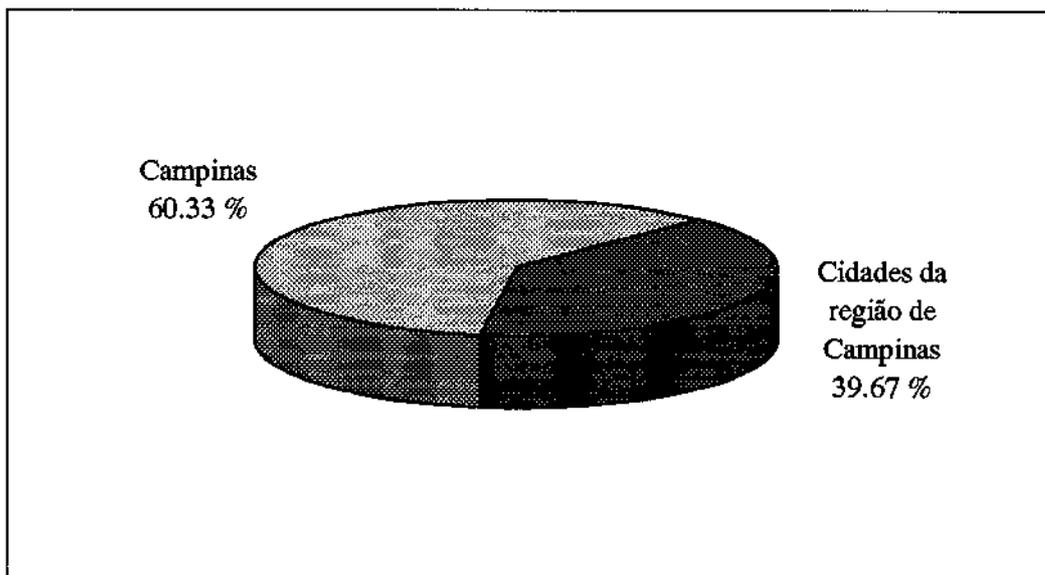
<sup>28</sup> Esses dados foram apresentados pelo Dr. Aarão Pinto-Neto, professor do Departamento de Ginecologia e Obstetria do CAISM-UNICAMP e são citados na referência (PITANGUY, 1995).

**Tabela 4.1** Distribuição Percentual das Mulheres quanto à idade, raça e estado marital. CAISM, 1987-1992.

|                       | Ano de internação |       |       |       |       |       | Total  |
|-----------------------|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
|                       | 1987              | 1988  | 1989  | 1990  | 1991  | 1992  |        |
| <b>Idade (anos)</b>   |                   |       |       |       |       |       |        |
| <= 24                 | 41,3              | 49,0  | 46,8  | 45,1  | 49,5  | 48,3  | 46,7   |
| 25-34                 | 44,7              | 37,5  | 41,4  | 40,2  | 39,3  | 37,0  | 40,0   |
| <= 35                 | 14,0              | 13,5  | 11,8  | 14,7  | 11,2  | 14,7  | 13,3   |
| (n)                   | (300)             | (200) | (280) | (348) | (331) | (300) | (1759) |
| <b>Raça</b>           |                   |       |       |       |       |       |        |
| branca                | 70,0              | 71,2  | 67,0  | 69,7  | 75,6  | 69,5  | 70,5   |
| não branca            | 30,0              | 28,8  | 33,0  | 30,3  | 24,4  | 30,5  | 29,5   |
| (n)                   | (297)             | (198) | (279) | (346) | (308) | (275) | (1703) |
| <b>Estado Marital</b> |                   |       |       |       |       |       |        |
| com companheiro       | 70,0              | 69,0  | 64,0  | 61,8  | 67,9  | 66,8  | 66,6   |
| sem companheiro       | 30,0              | 31,0  | 36,0  | 38,2  | 32,1  | 33,2  | 33,4   |
| (n)                   | (297)             | (197) | (278) | (335) | (321) | (292) | (1720) |

Fonte: Gabiatti J.E., “Características das Mulheres, Frequência, Complicações e Custos do Aborto: suas Variações de acordo com a Comercialização do Misoprostol”, Tese de Mestrado, FCM, UNICAMP, 1994.

**Figura 4.4** Procedência Referida pelas Pacientes na Consulta de Revisão e Orientação Pós-aborto, CAISM, 1996 (n=266)



Fonte: Departamento de Tocoginecologia, CAISM-UNICAMP, 1996.

Em termos do perfil sócio-econômico se encontra que, apesar do atendimento no CAISM ser realizado sem nenhum tipo de discriminação, são as mulheres de mais baixa renda, e as que não têm convênio médico, aquelas que com maior frequência fazem uso dos serviços deste centro. A presença de mulheres com boa condição econômica é explicada pela qualidade e pela especialização no atendimento que brinda o CAISM. Observaram-se, também, casos de mulheres que foram indicadas por seus seguros de saúde ao CAISM, devido a complicações de parto mais do que por complicações pós-aborto. O atendimento por complicações do aborto e pós-aborto não discrimina se a origem das complicações foi um aborto espontâneo ou provocado, não obstante se observa a classificação de aborto sugerida pela OMS<sup>29</sup> quando a mulher é admitida no CAISM.

As complicações de aborto estão entre as principais urgências tocoginecológicas atendidas no CAISM. Do total de internações, a porcentagem de ocorrências relativas ao aborto gira em torno de 20%, sendo que 50% das pacientes permanecem internadas pelo menos dois dias. O custo de manutenção destas pacientes internadas é alto e talvez poderia ter sido evitado por medidas menos restritivas ao aborto, diminuindo a relação custo / benefício.<sup>30</sup>

Ainda com relação ao tipo de ocorrência, um estudo clínico descritivo e retrospectivo feito entre janeiro de 1987 e dezembro de 1992, reportou 10.066 internações ginecológicas.(GABIATTI, 1994) sendo 17,5% destas por complicações de aborto.

---

<sup>29</sup> Uma classificação do aborto é sugerida na referência : World Health Organization, "Induced Abortion", Technical Report, no. 623, Geneva, 1978.

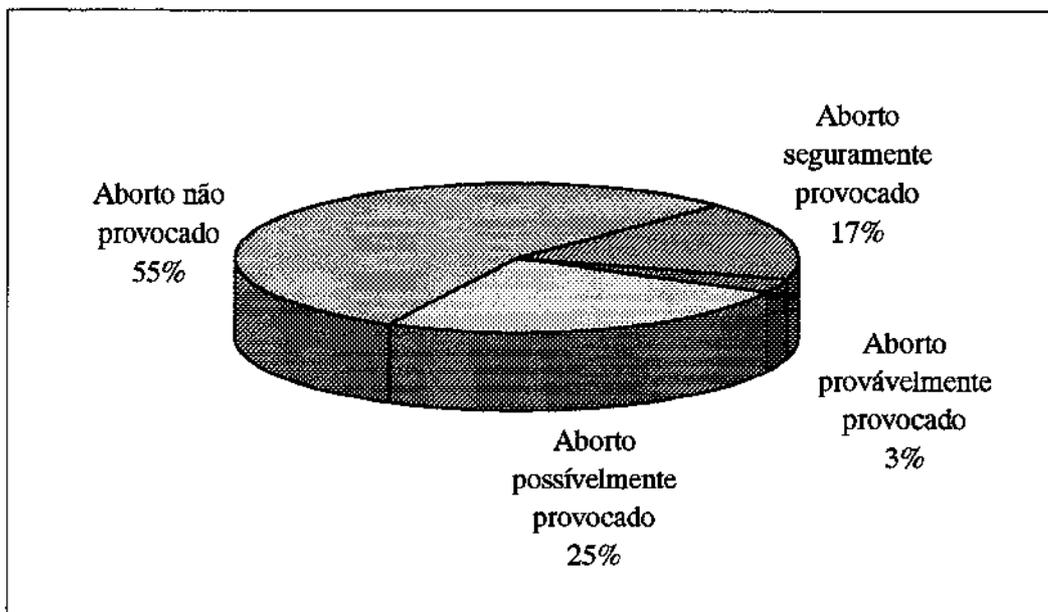
<sup>30</sup> Esses dados e opiniões foram apresentados pelo Dr. Aarão Pinto-Neto, professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do CAISM-UNICAMP e são citados na referência (PITANGUY, 1995).

Relacionando isto com o número de partos, se encontra que para cada 10 partos ocorreu uma internação por complicação e aborto. Segundo a classificação de aborto da OMS (aborto seguramente provocado, provavelmente provocado, possivelmente provocado, não provocado) se encontra que entre 1987 e 1992 61% das complicações ocorreram por aborto não provocado e 39% por abortos seguramente e provavelmente provocados. Já em 1996 essas porcentagens foram 55% e 45% respectivamente (ver Figura 4.5).

Os dados mais recentes do CAISM (de 260 casos em 1996) das internações por complicações do aborto, mostram que quase 70% corresponderam a abortos incompletos e abortos em curso. Isto, de alguma maneira, indica que o aborto que originou esses quadros clínicos de complicações foi do tipo provocado e sob condições precárias. A porcentagem de complicações no pós-aborto, por aborto séptico foi de apenas 5% (este é o aborto que se realiza com todas as técnicas e instrumentos apropriados, segundo a medicina tradicional).

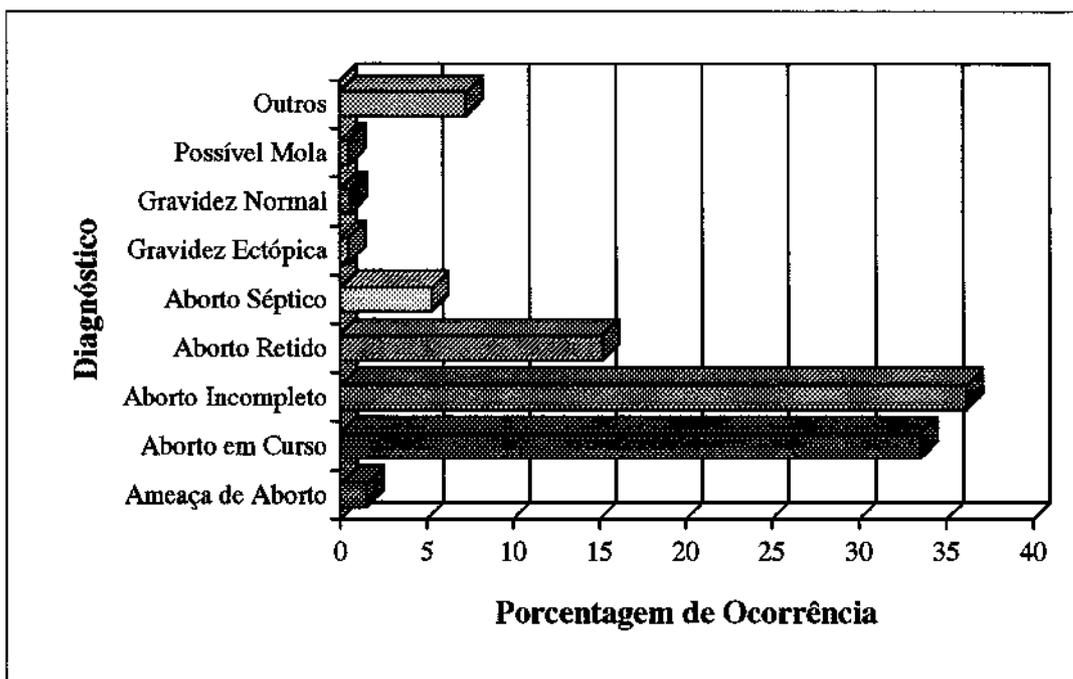
Concluindo, se pode dizer que as cifras de internação por complicação de abortos diminuíram ligeiramente, passando de cerca de 75% entre 1987-1992 para 70% em 1996.

Figura 4.5 Atendimento por Complicações do Aborto segundo Classificação do Aborto, CAISM, 1996 (n=223)



Fonte: Departamento de Tocoginecologia, CAISM-UNICAMP, 1996.

Figura 4.6 Diagnóstico Clínico à Internação por Complicações do Aborto, CAISM, 1996 (n=260)

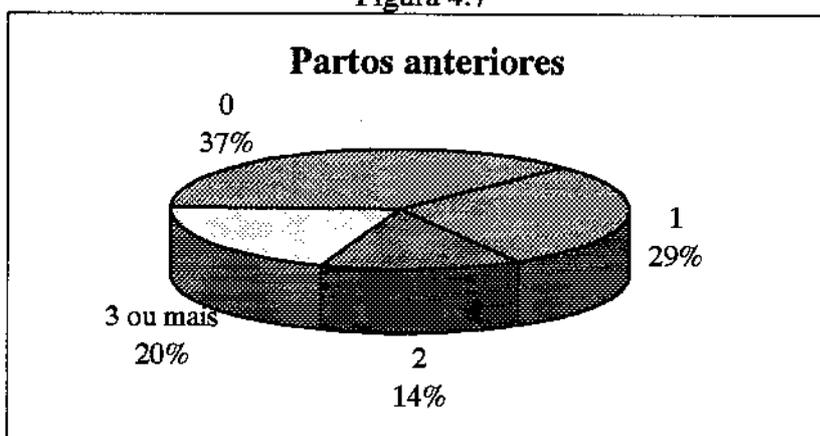


Fonte: Departamento de Tocoginecologia, CAISM-UNICAMP, 1996.

A história ginecológica das mesmas mulheres atendidas no CAISM em 1996 mostra que 79% das mulheres não tinham aborto anterior, e 37% parto nenhum (figura 4.8). Estas cifras são mais elevadas que aquelas encontradas por GABIATTI entre 1987-1992 quando os percentuais correspondentes foram de 74,4% e 32,8%.

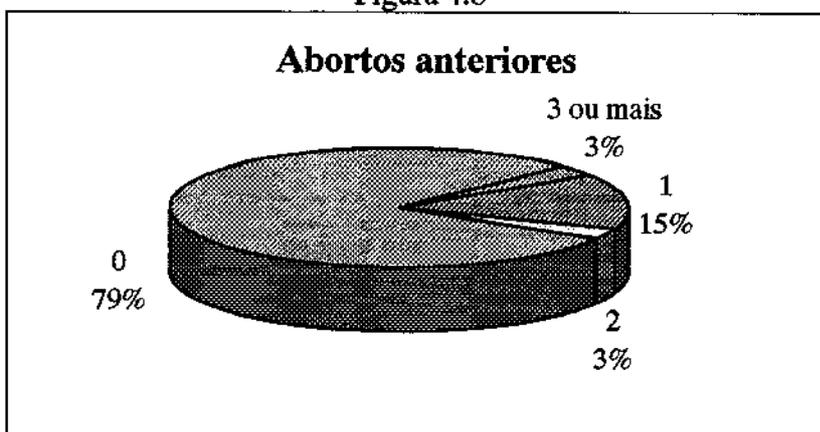
**Antecedentes Tocoginecológicos nas Pacientes em Consulta para Revisão e Orientação Pós-Aborto, CAISM, 1996 (n=266)**

Figura 4.7



Fonte: Departamento de Tocoginecologia, CAISM - UNICAMP, 1996.

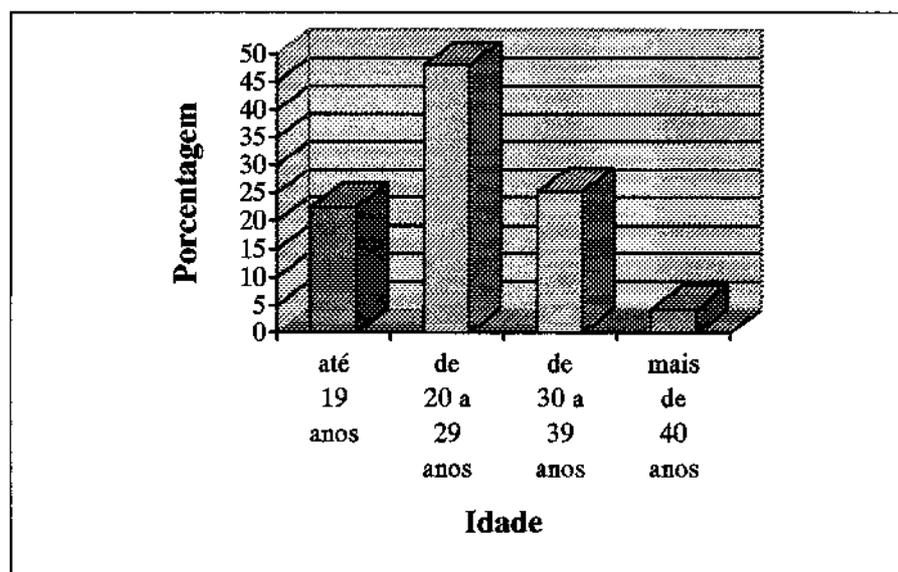
Figura 4.8



Fonte: Departamento de Tocoginecologia, CAISM - UNICAMP, 1996.

O perfil etário destas pacientes do CAISM em 1996 mostra uma estrutura jovem. Cerca de 22% de mulheres eram menores de 20 anos e 48% estavam entre 20-29 anos, 25% entre 30-39 anos e 5% tinham mais de 40 anos (figura 4.9) o padrão de fecundidade mais jovem pode explicar, o fato de que um maior número de mulheres jovens abortam (e apresentam complicações). A tendência reflexo de queda da fecundidade foi, também, o rejuvenescimento da sua estrutura.

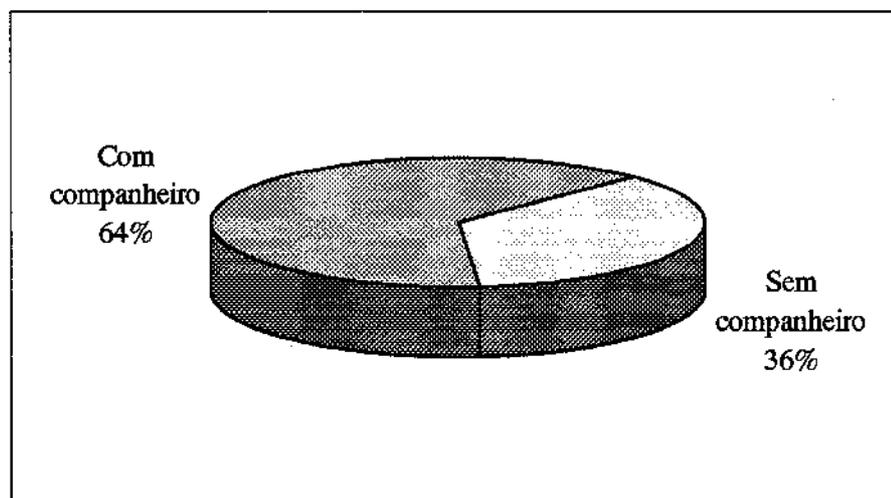
**Figura 4.9 Distribuição por Grupos Etários de Revisão e Orientação Pós-Aborto, CAISM, 1996, (n=262)**



Fonte: Departamento de Tocoginecologia, CAISM-UNICAMP, 1996.

A estrutura marital destas pacientes atendidas por pós-aborto não variou muito. Enquanto, Gabiatti encontrou que cerca de 67% das mulheres tinham companheiro e 33% estavam sem companheiro, nossos resultados para 1996 mostram que estas cifras foram 66% e 34%, respectivamente. Ou seja, que se manteve a proporção de 2/3 das mulheres que abortaram e declararam viver maritalmente (GABIATTI, 1994).

**Figura 4.10 Estado Civil das Pacientes em Consulta para Revisão Pós-Aborto. CAISM, 1996. (n=267)**

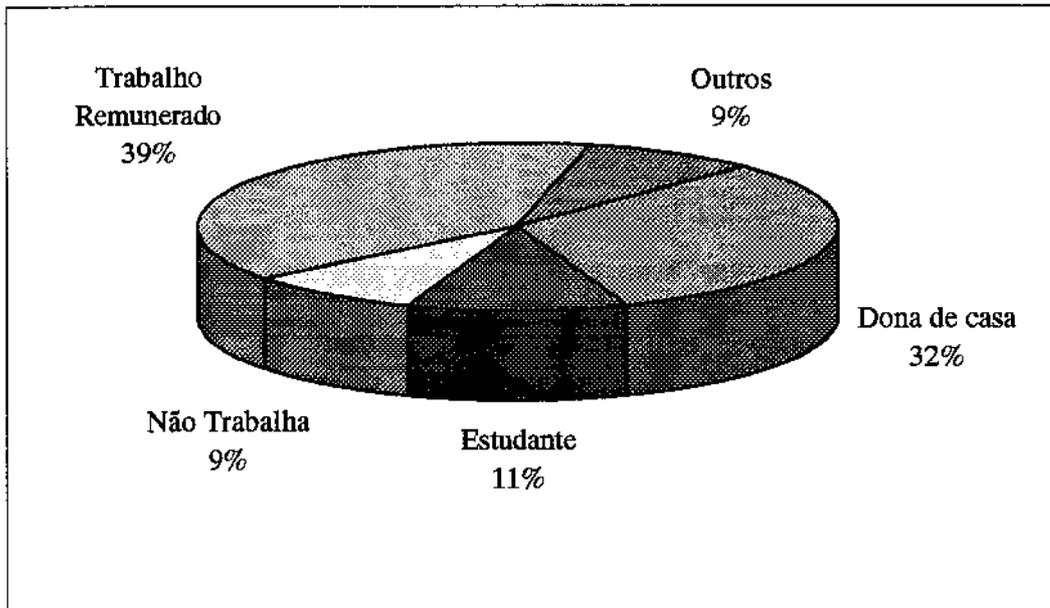


Fonte: Departamento de Tocoginecologia, CAISM-UNICAMP, 1996.

O perfil de ocupação das pacientes em 1996 mostra que 71% declararam que tinham um trabalho, sendo que apenas 39% tinham trabalho remunerado. O nível de escolaridade para estas mesmas mulheres mostra que 85% delas tinham primário completo ou mais<sup>31</sup>. No entanto, chama a atenção as cifras de mulheres com primário completo e secundário completo (ver figuras 4.11 e 4.12).

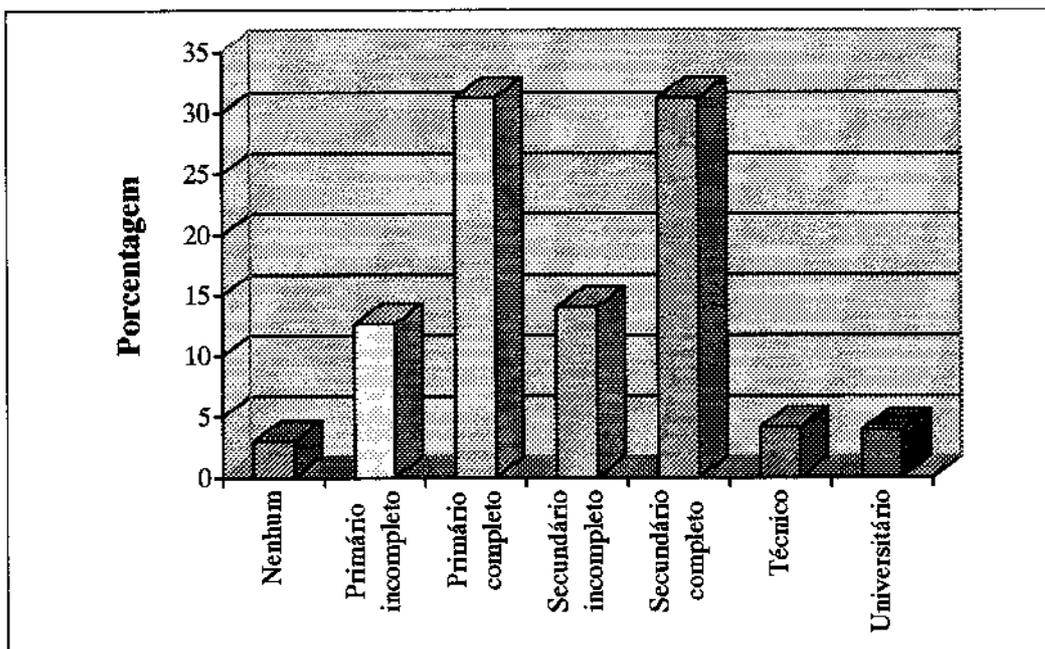
<sup>31</sup> No caso do México se indica uma porcentagem de 82%. (ORTIZ, 1994).

Figura 4.11 Ocupação Referida pelas Pacientes do Pós-Aborto. CAISM, 1996 (n=266)



Fonte: Departamento de Tocoginecologia, CAISM-UNICAMP, 1996.

Figura 4.12 Nível de escolaridade das pacientes pós-aborto, CAISM, 1996, (n=266)



Fonte: Departamento de Tocoginecologia, CAISM-UNICAMP, 1996.

Concluindo, os dados coletados para 1996 mostram que as mulheres que procuram o CAISM para atendimento pós-aborto, na sua maioria, são brancas e jovens, com idade de aproximadamente 25 anos e 2/3 em união conjugal no momento do aborto. Um pouco mais da metade destas tinham como nível de escolaridade, o secundário incompleto ou até mesmo nível universitário. De cada 10 destas mulheres, 7 tiveram abortos no primeiro trimestre e coincidentemente 7 de cada 10 pacientes não estavam usando método contraceptivo nenhum no momento de engravidar. No entanto 5 de cada 6 mulheres já tinha utilizado algum tipo de anticoncepcional. Se observou que depois da orientação sobre o uso de anticoncepcionais, 4 de cada 5 mulheres optaram pela adoção de um contraceptivo, com preferência pelo anticoncepcional oral. Todas descartaram o uso do condom.

Finalmente, a qualidade dos serviços do CAISM e o relacionamento das pacientes com seus profissionais pode ser avaliado pela fala das mulheres atendidas.

*“O atendimento no CAISM é muito bom, o pessoal é altamente qualificado e o Centro está bem equipado, a única desvantagem em comparação aos particulares é que a paciente internada, devido à demanda, nem sempre tem a mesma privacidade, vai ter que compartilhar sala, porém os médicos e profissionais estão em constante visita e revisão às pacientes”*

(Mulher atendida no CAISM-UNICAMP, dezembro de 1996)

*“Eu tenho seguro de saúde, fui internada no meu seguro e como tive complicações após uma cesárea, me derivaram para o CAISM, quando acordei já estava aqui, jamais tinha pensado procurar atendimento no CAISM, pensava que era ruim pelo fato de ser uma instituição pública e gratuita. Porém o atendimento que recebi foi ótimo, ao final não sei se vale a pena ter um seguro porque para complicações de alto risco vão me derivar para o CAISM. Fiquei internada duas semanas e estou muito melhor após a cirurgia”.*

(Mulher atendida no CAISM-UNICAMP, março 1997)

Na avaliação do atendimento prestado pelo CAISM entende-se que seria fundamental também saber a opinião dos médicos sobre a legalização do aborto e a importância do atendimento. De um total de nove profissionais médicos contatados cinco eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Destes, duas médicas disseram não ter disponibilidade de tempo para falar e outras duas disseram ser neutras sobre o tema. Portanto, das cinco mulheres apenas uma concedeu a entrevista.

*"Eu sou totalmente contra a legalização do aborto, porque lutar por aquilo?, ao contrário se deveria lutar para a obtenção de mais verbas para os centros de saúde, hospitais e possam ficar bem implementados e tenham áreas que brindam orientação sobre planejamento familiar e oferecer anticoncepcionais de alta eficácia, e continuamente se devem dar palestras sobre planejamento familiar nas escolas e evitar gravidezes não desejadas".*

(Médica do Departamento de Tocoginecologia CAISM-UNICAMP, maio 1997)

Dos entrevistados médicos homens, dois estavam de acordo com a legalização do aborto e dois contra.

*"Eu estou de acordo com a legalização do aborto faz muito tempo, porque a mulher precisa ter esse direito. Eu faria se o aborto fosse legalizado sim. Hoje eu pratico o aborto quando se trata de estupro ou quando a mulher corre risco de vida".*

(Médico do Departamento de Tocoginecologia CAISM-UNICAMP, maio 1997)

*"Eu estou radicalmente contra a legalização do aborto e com a prática do aborto. Eu não faria o aborto mesmo sendo legal, já seja por estupro, malformação fetal, mesmo a mãe correndo risco de vida, porque para mim é um ser humano desde o momento da concepção e portanto merece viver. Eu tentaria dar uma boa orientação para o uso de um método anticoncepcional eficaz para o casal para assim diminuir uma gravidez não desejada".*

(Médico do Departamento de Tocoginecologia CAISM-UNICAMP, maio 1997)

Com relação ao atendimento pós-aborto, todos os entrevistados, uma médica e quatro médicos se manifestaram a favor.

*"Eu, estou plenamente de acordo com o atendimento no pós-aborto, porque é muito importante, já que é um direito da mulher a sua saúde. Com um bom atendimento pós-aborto, se evita seqüelas que causa o aborto, já seja espontâneo ou provocado".*

(Médico do Departamento de Tocoginecologia CAISM-UNICAMP, maio 1997)

Nem tudo é perfeito, e como reconhecem seus profissionais, o CAISM requer mais verbas para melhorar a sua capacidade de atendimento, até porque a demanda pelos seus serviços é cada vez maior. Os objetivos que conduzem as atividades do Centro estão voltados à saúde integral da mulher e a opinião sobre a necessidade de atendimento pós-aborto é unânime, tanto aqueles que defendem a liberalização do aborto como os que defendem o direito à vida concordam que os serviços do CAISM são necessários e precisam melhorar ainda mais.

Finalmente, cabe destacar ainda, que a importância dos serviços do CAISM-UNICAMP ultrapassa o atendimento pós-aborto, pois também atende os casos do chamado aborto legal, quando a gravidez é resultado de estupro (sempre que a gestante concorde), ou quando existe risco de vida da gestante. A este respeito o encaminhamento é de que quando a gravidez é resultado de estupro, as gestantes que solicitam um aborto legal precisam do boletim de ocorrência policial (BO) obtido da Delegacia de Polícia mais próxima da residência da paciente (não obrigatório), de uma avaliação da equipe do Departamento de Medicina Legal da UNICAMP, e da autorização da paciente ou de um responsável quando é menor de idade. O que ocorre, segundo depoimentos dos profissionais do CAISM, é que as pacientes já chegam encaminhadas pela própria Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher da respectiva região, ou pelos postos de saúde da rede pública. O serviço da área social está encarregado de orientar às usuárias que

desejam abortar nos casos previstos por lei, indicando-lhes os lugares onde têm que se dirigir, e a documentação necessária a ser apresentada no CAISM. Estão normatizados os critérios de atenção por aborto legal a serem praticados no CAISM, e a usuária deve ter no máximo doze semanas de gestação. O atendimento e assistência do aborto legal é feito pelos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do CAISM: médicos, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiras, essa equipe multiprofissional específica, acompanha em forma permanente a atenção da paciente.

Quando o caso é considerado inelegível para o aborto legal, esclarece-se à mulher e seus familiares os motivos da decisão e são apresentadas alternativas, por exemplo; recorrer à adoção após o parto, ou inclusive garantir o acompanhamento de pré-natal da paciente. Caso seja positivo, se esclarece à mulher que esta poderá desistir do aborto até o início do procedimento médico. Por outro lado, quando a grávida é uma adolescente ou menor de idade, e manifesta vontade de continuar com a gravidez, mesmo com a oposição da mãe, este desejo é respeitado. Estes casos complexos são abordados cuidadosamente pelo serviço social e pela psicóloga.

Nos últimos anos foi observado um aumento de casos de atendimento ao aborto legal, mas se não fosse o CAISM estas mulheres praticamente não teriam para onde ir, salvo clandestinamente. O CAISM era e continua sendo, um dos únicos lugares que atende esse tipo de paciente, com apoio médico e psicológico.

## Capítulo 5

### O ABORTO NA HISTÓRIA DE VIDA DAS MULHERES

A literatura documenta as dificuldades e o significado da experiência de aborto para as mulheres, mas nada é tão eloqüente quanto suas próprias palavras. Os depoimentos das “histórias de vida abreviadas” mostram a angústia, o medo e a solidão que as mulheres que praticam a interrupção de uma gravidez vivenciam.

Uma primeira manifestação deste medo é a tentativa de convencer a assistente social de que o aborto foi espontâneo. Das quarenta mulheres observadas nas entrevistas com assistentes sociais no CAISM, 30 disseram haver tido um aborto espontâneo, fato que não se confirma posteriormente. Ou seja, cientes de que o aborto é considerado crime, elas temem não serem ajudadas pela instituição. Talvez, mais que uma preocupação com a punição legal está o temor ao não atendimento médico, sua última e única fonte de recurso. Temor este que pareceria justificado, se tomamos em conta os resultados das entrevistas com os profissionais responsáveis pelo atendimento. Uma maioria dos entrevistados manifestam-se neutros ou contra o aborto.

A percepção das mulheres sobre um tratamento diferenciado de gênero, de que o profissional do sexo masculino as trataria melhor que as do feminino, também, pareceria fazer sentido, pois todas as mulheres médicas entrevistadas se manifestaram neutras, ou contra a prática do aborto.

“...Passei pelo ambulatório onde me atendeu uma médica que me fez um exame ginecológico que doeu muito. Não gostaria de ser atendida outra vez por ela. O aborto que eu tinha provocado não foi completo por isto no CAISM decidiram fazer uma curetagem. Nessa oportunidade me atenderam uns médicos (homens), desta vez me trataram muito bem. Não senti dor nenhuma...”(Flor e suas aspirações).

### 5.1 Com a palavra as mulheres:

#### Flor e suas aspirações<sup>32</sup>

Jovem de 25 anos, solteira, mora em Campinas, trabalha, não têm convênio médico, não se define por uma religião, estava usando camisinha quando engravidou, provocou o aborto com Cytotec, com um mês e meio de gravidez, depois foi ao CAISM porque não estava passando bem. Lá foi onde falaram a ela que o aborto foi incompleto e que precisava de uma curetagem. Está cursando a última série do segundo grau, sua aspiração é fazer vestibular.

Eu moro em Campinas com umas amigas e tenho 25 anos. Para poder pagar as minhas despesas trabalho de segunda a sexta feira como balconista, meu salário é de 275 reais ao mês, além disso trabalho aos sábados num bar e aos domingos fazendo congelados sob encomenda a domicílio. Devido a que minha mãe ficou viúva e sendo que ainda tenho irmãos menores, na medida do possível tento ajudá-los enviando mensalmente tudo o que eu posso conseguir para ajudar minha família. No momento não tenho convênio médico. Sou batizada pela Igreja Católica, mas gosto dos Espíritas, mas não me defino por uma religião em particular. Estou cursando à noite a última série do segundo grau porque justamente trabalho de dia, depois de terminar vou fazer o vestibular. Esta é uma das

---

<sup>32</sup> Os nomes que aparecem nas histórias de vida são fictícios pelo sigilo da identidade.

minhas metas. Não estou pensando em me casar nem ter filhos e até acho que se algum dia quiser ter filhos, vou adotar. Não quero saber de filhos porque na minha família já passei por vivências nada agradáveis. Meus pais brigavam muito, sofri muito com tudo aquilo e até fiquei contente quando meu pai morreu, porque assim ele iria descansar em paz. Após a morte do meu pai, decidi sair de casa porque eu também não suportava o mau gênio e temperamento da minha mãe.

Há alguns meses que eu estava namorando um moço de 23 anos e por esses azares do destino fiquei grávida. Não foi porque não usei um anticoncepcional nem porque eu não conhecia métodos contraceptivos. Acontece que o meu namorado estava usando camisinha mas mesmo assim alguma coisa não deu certo e a camisinha falhou. Todos podem falar que eu não usei nada para me prevenir, mas não me interessa que acreditem ou não nas minhas palavras. Tudo é verdade, foi assim que aconteceu, foi má sorte mesmo, é incrível que ocorreu na primeira vez que eu tive relações sexuais com ele. Após esse acontecimento terminei com ele, não disse para ele nada sobre a minha gravidez. Anteriormente havia convivido durante um ano e meio com um homem casado de 40 anos e nunca me aconteceu nada.

Quando soube que estava grávida não tive que pensar muito, eu não queria ter filhos, pelo menos por enquanto, portanto decidi abortar. Não tinha outra saída porque um filho atrapalharia minha vida, meu emprego. Sem dúvida que seria despedida, tal como aconteceu com uma outra colega de trabalho. Eu vivo do meu trabalho, preferia morrer durante o aborto que morrer apagada. Eu já tinha escutado que era possível provocar o

aborto mediante vários métodos, então tomei chás. A primeira coisa que tomei foi um chá de canela com um antigripal (cibalena); tomei 16 cibalenas em um só dia. Depois disto, tomei 16 aspirinas com Coca-cola, e não aconteceu nada. Estava desesperada, e não tinha dinheiro para ir ao médico. Contatei por telefone uma clínica no Rio de Janeiro, e eles me disseram que poderiam me atender por 300 reais, e que eu sairia caminhando em umas duas horas. Cheguei a marcar a hora e a data para praticar o aborto. Da clínica falaram para mim que cada dia que passava o preço também iria a aumentar e o limite que eles realizavam o aborto era até os seis meses, caso a gravidez estivesse muito avançada fariam uma cesárea. Mas eu não consegui a grana. Foi então que um amigo me falou sobre o Cytotec. Ele disse que era um abortivo muito eficiente. Acreditei nele e lhe pedi para conseguir o medicamento, o que ele o fez, mediante um outro amigo dele que trabalhava numa farmácia. Pelo Cytotec paguei 180 reais.

Eu tinha um mês e meio de gravidez quando decidi provocar o aborto com o Cytotec. Apenas as minhas duas amigas que moram comigo sabiam do meu problema. Antes de tomar o Cytotec tinha que estar sem comer durante 24 horas, tomei quatro das 6 pílulas de Cytotec às 7 horas da manhã e as outras duas coloquei na vagina. Às 21 horas finalmente desceu um pouco, só senti uma dor muito forte nas minhas costas. Mas nos dias seguintes não estava passando bem, me sentia doente, depois de uma semana não tive outra alternativa senão ir ao Pronto Socorro de UNICAMP, dali me encaminharam para o CAISM. Ali passei pelo ambulatório onde me atendeu uma médica que me fez um exame ginecológico que doeu muito. Não gostaria de ser atendida outra vez por ela. O aborto que eu tinha provocado não foi completo por isto no CAISM decidiram fazer uma curetagem.

Nessa oportunidade me atenderam uns médicos (homens), desta vez me trataram muito bem. Não senti dor nenhuma, foi a primeira vez que tomei anestesia e tive uma sensação agradável. Quando acordei já estava na cama, logo me deram alta e marcaram meu retorno no ambulatório. Me sugeriam o uso de DIU e eu estou de acordo.

### **Clavel e sua decepção**

Jovem de 22 anos, solteira, está estudando faculdade, depende economicamente de seus pais, se apaixonou por um homem casado, não usava de forma constante um método contraceptivo, contou para seu namorado sobre sua gravidez e ele nem se importou, depois dessa decepção decidiu interromper a gravidez, com uma curiosa com sonda. E depois foi no CAISM para uma consulta médica e foi onde falaram para ela que o aborto foi incompleto e que precisava de uma curetagem.

Estou estudando na Universidade e dependo economicamente dos meus pais, tenho 22 anos, sou solteira. Conheci um moço e me apaixonei por ele, era casado, mas eu o queria bastante, não me importou o que me disseram as minhas amigas por sair com um homem casado. Acontece que eu não usava de forma constante um método contraceptivo, só às vezes. Certo dia ocorreu o inesperado, estava grávida, não soube o que fazer, o primeiro que eu fiz foi ir onde meu namorado trabalha, mas ele nem se importou com a minha situação, se fez de desentendido. Na verdade não sabia o que fazer, relatei meu problema para uma amiga. Então tomei a decisão de abortar porque eu queria terminar meus estudos universitários e os meus pais não iriam aceitar continuar me ajudando com um filho. Sabia de alguns métodos para interromper a gravidez, por exemplo soube que tomar umas dez aspirinas com chá de arruda, salsinha e orégano, em alguns casos teve bom efeito, e decidi usar esse método abortivo; sendo que não sabia onde fazê-lo tive que ir onde uma amiga

que mora sozinha, eu fiz o preparado e o tomei em jejum, me deu umas cólicas e vomitei, não me fez efeito. Estava desesperada, ainda mais porque não tinha dinheiro para ir a um médico, depois com uma outra amiga tive que procurar uma curiosa para interromper a minha gravidez. A curiosa falou que o serviço todo iria a custar cem reais e o aborto seria feito na casa dela, era um quarto muito pequeno e totalmente anti-higiênico. Essa senhora na verdade não era uma curiosa que praticava o aborto como meio de vida, segundo ela apenas o fazia como um favor e esporadicamente, a mesma coisa falou para minha amiga, que me apresentou a essa pessoa. Para o aborto a senhora usou uma sonda, senti uma dor muito forte quando a sonda foi introduzida, mas sai caminhando para minha casa. Porém, após dois dias começou-me um sangramento simples e as minhas amigas íntimas me recomendaram ir fazer uma consulta médica, mas como eu não tinha dinheiro tive que ir ao Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de UNICAMP, dali me encaminharam para o CAISM. Neste Centro me fizeram uns exames médicos e acharam que o aborto foi incompleto, e logo me fizeram uma curetagem, depois disso foi encaminhada para planejamento familiar do CAISM onde me aconselharam adotar um método anticoncepcional para não ter mais esse problema da gravidez não desejada. No CAISM eu não falei que tinha me praticado um aborto, porque sentia vergonha e porque achava que os médicos não iriam me atender em forma adequada.

### **Rosa e sua situação econômica**

Jovem de 23 anos, católica, está terminando a faculdade, não têm convênio médico é muito carente economicamente, o namorado dela ajudava com alguns gastos da casa, não usava de forma constante um método contraceptivo, provocou o aborto com uma curiosa experiente, fez a curetagem. E tempos depois foi no CAISM para um tratamento de rotina.

Eu tenho 23 anos, sou católica e estou terminando um curso universitário, não tenho convênio médico. Eu sou muito carente economicamente, a minha mãe me ajuda muito pouco e não me é suficiente, sou órfã de pai. Tive muitos namorados e depois estive com um moço que trabalhava como empregado público, até chegamos a morar juntos. Uma vez que o meu dinheiro não me sustentava, ele me ajudava com alguns gastos da casa mas a sua ajuda era insuficiente, era um moço muito orgulhoso e agressivo. Quando tínhamos relações sexuais ele usava camisinha mas nem sempre isso acontecia, às vezes não tínhamos camisinha; numa dessas fiquei grávida, eu não queria ter o filho mesmo se ele se casasse comigo, porque ainda não é tempo, eu quero terminar meus estudos e poder trabalhar para ajudar à minha família e irmãos, porque com o casamento a gente tem que ter mais responsabilidade com essa nova família que irá se formar. Tudo isso foi a causa que me levou a provocar a interrupção da minha gravidez.

Primeiramente tomei chás diversos, também recorri a injeções que não deram resultado, logo procurei umas amigas que conhecem pessoas que fazem o aborto, era muito caro para mim mas cheguei a conseguir dinheiro emprestado.

A pessoa que me fez o serviço foi uma curiosa muito experiente, era preciso marcar data, me fez o aborto com rapidez e usou anestesia, praticamente me fez uma curetagem e sai caminhando muito bem. Cobrou 300 reais e tinha muita gente com o mesmo problema que o meu, esperando ser atendidos por ela. Era um ambiente muito pequeno e limpo, não me aconteceu nada felizmente, posso recomendar essa curiosa porque é muito boa, praticamente como médico, tem até secretária e enfermagem, e a pontualidade é também destacável, inclusive depois me deram até medicamentos para me fazer uma limpeza.

Tempos depois como não tinha mais dinheiro eu fui para o CAISM-UNICAMP para um tratamento de rotina, apenas uma checagem no ambulatório de revisão pós aborto. Não tenho arrependimento do que eu fiz, porque esse aborto era uma necessidade para mim, iria atrapalhar a obtenção das minhas metas mais próximas.

### **Perla e sua família**

Jovem de 24 anos, católica, estudante, trabalha, mora com seus pais, não têm convênio médico, tem vários irmãos menores, nem sempre usou um contraceptivo, provocou o aborto com uma curiosa que fez uma curetagem. Depois foi para o CAISM para uma checagem para ficar tranqüila.

Eu sou católica, estudante. Trabalho como camelô para poder me sustentar, moro com os meus pais e atualmente não tenho convênio médico. Comecei a namorar mas nada sério porque a minha meta é ser alguém na vida e poder me defender por mim mesma, tenho vários irmãos menores, a minha família eu a considero que é de baixos recursos econômicos, tenho 24 anos de idade. Com meu namorado nem sempre acostumamos usar a camisinha como método contraceptivo e numa das minhas saídas, justamente quando ele não utilizou a camisinha, ocorreu a minha gravidez, praticamente foi um descuido. Eu sabia que não podia ter esse filho, porque ainda não era momento para ter um filho, e conscientemente decidi provocar o aborto.

Após a minha decisão de abortar, optei por provocar eu mesma o aborto assim que primeiro tomei chás de arruda com várias aspirinas, mas não deu resultado. Depois tomei injeção e também nada acontecia, como última alternativa fui onde uma curiosa que eu conhecia por uma outra amiga que também se fez o aborto, me atendeu muito bem, e me fez uma curetagem. Depois para ter certeza de que eu tinha ficado bem decidi ir ao CAISM para uma checagem e ficar tranqüila. No CAISM eu não falei a verdade porque me incomoda que me falem que o aborto é ilegal, que é crime, eu sei de tudo isso e não me

pareceu boa idéia ficar dando satisfações nem ouvir sermões. Então para evitar aquilo pensei que era melhor não falar a verdade.

### **Carla e seu liberalismo**

Jovem de 19 anos , estudante, mora com seus pais, se considera muito liberal, namora com quem conhecer, em uma de suas muitas saídas ficou grávida, provocou o aborto com cinco meses de gravidez, com um médico, por aspiração. Depois foi no CAISM para seu tratamento de rotina.

Sou estudante e moro com meus pais, não tenho convênio médico, tenho 19 anos, católica.

Eu me considero muito liberal porém diria que ainda sou infantil para a idade que eu tenho.

Namoro com quem conhecer, foi assim que em uma das minhas tantas saídas não medi as conseqüências e fiquei grávida, a pior coisa que me aconteceu diante dessa gravidez não desejada era que não sabia realmente quem era o pai. Eu nunca tinha me cuidado com nenhum método contraceptivo, os moços com quem eu saía eram os que se cuidavam, não sabia nem o que é que era bom para abortar. Conteí às minhas colegas e ninguém acreditou em mim, elas somente davam risada de mim, deixei passar o tempo e não sabia o que fazer.

Já tinha cinco meses de gravidez quando decidi ir ao consultório do médico da minha mãe, e conteí toda a verdade para ele. O médico me falou que eu deveria ter lhe procurado antes, que já era tarde demais. Eu implorei para ele, chorei, até que ele aceitou me fazer o aborto por aspiração. Me colocou anestesia, eu estava consciente durante a aspiração, depois ele me fez ver o feto mesmo, eu chorei muito, nunca mais voltarei a me provocar o aborto, acho que essa experiência vai me servir bastante para eu poder mudar o rumo da

minha própria vida. O médico me cobrou 200 reais, e me recomendou para ir a um Centro de Saúde para meu tratamento de rotina, pesquisei e foi para o CAISM, onde me orientaram para eu usar algum método anticoncepcional com a finalidade de evitar uma gravidez não desejada e o perigo de um futuro aborto provocado.

### **Rubia e sua relação de casada**

Jovem de 25 anos, casada, católica, tem um filho, está estudando, trabalha, o marido se comporta mal, agressivo, bate nela, com todos os problemas com seu marido, levou a decisão de provocar o aborto, com três meses de gravidez, praticou o aborto uma médica amiga dela. Depois falaram para ela ir a um centro de saúde, e ela foi para o CAISM, para receber orientação sobre planejamento familiar.

Sou católica e casada, tenho um filho de dois anos. Estou estudando e também trabalho para ajudar com os gastos da minha família, tenho 25 anos. Quando soube que fiquei grávida queria ter esse filho porque pensava que a relação com meu marido iria melhorar, mas ele continuou se comportando mal, era um irresponsável, um viciado porque gosta muito de jogar, vendia as minhas coisas para conseguir dinheiro e continuar jogando, é agressivo e batia em mim, aliás brigou com minha família. Eu não tenho dinheiro e devia morar na casa da minha mãe para evitar gastos maiores.

Os problemas com o meu marido, juntamente com os conselhos da minha família me levaram a decidir a provocar o aborto quando já estava com três meses de gestação. Para praticar o aborto fui onde uma amiga médica, ela praticou o aborto no seu consultório, usou anestesia e não lembro muito bem de tudo porque comecei a ter alucinações devido

ao efeito da anestesia, não passei bem por causa disso, sentia meu corpo tremendo, não posso saber se o aborto foi feito por aspiração ou foi curetagem. A médica não me cobrou nada porque é minha amiga. Meu marido não pode saber de jeito nenhum que eu me provoquei o aborto e não penso contar nada disso para ele. Depois tive um sangrado normal e me aconselharam a receber orientação sobre planejamento familiar, como não tinha convênio médico uma opção foi ir ao CAISM-UNICAMP, ali me colocaram o DIU.

### **Gabi e a reincidência de aborto**

Jovem de 24 anos, católica, estuda a primeira série, ela teve dois abortos, o primeiro aborto aos 21 anos com dois meses de gravidez, o segundo com cinco meses de gravidez, o aborto se fez em uma clínica. Agora ela esta indo para a consulta médica de rotina no CAISM.

Ainda estou estudando a primeira série às noites. Eu tive dois abortos, o primeiro deles aos 21 anos com dois meses de gravidez. Tomei essa decisão de abortar porque o meu namorado não trabalha e eu não tenho dinheiro para sustentar um filho, trabalho em uma loja e ganho muito pouco, um filho obstaculizaria meus planos de evoluir na vida. Através de uma amiga, uma médica me fez de graça o aborto devido à minha situação econômica, apenas paguei o preço da anestesia. A médica falou para mim que nunca mais voltaria a me fazer esse favor, gritou e disse que eu irresponsavelmente não tinha me cuidado com anticoncepcional nenhum.

A minha segunda gravidez que eu decidi interromper aconteceu três anos depois do meu primeiro aborto, tinha cinco meses de gravidez, isso foi porque não consegui o dinheiro

para abortar a tempo, meu namorado estava em outra cidade. Tomei muitos chás com antigripais, tomei injeções, tentei interromper a minha gravidez jogando-me no chão e não aconteceu nada, em vista daquilo contatei com uma amiga que tem irmãs médicas, mas elas tinham viajado, apenas estava o cunhado da minha amiga numa outra cidade, tivemos que viajar com minha amiga, e ele me levou a uma clínica, onde me fizeram o aborto por indução (parto normal), aplastaram a minha barriga, senti toda a dor de um parto, o bebê nasceu morto, me cobraram 350 reais. Não me deixaram sair da clínica porque eu não tinha dinheiro para pagar, então tive que dar o endereço de meu namorado a um amigo a fim de procurá-lo. Felizmente encontraram o meu namorado e ele pagou tudo na clínica. Agora sim acho que já aprendi, não volto a me provocar um aborto, é matar um ser vivo. Agora penso em me cuidar e estou indo para a minha consulta de rotina no CAISM. Sou católica e não possuo convênio médico.

### **Tania e sua maturidade**

Jovem, solteira, católica, estudou até quarta série, trabalha num escritório contábil, não tem convênio médico, ficou grávida, não estava em seus planos ter um filho e decidiu abortar com Cytotec. Para estar segura se o aborto teve sucesso, se dirigiu ao CAISM, foi ali onde falaram para ela que o aborto foi incompleto e precisava uma curetagem.

Eu trabalho num escritório contábil, meu salário é mais ou menos 500 reais por mês, sou católica, estudei até a quarta série, sou solteira e não tenho convênio médico. Fiquei grávida e por não estar nos meus planos ter um filho decidi abortar. Consegui o Cytotec por intermédio de uma amiga, eu mesma pratiquei o aborto na minha casa.

Para me sentir mais segura se o aborto teve sucesso, me dirigi ao CAISM. Foi então que no CAISM me fizeram uma ultra-sonografia e falaram para mim que eu tinha abortado e que o aborto foi incompleto, portanto eu deveria me internar para uma curetagem. No CAISM eu falei a verdade, aceitei ter me praticado o aborto. Eu declarei a verdade com a finalidade de ter um bom atendimento médico e não ter complicações que colocariam em risco a minha vida. Os médicos que me atenderam foram muito legais comigo. Estou ciente do que eu fiz, não estou arrependida, agora colocar o DIU, depois vou retornar para as minhas consultas ginecológicas de rotina.

### **Liz e seu futuro**

Jovem de 24 anos, católica, trabalha, engravidou porque nunca usou um contraceptivo, não pode ter esse filho, quer se realizar como mulher, conhecia muitos abortivos naturais, decidiu praticar o aborto ela mesma e não conseguiu, e depois procurou uma curiosa que fez o aborto com sonda. Depois foi no CAISM, onde fizeram uma curetagem, porque o aborto foi incompleto.

Atualmente trabalho mas o meu salário é muito pouco, tenho 24 anos, sou católica. Engravidei porque nunca me cuidei com algum método anticoncepcional, eu sei que não posso ter esse filho, eu quero me realizar como mulher e um filho atrapalharia minha vida.

Como eu já tinha algum conhecimento e sabia da existência de muitos abortivos naturais, porque escutava a outras pessoas, decidi que eu mesma praticaria o aborto. Tomei de tudo, chá de arruda, orégano, aipo com aspirina, antigripais, aliás me deram injeções porém nada

se passou, além disso sabia que se caso resolvesse ter de todas maneiras o meu filho, ele poderia nascer com alguma malformação, não havia forma, tinha que abortar, era inevitável. Foi então que falei para uma amiga que é obstetra e ela falou para mim que não sabia fazer o aborto, porém me recomendou um médico que poderia fazer. O médico me pediu muito caro e eu não conseguiria pagar. Depois a mesma obstetra me contatou com uma outra amiga que conhecia uma pessoa curiosa que se dedicava a essa prática do aborto. Esta mulher curiosa morava numa favela, eu fui para a casa dela. Essa curiosa usou uma sonda para o aborto, a primeira vez nada aconteceu, depois voltou a colocar a sonda, só foi nessa segunda vez que o aborto deu certo; deu me umas drágeas pequenas para eu tomar. No dia seguinte tive um grande sangramento e não tive mais remédio que ir ao Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de UNICAMP, e dali me encaminharam para o CAISM onde fiquei internada. Me fizeram a curetagem com anestesia, eu não me dei conta de nada, no CAISM não falei que eu provoquei o aborto porque não gosto que me falem que é um crime, que é ilegal, que é punido, etc., porque tudo isso eu já sei. Somente umas amigas sabiam que eu me provoquei o aborto, o meu namorado não chegou a saber de nada em relação ao meu aborto. Agora eu vou tomar pílulas anticoncepcionais, não me sinto arrependida desse aborto, estou ciente que matei uma vida humana mas não tinha outra alternativa, acredito que não é bom trazer ao mundo um filho para que depois ele sofra. Tenho convênio médico, porém não ajudou o fato de ter esse convênio.

### **Lucy e seu namorado**

Jovem de 20 anos, solteira, católica, mora com sua mãe, trabalha, namora com um moço da mesma idade, ficou grávida e decidiu

interromper com um mês e meio com o Cytotec, seu namorado foi quem conseguiu, depois foi no CAISM para uma consulta médica foi ali onde falaram que o aborto foi incompleto e que precisa de uma curetagem.

Solteira, católica e moro apenas com minha mãe que é aposentada, meu pai é falecido, trabalho como secretária numa firma e já terminei o colegial, tenho 20 anos. Eu namoro com um moço da mesma idade que eu, meu namorado era quem se cuidava freqüentemente porém não o fazia sempre. Em algum desses descuidos fiquei grávida, e como não tinha outra alternativa, dada a minha situação familiar decidi interromper a minha gravidez com um mês e meio de gravidez. Sabia do Cytotec, assim que pensei em usá-lo como abortivo, meu namorado foi quem conseguiu o Cytotec via um conhecido dele que trabalha numa drogaria, pagamos duzentos reais por apenas seis Cytotec. Tomei o medicamento na casa de umas amigas, depois de Tomá-lo descansei na casa delas. O primeiro dia não senti nada, depois de três dias tive um pequeno sangramento, passou uma semana e me sentia sem vontade de fazer nada, as minhas amigas me falaram que tinha que ir ao Pronto Socorro da UNICAMP, quando fui me mandaram para o CAISM. Ali agendei uma consulta e eu contei tudo para eles, o médico me indicou para me fazerem uma ultra-sonografia, após a correspondente análise médica me falaram que o aborto não foi completo e que precisava ficar internada porque precisava de uma curetagem. O atendimento dos médicos que me assistiram foi muito bom, depois que eu saí de alta me encaminharam para a assistente social, além disso marcaram meu retorno para o médico no ambulatório, foi ali que me orientaram para eu adotar um método anticoncepcional. Como resultado agora estou tomando a pílula. Por enquanto continuo com meu namorado, e acho que agi bem ao provocar o aborto porque as minhas metas são outras. Primeiramente fazer o vestibular porque neste momento o meu salário é muito pouco. Se eu resolvesse ter o filho seria

despedida de meu trabalho e eu preciso de meu trabalho para o meu sustento e da minha mãe. A minha mãe chegou a saber que eu tinha ficado grávida e que me provoquei o aborto, não me falou nada contra, simplesmente falou para mim que eu fiz o melhor. Não tenho convênio médico.

## **5.2 Considerações sobre as Histórias de Vida**

O perfil das mulheres que prestaram depoimento sobre suas experiências de aborto mostra que estas são jovens, entre 19-25 anos de idade, moram em Campinas e a maioria não tem convênio médico. No momento de engravidar apenas uma das dez estava usando algum tipo de contraceptivo apesar de que todas elas tinham conhecimento. De condição econômica modesta e com expectativas de superação na vida, estas mulheres justificaram o aborto dizendo que o filho significaria um obstáculo para o futuro delas, tanto pessoal como profissionalmente. Ou seja, um discurso aparentemente racional para explicar a interrupção da gravidez.

Com um certo nível educacional as mulheres articulam um discurso que mistura elementos racionais e emocionais de difícil interpretação. No entanto, vão se retomar alguns fragmentos de suas falas para chamar a atenção para aspectos que interessam neste trabalho, tais como:

### **i) A condição de ilegalidade do aborto e os seus riscos:**

“...Essa curiosa usou uma sonda para o aborto, a primeira vez nada aconteceu, depois voltou a colocar a sonda, só foi nessa segunda vez que o aborto deu certo; deu me umas drágeas pequenas

para eu tomar. No dia seguinte tive um grande sangramento e não tive mais remédio que ir ao Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de UNICAMP, e dali me encaminharam para o CAISM onde fiquei internada....”(Liz e seu futuro)

“...Sabia de alguns métodos para interromper a gravidez, por exemplo soube que tomar dez aspirinas com chá de arruda, salsinha e orégano, em alguns casos teve bom efeito, e decidi usar esse método abortivo; sendo que não sabia onde fazer-lo tive que ir onde uma amiga que mora sozinha, eu fiz o preparado e o tomei em jejum, me deu umas cólicas e vomitei, não me fez efeito...”(Clavel e sua decepção)

“...Como última alternativa fui onde uma curiosa que eu conhecia por uma outra amiga que também se fez o aborto, me atendeu muito bem, e me fez uma curetagem...”(Perla e sua família)

## ii) O não arrependimento, a culpa pela interrupção da gravidez e a falta de opções:

“...Agora eu vou tomar pílulas anticoncepcionais, não me sinto arrependida desse aborto, estou ciente que matei uma vida humana mas não tinha outra alternativa, acredito que não é bom trazer ao mundo um filho para que depois ele sofra...”(Liz e seu futuro)

“...acho que já aprendi, não volto a me provocar um aborto, é matar um ser vivo. Agora penso em me cuidar e estou indo para a minha consulta de rotina no CAISM...”(Gabi e a reincidência de aborto)

## iii) A importância do atendimento pós-aborto e o papel do CAISM:

“...Em algum desses descuidos fiquei grávida, e como não tinha outra alternativa, dada a minha situação familiar decidi interromper a minha gravidez com um mês e meio de gravidez. Sabia do Cytotec, assim que pensei em usá-lo como abortivo, meu namorado foi quem conseguiu o Cytotec via um conhecido dele que trabalha numa drogaria, pagamos duzentos reais por apenas seis Cytotec. Tomei o medicamento na casa de umas amigas, depois de Tomá-lo descansei na casa delas. O primeiro dia não senti nada, depois de três dias tive um pequeno sangramento, passou uma semana e me sentia sem vontade de fazer nada, as minhas amigas me falaram que tinha que ir ao Pronto Socorro da UNICAMP, quando fui me mandaram para o CAISM. Ali agendei uma consulta e eu contei tudo para eles, o médico me indicou para me fazerem uma ultra-sonografia, após a correspondente análise médica me falaram que o aborto não foi completo e que precisava ficar internada porque precisava de uma curetagem. O atendimento dos médicos que me assistiram foi muito bom, depois que eu saí de alta me encaminharam para a assistente social, além disso marcaram meu retorno para o médico no ambulatório, foi ali que me orientaram para eu adotar um método anticoncepcional. Como resultado agora estou tomando a pílula...”(Lucy e seu namorado)

“...Para me sentir mais segura se o aborto teve sucesso, me dirigi ao CAISM. Foi então que no CAISM me fizeram uma ultra-sonografia e falaram para mim que eu tinha abortado e que o aborto foi incompleto, portanto eu deveria me internar para uma curetagem. No CAISM eu falei a verdade, aceitei ter me praticado o aborto. Eu declarei a verdade com a finalidade de ter um

bom atendimento médico e não ter complicações que colocariam em risco a minha vida. Os médicos que me atenderam foram muito legais comigo. Estou ciente do que eu fiz, não estou arrependida, agora colocar o DIU, depois vou retornar para as minhas consultas ginecológicas de rotina....”(Tania e sua maturidade)

iv) As pressões das condições de vida, os motivos para abortar e a solidão da decisão:

“...Não estou pensando em me casar nem ter filhos e até acho que se algum dia quiser ter filhos, vou adotar. Não quero saber de filhos porque na minha família já passei por vivências nada agradáveis. Meus pais brigavam muito, sofri muito com tudo aquilo e até fiquei contente quando meu pai morreu, porque assim ele iria descansar em paz. Após a morte do meu pai, decidi sair de casa porque eu também não suportava o mau gênio e temperamento da minha mãe. Há alguns meses que eu estava namorando um moço de 23 anos e por esses azares do destino fiquei grávida. Não foi porque não usei um anticoncepcional nem porque eu não conhecia métodos contraceptivos. Acontece que o meu namorado estava usando camisinha mas mesmo assim alguma coisa não deu certo e a camisinha falhou. Todos podem falar que eu não usei nada para me prevenir, mas não me interessa que acreditem ou não nas minhas palavras. Quando soube que estava grávida não tive que pensar muito, eu não queria ter filhos, pelo menos por enquanto, portanto decidi abortar. Eu tinha um mês e meio de gravidez quando decidi provocar o aborto com o Cytotec. Apenas as minhas duas amigas que moram comigo sabiam do meu problema....”(Flor e suas aspirações)

“...Quando soube que fiquei grávida queria ter esse filho porque pensava que a relação com meu marido iria melhorar, mas ele continuou se comportando mal, era um irresponsável, um viciado porque gosta muito de jogar, vendia as minhas coisas para conseguir dinheiro e continuar jogando, é agressivo e batia em mim, aliás brigou com minha família. Eu não tenho dinheiro e devia morar na casa da minha mãe para evitar gastos maiores. Os problemas com o meu marido, juntamente com os conselhos da minha família me levaram a decidir a provocar o aborto quando já estava com três meses de gestação. Meu marido não pode saber de jeito nenhum que eu me provoquei o aborto e não penso contar nada disso para ele....”(Rubia e sua relação de casada).

v) As desigualdades nas relações de gênero, novos comportamentos, família e expectativas futuras.

“...Tive muitos namorados e depois estive com um moço que trabalhava como empregado público, até chegamos a morar juntos. Uma vez que o meu dinheiro não me sustentava, ele me ajudava com alguns gastos da casa mas a sua ajuda era insuficiente, era um moço muito orgulhoso e agressivo. Quando tínhamos relações sexuais ele usava camisinha mas nem sempre isso acontecia, às vezes não tínhamos camisinha; numa dessas fiquei grávida, eu não queria ter o filho mesmo se ele se casasse comigo, porque ainda não é tempo, eu quero terminar meus estudos e poder trabalhar para ajudar à minha família e irmãos, porque com o casamento a gente tem que ter mais responsabilidade com essa nova família que irá se formar. Tudo isso foi a causa que me levou a provocar a interrupção da minha gravidez...”(Rosa e sua situação econômica)

“...me considero muito liberal porém diria que ainda sou infantil para a idade que eu tenho. Namoro com quem conhecer, foi assim que em uma das minhas tantas saídas não medi as conseqüências e fiquei grávida, a pior coisa que me aconteceu diante dessa gravidez não desejada era que não sabia realmente quem era o pai. Eu nunca tinha me cuidado com nenhum método contraceptivo, os moços com quem eu saía eram os que se cuidavam, não sabia nem o que é que era bom para abortar. Conteí às minhas colegas e ninguém acreditou em mim, elas somente davam risada de mim, deixei passar o tempo e não sabia o que fazer...”(Carla e seu liberalismo).

“...conheci um moço e me apaixonei por ele, era casado, mas eu o queria bastante, não me importou o que me disseram as minhas amigas por sair com um homem casado. Acontece que eu não usava de forma constante um método contraceptivo, só às vezes. Certo dia ocorreu o inesperado, estava grávida, não soube o que fazer, o primeiro que eu fiz foi ir onde meu namorado trabalha, mas ele nem se importou com a minha situação, se fez de desentendido. Na verdade não sabia o que fazer, relatei meu problema para uma amiga. Então tomei a decisão de abortar porque eu queria terminar meus estudos universitários e os meus pais não iriam aceitar continuar me ajudando com um filho...”(Clavel e sua decepção)

## CONCLUSÕES

A proposta deste trabalho foi chamar a atenção para a questão do pós aborto e o papel dos serviços públicos no atendimento deste que é um direito da mulher. Ao concluirmos, cabe dizer que, dentro dos limites do estudo de caso, das mulheres no pós aborto atendidas no Centro de Atendimento Integral a Saúde da Mulher (CAISM) da UNICAMP em Campinas, os resultados apontam para um conjunto de aspectos importantes. A natureza do trabalho não permite uma generalização dos resultados mas estes são indicativos do fenômeno e oferecem subsídios para a discussão mais ampla sobre a legalização do aborto.

Entre os resultados destaca-se um primeiro, que diz respeito ao conhecimento e as práticas contraceptivas. As mulheres, em sua maioria, conheciam os diferentes métodos anticoncepcionais mas não os utilizavam ou faziam mau uso destes, o que as levou a uma gravidez e ao aborto e suas seqüelas. Isto recoloca à discussão sobre a defasagem que existe entre o conhecimento dos métodos anticoncepcionais e seu uso imperfeito ou suas conseqüências não esperadas. Por muito tempo, se assumiu que esta defasagem era algo que se resolveria na medida que houvesse uma combinação perfeita entre educação, crescimento econômico, informação e desenvolvimento tecnológico. No entanto, o recente incremento da gravidez entre adolescentes, bem como o aumento das gravidezes indesejadas e abortos entre mulheres adultas, das mais diversas camadas sociais, colocam em dúvida este argumento e sugerem que o tema é bastante mais complexo. Como tal,

recomenda cuidado com as generalizações e que estudos sobre o tema devem incorporar dimensões objetivas e subjetivas do comportamento.

A discussão anterior se coloca no marco de uma concepção ampla de saúde reprodutiva, com destaque especial para as questões de planejamento familiar, serviços e orientação sobre os contraceptivos mais adequados a cada mulher. Neste sentido, as mulheres atendidas no CAISM fazem parte de uma realidade nacional maior. Por exemplo, dados da PNDS1996 mostra que 100% conhece os métodos e que 75% de homens e mulheres unidos usam atualmente um método (21% usam pílulas e 40% das mulheres atualmente unidas estão esterilizadas); e uma significativa proporção de mulheres abandonam o uso de métodos contraceptivos (43%) (PNDS, BEMFAM). Contrastando estes resultados com os serviços do CAISM se conclui que este centro atende uma demanda importante de mulheres carentes e serve de modelo sobre o tipo de serviços públicos necessários para a saúde reprodutiva das mulheres.

A revisão dos aspectos legais sobre o aborto, feita para diferentes contextos, contribui para as discussões atuais sobre o aborto no Brasil. Encontrou-se que as diferenças mais interessantes na legislação de aborto tem que ver com as varias formas e momentos pelos quais os sistemas legais dos países incorporaram os fatos sociais. Isto porque, na maioria dos países as leis sobre o aborto são do tipo interpretativas e, como tal, representam uma conversão dos fatos sociais em dados legais. As revisões generalizadas pelas quais passaram as leis de aborto nas ultimas três décadas, em países tão diferenciados política, cultural e religiosamente, apresentam algumas causas em comum. Entre estas destacam-se,

os efeitos das discussões sobre o crescimento populacional e da descoberta da pílula anticoncepcional nos anos 60 e mais recentemente, as redefinições nos papéis de gênero e a luta dos movimentos feministas pelo aborto como um direito da mulher.

A trajetória da legislação brasileira sobre o aborto não parece muito diferente do ocorrido em outros países, e ainda que lentamente, os fatos sociais se impõe. As proposições de mudança na lei vigente, que data de 1940 e restringe o aborto aos casos de gravidez por estupro ou quando a vida da gestante corre risco, se avolumam no Congresso Nacional. A pressão social crescente, canalizada pelos movimentos de mulheres que lutam pelos direitos à saúde integral da mulher fez com que a legislação fosse retomada. Assim que, a idéia de obrigar os serviços públicos de saúde a atender os casos de aborto previstos em lei, esse projeto aprovado em uma comissão da câmara dos Deputados, ainda devera ser votado pela câmara e o Senado. Este projeto de lei, agora em trâmite no Congresso Nacional, se aprovado, contribuirá para implementar legalmente direitos reprodutivos da mulher que já constam como princípios da Constituição de 1988. Ao reavivar a polêmica do aborto, o referido projeto também contribui para informar e esclarecer posições, ampliando a participação do público e colocando em outras bases a discussão da legalização do aborto.

A descrição dos riscos e seqüelas do aborto neste trabalho apontam a mortalidade materna como a conseqüência máxima. No Brasil em 1996, a probabilidade era de 8 mortes maternas para mil mulheres em idade reprodutiva (PNSDS, BEMFAM). As estimativas, diretas e indiretas para o período 1980-1990 mostram que a razão de mortalidade materna (RMM) teria sido de ao redor de 200 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Nos

países onde a mulher tem pleno acesso a saúde esta cifra é inferior a 10. As estatísticas brasileiras indicam, também, que o aborto está entre as três ou quatro primeiras causas de mortalidade materna. Os resultados indicam que a prática clandestina do aborto é um fator de risco que eleva ainda mais as probabilidades de mortalidade materna.

O perfil sócio-econômico das mulheres pós-aborto atendidas no CAISM mostra que, as precárias condições de vida que as levaram a interromper a gravidez respondem, também, pelas complicações no pós aborto. São as mulheres pobres e sem seguro médico aquelas que mais recorrem ao aborto clandestino através de métodos tradicionais, com altos riscos para a saúde e de vida. Portanto, as experiências destas mulheres reproduzem o quadro de desigualdade de oportunidades tão conhecido em outros setores da vida nacional e deveriam ser tomadas em conta pelo Estado e pela sociedade na hora do debate sobre a legalização do aborto.

Os depoimentos sobre o aborto na vida das mulheres atendidas no pós-aborto pelo CAISM, devem ser vistos como casos seletivos de histórias de mulheres que sofreram as complicações de um aborto provocado; neste sentido não representariam a experiência de aborto de todas as mulheres. No entanto, dada as condições de ilegalidade do aborto e as elevadas estimativas de abortos provocados no Brasil (1,5 milhões ao ano), bem como o volume dos casos atendidos de pós-abortos (média de 300 casos anuais atendidos só no CAISM), as histórias de vida destas mulheres são ilustrativas da situação. Portanto, as histórias de vida relatadas neste trabalho devem ser tomadas como exemplares de quem são as mulheres que provocam o aborto, suas condições de vida, seus motivos, e necessidades.

A informação biográfica das mulheres que prestaram depoimento sobre suas experiências de aborto mostra que estas são jovens, entre 19-25 anos de idade, moram em Campinas e a maioria não tem convênio médico. No momento de engravidar apenas uma das dez entrevistadas estava usando algum tipo de contraceptivo, muito embora todas elas dissessem ter conhecimento de vários métodos. De condição econômica modesta e com elevadas expectativas de superação na vida, muitas delas justificaram o aborto dizendo que o filho significaria um obstáculo para o seu futuro, pessoal e profissionalmente.

Tomando as histórias de vida, com todos os elementos racionais e emocionais de difícil interpretação, um resultado importante deste trabalho diz respeito a condição de ilegalidade do aborto e o que isto implica em riscos para a saúde e a vida das mulheres. A prática clandestina do aborto, com curiosas ou através do uso de métodos tradicionais, está na raiz do problema das seqüelas do aborto. Paralelamente, fica claro que enquanto não se define a questão legal, o atendimento pós aborto se apresenta como um problema de saúde pública e é um desafio para os serviços nesta área. O CAISM, dentro da filosofia de atendimento a saúde integral da mulher representa um modelo de serviços que deveria ser multiplicado pelo Estado brasileiro.

Um outro conjunto de elementos apresentados pelas mulheres em suas histórias de vida, diz respeito as suas precárias condições materiais apontadas como um dos principais fatores para a pratica do aborto. Estas, somadas as suas expectativas de uma vida melhor para si e/ou para suas famílias definem um quadro restrito ou mesmo de falta de opções.

Ao mesmo tempo, a verbalização generalizada do não arrependimento pela prática do aborto entre as mulheres vem acompanhada de um certo sentimento de culpa.

A solidão no momento de decidir sobre a interrupção da gravidez remeteria a um problema nas relações de gênero bem como ao temor pela punição, pois todas tem claro que o aborto provocado é considerado crime no Brasil. As mulheres entrevistadas, ao partilhar com as amigas mas não com seus companheiros ou familiares, aceitam solitariamente a responsabilidade pelo controle da reprodução. As desigualdades nas relações de gênero, assumidas direta ou indiretamente nas falas, vêm acompanhadas por manifestações de novos comportamentos com relação a sexualidade, casamento e família. Da mesma forma, um projeto individual, com expectativas profissionais e de um futuro melhor para si e para os seus, aparece como argumento entre as justificativas para o aborto provocado.

Concluindo, os depoimentos das mulheres atendidas no CAISM são reveladores de uma combinação de elementos novos e tradicionais de comportamento que permearam suas decisões sobre o aborto e marcam suas histórias de vida. Elementos estes que, certamente, estão presentes na sociedade brasileira e que tanto acirram as contradições em torno à discussão do aborto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDALAFI J., "Responsabilidade Profissional / Ética na Atenção ao Aborto", (mimeo), São Paulo, 1993.
- AZIZE Y., "La Realidad del Aborto en Puerto Rico: Investigar para Educar", ponencia presentada al Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá D.C., Colombia, 1994.
- BALTAR DA ROCHA M.I., "El Parlamento y el Debate sobre el Aborto en Brasil", *ibid.*, Colombia, 1994.
- BALTAR DA ROCHA M.I., "A Questão do Aborto no Brasil: o debate no Congresso", *Estudos Feministas*, Ano 4, N.2/96, pp.381-398, Brasil, 1996.
- BARBOSA R. e ARILHA M., "A Experiência Brasileira com o Cytotec", (mimeo), São Paulo, Brasil, 1992.
- BARRIG M., LI D., RAMOS V. y VALLENAS S., "Aproximaciones al Aborto", SUMBI & The Population Council, Lima, Perú, 1993.
- BARSTED LINHARES L., "Legalização e Descriminalização: 10 Anos de Luta Feminista", *Estudos Feministas*, (mimeo), Rio de Janeiro, Brasil, 1992.
- BENSON J., LEONARD A.H., WINKLER J., WOLF M. and MCLAURIN K.E., "Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions", *Issues in Abortion Care* 2, IPAS, USA, 1992.
- BERQUÓ E., "O Crescimento da População da América Latina e Mudanças na Fecundidade", em *Direitos Reprodutivos*, Fundação Carlos Chagas, São Paulo, Brasil, 1991.
- BERQUÓ E., DE OLIVEIRA M.C.A.F. e DE CAMARGO C.P. (editores), "A Fecundidade em São Paulo: Características Demográficas, Biológicas e Socio-Econômicas", CEBRAP Editora Brasileira de Ciências, São Paulo, Brasil, 1977.
- BERQUÓ E. e MERRICK T.W., "The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility", Committee on Population and Demography, National Academy Press, Washington D.C., USA, 1983.

- BUGALHO A., "Perfil Epidemiológico, Complicações e Custo do Aborto Clandestino. Comparação com Aborto Hospitalar e Parto, em Maputo, Moçambique", Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, São Paulo, Brasil, 1995.
- CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - CAISM, "Relatório de Atividades, Período Janeiro a Outubro de 1995", (relatório interno) apresentado na X Reunião Ordinária do Conselho Técnico Administrativo do CAISM, Unicamp, Campinas, Brasil, Dezembro 1995.
- CHECA S. y ROSENBERG M.I., "Aborto Hospitalizado. Un problema de salud pública, una cuestión de derechos reproductivos", Ediciones El Cielo por Asalto, Buenos Aires, Argentina, 1996.
- CHU M. y VÁSQUEZ A., "Determinantes Socio-culturales del Aborto Inducido en Países en Desarrollo. Caso Peruano", ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá D.C., Colombia, 1994.
- COOK REBECCA J., "Leis e Políticas sobre o Aborto Desafios e Oportunidades", Edições IWHC, International Women's Health Coalition, São Paulo, 1991
- CORRÊA SONIA, "Population and Reproductive Rights: Feminist Perspectives from the South", Zed Books Ltd., London, UK, 1994.
- COSTA R.G., OSIS M.J.D. e HARDY E., "Metodologias Usadas para Estudar Frequência e Questões Relativas ao Aborto Provocado: Principais Problemas e Vantagens", ponencia (Brasil) presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá D.C., Colombia, 1994.
- DI GIOVANNI R., "Projetos de Vida. Um Estudo das Representações Femininas do Aborto", Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Unicamp, Campinas, São Paulo, Brasil, 1983.
- EDITORIA MÉDICA PANAMERICANA, "Aborto: Estudio Clínico, Psicológico, Social y Jurídico", Buenos Aires Argentina, 1972.
- FAÚNDES A., HARDY E. y DUARTE M.J., "Opinión de las Mujeres sobre las Circunstancias en que deberían tener Derecho a Abortar", ponencia (Brasil) presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá D.C., Colombia, 1994.

- FINNEGAN K.J., "Post-Abortion Syndrome : An Emerging Crisis", *American Family Association Journal*, USA, August 1988.
- GOLDANI A.M, "Política de ou para Famílias? Necessidade para quem?", (mimeo); Campinas, Brasil, 1996.
- GARCIA C.T., "Actitudes, Representación Social y Variables Psico-Sociales Relacionadas con el Aborto y la Contracepción: una Integración de Investigaciones", ponencia (Cuba), *ibid.*, Colombia, 1994.
- GABIATTI J., "Características das Mulheres, Frequência, Complicações e Custos do Aborto: suas Variações de acordo com a Comercialização do Misoprostol", Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, São Paulo, Brasil, 1994.
- GIFFIN K.M., "Contracepção e Aborto: A Visão do Método", mimeo, Rio de Janeiro, Brasil, 1993.
- GLICK P.C. (editor), "The Population of the United States of America", *CICRED Series*, 1974.
- HARDY E., REBELLO I., RODRIGUES T. e MORAES T., "Aborto Provocado: Diferenças entre Pensamento e Ação", *Rev. Ginecol. Obstet.*, 2(3) pp.111-116, São Paulo, Brasil, 1991.
- HENSHAW S. and MORROW E., "Induced Abortion: a world review, 1990 supplement", Alan Guttmacher Institute, Nueva York, 1990.
- HERN Warren, "Abortion Practices", J.B.Lippincott Company, Philadelphia, USA, 1990.
- INSTITUTO DE LA MUJER e FLACSO (Editores), "Mulheres Latinoamericanas em Dados - Brasil", Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España, e Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Santiago, Chile, 1993a.
- INSTITUTO DE LA MUJER y FLACSO (Editores), "Mujeres Latinoamericanas en Cifras - Perú", Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España, y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Santiago, Chile, 1993b.
- JOÃO PAULO II, "Carta Encíclica Evangelium Vitae: Sobre o Valor e a Inviolabilidade da Vida Humana", Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 1995.
- LAGUARDIA K.D. et.alii., "10-year review of maternal mortality in a municipal hospital in Rio de Janeiro: A cause for concern", *Obstetrics and Gynecology*, 75, 1, 1990.

- LAURENTI R. et. alii., "Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986 - II Mortes por causas maternas", *Revista de Saúde Pública*, 24(6), 468-72, São Paulo, 1990.
- LUKER, KRISTIN, "Abortion and the Politics of Motherhood", Press. Berkeley, California, 1984.
- KOBLITZ A.H., "Perspectivas Históricas e Interculturales sobre el Control de Fertilidad", ponencia (USA) presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá D.C., Colombia, 1994.
- MACHADO A., "Neuroanatomia Funcional", 2da edição, Editora Atheneu, São Paulo, Brasil, 1993
- MAZZOTTI M., PUJOL G. y TERRA C., "Una Realidad Silenciada: Sexualidad y Maternidad en Mujeres Católicas", Ediciones Trilce, Montevideo, Uruguay, 1994.
- MELLO C. G. DE, "O Sistema de Saúde em Crise", segunda edição, CEBES-HUCITEC, São Paulo, Brasil, 1981.
- MISAGO C., FONSECA W., CORREIA L.L. y NATIONS M., "Determinants of Induced Abortion among Poor Women Admitted to Hospitals in Fortaleza, North Eastern Brazil", ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá D.C., Colombia, 1994.
- MONTEIRO M.F.G., "Interrupções da Gravidez no Brasil", *ibid.*, Colombia, 1994.
- MOROWITZ H.J y TREFIL J., "La Verdad sobre el Aborto, ¿cuándo empieza la vida humana?", Alcor, España, 1993.
- NEUBARDT S. y SCHULMAN H., "Técnicas de Aborto", Editorial Médica Panamericana S.A., Buenos Aires, Argentina, 1976.
- NEUPERT F.R., "Nova projeção da população brasileira: hipóteses baseadas em informações recentes", In: Wong L.R. et.alii. - *Futuro da População Brasileira, Projeções, Previsões e Técnicas*, ABEP, 52-87, Embú, São Paulo, 1987.
- NOONAN, "A Private Choice: Abortion in America in the Seventies", The Free Press, New York, 1979.
- OCEANO (Grupo Editorial Océano), Enciclopedia "Programa de Formación de Padres", Volumen 5: "Educación sexual familiar", Barcelona, España, 1986.

- ORTIZ Adriana (editora), "Razones y Pasiones en Torno al Aborto", The Population Council Inc. & EDAMEX S.A., México, 1996.
- OSIS M. J. D., FAÚNDES A., ALVES G. e BALAREZO G., "Opinião das Mulheres sobre as Circunstâncias em que os Hospitais deveriam fazer Aborto", *Cadernos de Saúde Pública*, 10(3): 320-330, Rio de Janeiro, Brasil, Jul/Sep, 1994.
- PIMENTEL S., "A Sacralidade/Inviolabilidade da Vida e o Aborto: Idéias (In)Conciliáveis?", in 4º. Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexual, NEPO, CEMICAMP, Campinas, Brasil, 8 a 26 de maio de 1995.
- PINOTTI J.A., "Ação e Reflexão: política, educação e saúde", Editora da Unicamp e Editora Papyrus, Campinas-SP, Brasil, 1986.
- PITANGUY J. e GARBAYO L., "A Implementação do Aborto Legal no Serviço Público de Saúde", Cepia, Rio de Janeiro, 1995
- PIZARRO A., "La Experiencia de los Servicios Alternativos en Relación con el Aborto", ponencia presentada al Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santa Fé de Bogotá, D.C. Colombia, 1994.
- QUEIROZ M.S., "Representações sobre Saúde e Doença. Agentes de Cura e Pacientes no Contexto do SUDS", Editora da Unicamp, Campinas, SP, Brasil, 1991.
- ROMERO M. LÓPEZ L. y LANGER A., "Determinantes del Aborto en Adolescentes Mexicanas", ponencia presentada al Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santa Fé de Bogotá, D.C. Colombia, 1994.
- ROYSTON E. y ARMSTRONG S. (editores), "Prevención de la Mortalidad Materna", Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1991.
- SCHOR N., TANAKA A.C., DE ALVARENGA A.T. e DE SIQUEIRA A.A.F., "Mortalidade por Aborto: A Causa não Declarada", ponencia presentada al Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santa Fé de Bogotá, D.C. Colombia, 1994.
- SILVA R.S., "Técnica de Resposta ao Azar (TRA): Uma proposta alternativa", *Anais do VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais - ABEP*, v2, 517-536 - Caxambú, Minas Gerais, 1990.
- SILVA R.S., "Aborto provocado: sua incidência e características. Um estudo com mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), residentes no sub-distrito de Vila Madalena",

- Tese de doutorado, Departamento de Epidemiologia, Universidade de São Paulo, Brasil, 1991.
- SILVA R.S., "Incidencia y Características del Aborto Inducido en São Paulo", ponencia presentada al Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santa Fé de Bogotá, D.C., Colombia, 1994.
- SING S. y WULF D., "Niveles Estimados de Aborto Inducido en Seis Países Latinoamericanos", *ibid.*, Colombia, 1994.
- STOLCKE VERENA, "Derechos Reproductivos", em *Direitos Reprodutivos*, Fundação Carlos Chagas, São Paulo, Brasil, 1991.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, "Aborto Clandestino: Uma Realidade Latino-Americana", The Alan Guttmacher Institute, New York, USA, 1994.
- TIETZE C. and HENSHAW S.K., "A World Review 1986", The Alan Guttmacher Institute, New York, USA, 1986.
- TIETZE, C., "Informe Mundial Sobre el Aborto", Ministerio de Cultura - Instituto de la Mujer, Madrid, España, 1987.
- TOLBERT K., "El Aborto: Qué Papel Juegan los Hombres, Esposos y Compañeros", ponencia presentada al Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá D.C., Colombia, 1994.
- UNITED NATIONS, "Demographic Yearbook", several years from 1965 to 1991, Department of Economic and Social Development, Statistical Division, New York, USA.
- VILLARREAL J. y MORA M., "Embarazo Indeseado y Aborto", Ed. Presencia, Bogotá, Colombia, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, "The Prevention and Management of Unsafe Abortion", Report of a Technical Working Group, Geneva, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, "Complication of Abortions. Technical and managerial guidelines for prevention and treatment", Geneva, 1995.
- ZAMUDIO L., RUBIANO N. y WATENBERG L., "El Impacto Demográfico del Aborto Inducido en Colombia", ponencia presentada al Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá D.C., Colombia, 1994.

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### PORTARIA DE CRIAÇÃO DO CAISM PORTARIA GR-78/91

Dá nova redação à Portaria GR-36/86

*Carlos Vogt, Reitor da Universidade Estadual de Campinas, no uso de suas atribuições legais, resolve:*

*Artigo 1º - A Portaria GR-36/86 de 21.02.86, que define a estrutura e os objetivos do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM, passa a vigorar com a seguinte redação:*

**“Artigo 1º - O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM, criado pela Portaria GR-101/81, tem o seguinte objetivo:**

- I - prestar assistência e realizar atividades de ensino e pesquisa dentro do campo da atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido.

**Artigo 2º - O CAISM é o conjunto de organismos no qual o Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp realiza suas atividades-fins: ensino pesquisa e assistência.**

**Artigo 3º - O CAISM, em consonância com o objetivo enunciado no Artigo 1º, se articulará com:**

**I - A Faculdade de Ciências Médicas através:**

1. do Departamento de Tocoginecologia da FCM-Unicamp, o qual utilizará plenamente suas instalações e facilidades no cumprimento de seus objetivos de ensino e pesquisa nos níveis de Graduação, Pós-graduação e Residência Médica;
2. do Departamento de Pediatria da FCM-Unicamp pela Disciplina de Neonatologia, o qual utilizará plenamente suas instalações e facilidades no cumprimento de seus objetivos de ensino e pesquisa no níveis de Graduação, Pós-graduação e Residência Médica;

3. dos demais Departamentos da FCM-Unicamp que vierem a utilizar as instalações e facilidades do CAISM no cumprimento de seus objetivos de ensino e pesquisa nos níveis de Graduação, Pós-graduação e Residência Médica.

II - com o Hospital de Clínicas da Unicamp, ao qual se integra através do seguintes procedimentos:

1. atendimento de todas as pacientes e recém-nascidos que o procurarem dentro do programa estabelecido e na área de sua competência, oferecendo ao Hospital sua capacidade assistencial;
2. oferecimento, dentro de suas possibilidades, de apoio terapêutico solicitado pelo Hospital para pacientes fora da área de saúde da mulher;
3. o Hospital de Clínicas e a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp oferecerão ao CAISM os seus serviços de apoio, que este não disponha, e sejam necessários ao atendimento médico prestado pelo CAISM.

III - com a Rede de Saúde de Campinas, dentro de suas possibilidades assistenciais, através dos seguintes procedimentos:

1. atendimento às pacientes dos diferentes programas de assistência à mulher desenvolvidos pela Unicamp;
2. atendimento das pacientes referidas pela Rede de Saúde de Campinas.

IV - com o Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), através dos seguintes procedimentos:

1. o CAISM colaborará, dentro de suas possibilidades, com as atividades de pesquisa do CEMICAMP, inclusive cedendo o uso de suas instalações;
2. o CEMICAMP colaborará com o CAISM mediante o oferecimento de toda a sua capacidade administrativa no tocante à coordenação de convênios científicos assinados pelo CAISM, assim como pelo apoio técnico às suas atividades de pesquisa.

**Artigo 4º** - O Corpo Técnico Científico do CAISM é constituído por:

- I - Membros Titulares: os docentes do Departamento de Tocoginecologia e os docentes da Disciplina de Neonatologia do Departamento da Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp,

II - Membros Associados: os docentes dos Departamentos que compõem os Serviços Médicos Complementares e demais docentes referidos no Artigo 3º, inciso I, item 3;

III - Membros Assistentes: o CAISM, de acordo com suas necessidades assistenciais, manterá médicos assistentes próprios, contratados com aprovação dos respectivos Conselhos de Departamentos da FCM-Unicamp - a cujos Conselhos ficarão subordinados e outros profissionais de nível superior de acordo com os interesses expressos no seu objetivo, previsto no Artigo 1º desta Portaria. Os Membros Assistentes prestarão serviços exclusivamente ao CAISM.

**Parágrafo Único** - Todos os profissionais de Saúde que atuam no CAISM se obrigam a colaborar no cumprimento das atividades de docência e pesquisa do Departamento de Tocoginecologia e dos demais Departamentos deles integrantes.

**Artigo 5º** - O CAISM funcionará com a seguinte estrutura:

- I - Conselho Técnico Administrativo.
- II - Diretoria Executiva.
- III - Divisão de Obstetrícia.
- IV - Divisão de Ginecologia.
- V - Divisão de Oncologia.
- VI - Divisão de Neonatologia.
- VII - Divisão de Enfermagem.
- VIII - Divisão Administrativa.
- IX - Divisão de Apoio Técnico.
- X - Divisão de Serviços Médicos Complementares, Laboratórios e Diagnóstico.
- XI - Assessoria de Ensino.
- XII - Assessoria de Pesquisa.

**Artigo 6º** - O Conselho Técnico Administrativo é constituído por:

- I - Diretor do Departamento de Tocoginecologia da FCM-Unicamp, que o preside;
- II - Membro da Universidade Estadual de Campinas, designado pelo Reitor;
- III - Representante da Faculdade de Ciências Médicas, designado pelo Diretor;
- IV - Representante da Prefeitura de Campinas, indicado pelo Secretário de Saúde do Município de Campinas;
- V - Três membros do Departamento de Tocoginecologia, indicados pelo Conselho Departamental;
- VI - Membro representante do Serviço de Neonatologia designado pelo Departamento de Pediatria FCM-Unicamp;
- VII - Representante dos Membros Associados, eleito entre seus pares;

- VIII - Enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem do CAISM;
- IX - Representante dos funcionários que atuarão no referido CAISM, eleito por seus pares;
- X - Representante dos membros assistentes eleito pelos seus pares;
- XI - Diretor Executivo do CAISM, sem direito a voto.

§ 1º - O Presidente do Conselho Técnico Administrativo terá, além do seu, o voto de qualidade.

§ 2º - Os membros do Conselho Técnico Administrativo terão mandato de dois anos, com direito a uma recondução consecutiva, não podendo pertencer simultaneamente à Diretoria Executiva.

§ 3º - Perderá o mandato:

- I - O membro que perder qualquer pressuposto de sua investidura;
- II - O membro que faltar a duas reuniões ordinárias consecutivas sem justo motivo, a juízo do Conselho.

**Artigo 7º** - São atribuições do Conselho Técnico Administrativo:

- I - Traçar as diretrizes gerais do CAISM;
- II - Responder às consultas da Diretoria Executiva;
- III - Avaliar os relatórios semestrais elaborados pelo Diretor Executivo a respeito das atividades de assistência bem como sobre orçamento e planejamento orçamentário do CAISM.
- IV - Envidar todos os esforços para a captação de recursos.

**Parágrafo Único** - O Conselho Técnico Administrativo reunir-se-á ordinariamente duas vezes por ano e, extraordinariamente, quando convocado por 50% de seus membros, ou a pedido do Presidente do Conselho Técnico Administrativo ou do Diretor Executivo.

**Artigo 8º** - A Diretoria Executiva será composta de:

- I - Diretor Executivo;
- II - Chefe da Divisão de Obstetrícia;
- III - Chefe da Divisão de Ginecologia;
- IV - Chefe da Divisão de Oncologia;
- V - Chefe da Divisão de Neonatologia;
- VI - Chefe da Divisão de Enfermagem;
- VII - Chefe da Divisão de Apoio Técnico;
- VIII - Chefe da Divisão de Serviços Médicos Complementares, Laboratórios e Diagnóstico;

- IX - Chefe da Divisão Administrativa;
- X - Chefe do Departamento de Tocoginecologia.

**Artigo 9º** - São atribuições e responsabilidades da Diretoria Executiva:

- I - Administrar os recursos provenientes de dotações orçamentárias;
- II - Administrar recursos eventuais de origem não orçamentária, obedecidas as normas gerais aprovadas a nível da Universidade;
- III - Garantir o cumprimento dos objetivos do CAISM.

**Artigo 10º** - O Diretor Executivo do CAISM será um membro do Departamento de Tocoginecologia que possua pelo menos o título de Doutor, em atividade docente no Departamento de Tocoginecologia por no mínimo cinco anos.

§ 1º - O Diretor Executivo será nomeado pelo Reitor da Unicamp, a partir de lista tríplice elaborada pelo Conselho Técnico Administrativo.

§ 2º - O mandato do Diretor Executivo será de quatro anos.

**Artigo 11º** - São atribuições e responsabilidades do Diretor Executivo:

- I - representar o CAISM;
- II - presidir a Diretoria Executiva;
- III - apresentar semestralmente relatórios assistenciais e financeiros ao Conselho Técnico Administrativo;
- IV - cumprir e fazer cumprir normas e diretrizes emanadas da Diretoria Executiva;
- V - convocar mensalmente reuniões ordinárias.

**Artigo 12º** - O Diretor Executivo será assistido nas suas atividades pelas Assessorias de Ensino e de Pesquisa.

§ 1º - As Assessorias de Ensino e de Pesquisa coordenarão respectivamente, as atividades de ensino e de pesquisa.

§ 2º Todos os projetos de pesquisa a serem desenvolvidos no CAISM deverão ser previamente submetidos à aprovação da Comissão de Pesquisa.

**Artigo 13º** - O CAISM é constituído pelas seguintes Divisões:

- I - Divisão de Obstetrícia;

- II - Divisão de Ginecologia;
- III - Divisão de Oncologia;
- IV - Divisão de Neonatologia;
- V - Divisão de Enfermagem;
- VI - Divisão de Apoio Técnico;
- VII - Divisão de Serviços Médicos Complementares, Laboratórios e Diagnóstico;
- VIII - Divisão Administrativa.

§ 1º - As Divisões de Obstetrícia, Ginecologia, Neonatologia e Oncologia têm por atribuição proporcionar assistência médica integral e especializada aos pacientes do CAISM nas fases de atendimento ambulatorial, emergencial e internação.

§ 2º - A Divisão de Enfermagem tem por atribuição proporcionar assistência de enfermagem integral aos pacientes do CAISM nas fases de atendimento ambulatorial, emergencial e internação.

§ 3º - A Divisão de Apoio Técnico tem por atribuição desenvolver atividades nas áreas de Nutrição e Dietética, Farmácia, Serviço Social, Serviço de Psicologia, Serviço de Fisioterapia, Serviço de Educação em Saúde, CPD e SAME.

§ 4º - A Divisão Administrativa tem por atribuição prestar serviços ao CAISM nas áreas de finanças, material, manutenção, transportes, comunicações administrativas, telefonia, zeladoria, vigilância e recursos humanos.

§ 5º - A Divisão de Serviços Médicos Complementares, Laboratórios e Diagnóstico têm por atribuições desenvolver pesquisa básica e aplicada voltada aos objetivos definidos para o Centro e prestar assistência médica. É composta pelos Laboratórios e pelos Serviços Complementares.

**Artigo 14º** - As Chefias das Divisões de que trata o Artigo 8º são cargos de confiança do Diretor Executivo, sendo por ele nomeadas.

**Artigo 15º** - O CAISM contará com Serviços Médicos Complementares, que são serviços ligados as suas Divisões, e pertencentes às áreas de conhecimentos afins.

§ 1º - São Serviços Médicos Complementares:

- I - Ultra-sonografia
- II - Anestesiologia
- III - Radiologia

§ 2º - As Chefias dos Serviços Médicos Complementares de Anestesiologia e Radiologia serão providas pelos Departamentos afins da FCM, de comum acordo com a

Diretoria Executiva do CAISM e a Chefia da Ultra-sonografia, pelo Departamento de Tocoginecologia.

**Artigo 16º** - Os casos omissos ou pendentes serão decididos pelo Conselho Técnico Administrativo.

**Artigo 17º** - Qualquer alteração na constituição, estrutura e objetivos do CAISM encaminhada pelo Conselho Técnico Administrativo só poderá ser feita com prévia anuência do Conselho Departamental, da Congregação da FCM-Unicamp e do Conselho Universitário”.

**Artigo 2º**- *Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, especialmente as Portarias GR-209/84, de 11.10.86 e GR-242/86, de 14.10.85.*

*Cidade Universitária “Zeferino Vaz”,  
12 de junho de 1991.*

## Anexo 2

### HISTÓRIA DAS INSTITUIÇÕES DE CARIDADE DE CAMPINAS

As instituições de Caridade a seguir, estão localizadas em diversos distritos de Campinas.

#### **1. Casa Caridade João XXIII**

Foi fundado no 06 de Abril de 1977, seu objetivo é de prestar o atendimento às pessoas carentes, principalmente favelados e jovens, dando assistência espiritual reintegrando-os à sociedade. Sua capacidade de atendimento é de 500.

##### Serviços Prestados

Distribuição de sopa

Auxílio alimentar

Orientação jurídica

Orientação e encaminhamento

##### Horário e dias de Atendimento

Sábados, das 7:30 às 18 horas

##### Condições de Admissão

Família carente

#### **2. Centro Comunitário João XXIII**

Seu objetivo é de prestar o atendimento à população carente

##### Serviços Prestados

Auxílio alimentar

Assistência médica

Orientação jurídica

##### Horário e dias de Atendimento

Quartas feiras, às 20 horas

##### Condições de Admissão

Família carente

Bairro

### **3. Clube de Assistência dos Necessitados de Campinas- CANECA**

Foi fundado no ano de 1972, seu objetivo é de prestar atendimento à criança carente e à família

#### Serviços Prestados

Alimentação

Vestuário

Atendimentos diversos

#### Condições de Admissão

Família carente

Município

### **4. Conferência Bom Jesus**

Foi criado no 08 de Junho de 1923, seu objetivo é de prestar atendimento a pessoas desempregadas e carentes, sua capacidade de atendimento é 12.

#### Serviços Prestados

Atendimento dispensarial

Assistência médica

Serviço social

#### Horário e dias de Atendimento

Segundo e quarto Domingo do mês, das 8 às 12 horas

#### Condições de Admissão

Família carente

### **5. Grupo Espírita Casa do Caminho**

Foi criado no 25 de Dezembro de 1961, seu objetivo é de prestar o atendimento à população carente da entidade, sua capacidade de atendimento é 150.

#### Serviços Prestados

Assistência domiciliar

Medicamentos

Atendimento dispensarial

Alimentação

Farmácia

Orientação e encaminhamento

Condições de Admissão

Família carente

Região

**6. Instituição Assistencial Dias Da Cruz**

Foi criado no 10 de Janeiro de 1972, seu objetivo é de prestar atendimento à população carente, sua capacidade de atendimento é 200.

Serviços Prestados

Assistência médica

Atendimento odontológico

Alimentação

Farmácia

Orientação e encaminhamento

Horário e dias de Atendimento

De Segunda à Sexta-feira, das 8 às 16 horas, Sábados, das 8 às 12 horas

Condições de Admissão

Família carente

Região

**7. Serviço de Atendimento e Encaminhamento de Casos - SAEC**

Seu objetivo é de prestar atendimento à pessoa carente envolvendo infância, juventude e velhice, sua capacidade de atendimento é ilimitada.

Serviços Prestados

Alimentação

Documentação diversa

Atendimento na área profissional

Medicamentos

Transportes

Passagens e passes

Atendimento diversos

Protético

Creche

Horário e dias de Atendimento

De Segunda a Sexta-feira das 7:30 às 18 horas

Condições de Admissão

Ser residente em Campinas

Família carente

**8. Primeira Igreja Batista de Campinas**

Foi criado no 03 Outubro de 1907, seu objetivo é de prestar o atendimento à população carente, sua capacidade de atendimento é 750

Serviços Prestados

Atendimento dispensarial

Ambulatório

Arrecadação

Condições de Admissão

Família carente

Município

**9. Paróquia São Pedro Apóstolo**

Foi criado no 31 de Janeiro de 1976, seu objetivo é de prestar atendimento à população carente, e sua capacidade de atendimento é 60.

Serviços Prestados

Auxílio alimentar

Vestuário

Atendimento dispensarial

Serviços hospitalares

Farmácia

Horário e dias de Atendimento

De Segunda-feira a Domingo, das 8 às 18 horas

Condições de Admissão

Família carente

Bairro

## Anexo 3

## GLOSSÁRIO BÁSICO

**bebê** ou **bebé** : criança recém-nascida, criança pequenina; nenê ou neném.

**cureta** : é um instrumento cirúrgico em forma de colher, utilizado para raspagem de uma cavidade orgânica como o útero.

**curetagem** : é uma operação que consiste em retirar com uma cureta corpos estranhos ou partes mórbidas do interior do útero.

**diplóide** : diz-se do núcleo, célula ou organismo que possui o dobro do número haplóide de cromossomos.

**DIU** : dispositivo intra-uterino contraceptivo de matéria plástica que, colocado na cavidade uterina, dificulta a implantação do óvulo fecundado.

**embrião** : organismo que se encontra nas primeiras fases de desenvolvimento, desde o zigoto até o nascimento ou germinação.

**espermatozóide** : gameta masculino, produzido nos testículos, elemento fecundante.

**estrógeno** : hormônio que provoca os fenômenos fisiológicos e comportamentais que precedem e acompanham a ovulação nas mulheres.

**feto** : o produto da concepção na espécie humana a partir do terceiro mês da gravidez até o fim de sua vida intra-uterina.

**fórceps** : instrumento cirúrgico tipo pinça para auxiliar a extração do feto durante um parto difícil.

**gameta** : célula sexuada, masculina ou feminina, haplóide, responsável pela reprodução dos seres vivos.

**haplóide** : diz-se da célula ou organismo que possui apenas a metade do par dos cromossomos homólogos.

**neurônio** : célula diferenciada pertencente ao sistema nervoso.

**ovo** : célula que resulta da fusão de um gameta masculino e de um gameta feminino e que, por divisão, dará um novo ser humano.

**óvulo** : gameta feminino destinado a ser fecundado.

**zigoto** : célula diplóide, resultante da fecundação, que ainda não sofreu divisão celular (ovo).

## Anexo 4

### TRABALHO SOCIAL DO CAISM

O trabalho social do CAISM, desenvolve suas atividades através de programas específicos, levando em conta os seguintes pontos principais:

- a) a atuação do assistente social enquanto membro de uma equipe multidisciplinar na execução das políticas públicas de saúde;
- b) que a prática do serviço social em hospital apresenta características bem definidas, isto é, a maioria de suas usuárias são doentes em busca de solução do problema já instalado;
- c) que a maioria da população usuária deste serviço de saúde apresenta problemas sociais, precisando, assim, a ação profissional em nível de assistência social e socioeducativo;
- d) que o serviço social deve contribuir para a reflexão deste cotidiano e elaborar propostas de intervenção que possam buscar alternativas de superação da problemática social apresentada;
- e) que o serviço social hospitalar visa equacionar as questões sociais da paciente/família e humanizar o atendimento médico hospitalar, tendo presente este atendimento enquanto *direito social*;
- f) que o serviço social deve contribuir e desenvolver pesquisas e estudos na área de saúde integral da mulher.

O atendimento do serviço social operacionaliza-se através da abordagem individual e grupal, mediante:

- a) Orientações sobre normas e rotinas da instituição, necessárias para viabilizar seu tratamento.
- b) Interpretação e orientação sobre direitos sociais e providenciarias, principalmente aos que se referem à área de saúde.
- c) Investigação da realidade social da paciente através do conhecimento das relações familiares e da situação socioeconômica e educacional, levantando aspectos que possam interferir no tratamento.
- d) Entrosamento e encaminhamento aos recursos comunitários, para organizações governamentais/organizações não governamentais.
- e) Equacionar tensões, ansiedades e angústias através de apoio psicossocial.
- f) Possibilitar e/ou facilitar contato entre equipe médica e a família das pacientes.
- g) Subsidiar e interpretar à equipe multiprofissional os fatores psicossociais e econômicos que envolvem a realidade social da paciente.
- h) Visitas domiciliares.
- i) Triagem socioeconômica para liberação de medicação, transporte, lanche/refeição, etc.
- j) Participação em reuniões com equipe multiprofissional, para discussão de casos, de temas, e de rotinas da instituição.
- k) Convocação de pacientes faltosas ou em decorrência de solicitação da equipe.

A operacionalização do trabalho social nas enfermarias, também executa:

- a) As atribuições a até j, relacionadas nas atividades descritas no item serviço social ambulatorial.
- b) Realiza entrevistas de alta hospitalar
- c) Acompanhamento às visitas realizadas pela equipe médica, sistematizadas diariamente ou semanalmente.
- d) Desenvolve ação social junto aos casos em processo de adoção e encaminhamento junto a vara de infância e adolescência de Campinas e região.

Nas enfermarias, também desenvolve-se abordagem grupal, através dos seguintes grupos educativos na:

- 1) Enfermaria de patologia obstétrica
- 2) Grupos de orientação social na enfermaria de alojamento conjunto
- 3) Grupo educativo com pacientes histerectomizadas
- 4) Grupos espontâneos nas diversas enfermarias.

Através da abordagem grupal, tem-se a coordenação e/ou participação do assistente social nos seguintes grupos educativos nos ambulatórios de:

- 1. Ginecologia e adolescentes
- 2. Pré-Natal de adolescentes
- 3. Revisão puerperal
- 4. Programa de laqueadura para grávidas de risco e normais
- 5. Gestante diabética e hipertensa

6. Programa de laqueadura para não grávidas
7. Marcação de cirurgias ginecológicas
8. Programa de controle de câncer mamário
9. Apoio a pacientes com câncer de mama
10. Laborterapia para pacientes mastectomizadas.

## Anexo 5

### MÉTODOS PARA INTERROMPER A GRAVIDEZ

#### A) TÉCNICAS ABORTIVAS TRADICIONAIS

##### Métodos Tradicionais Naturais:

- Abacate e arruda fervidas
- Água de borragem
- Algas
- Aralén (cloroquina)
- Areia verde
- Broto de batata
- Cabaça
- Cebola
- Cominho
- Flor e raiz da retama
- Folhas de “capuli”
- Infusões, bebidas e chás
  - \* Carvalho e abacate
  - \* Maconha
  - \* Salsa e coentro
  - \* Sementes de cabaça
- Junquilho ou varas de junco
- “Matico” (pimenta selvagem)
- Melhoral e “lurica”, arruda ou orégano
- Milho germinado
- Radal
- Raiz de “mullaca”
- Raiz e córtex de aipo
- Raminhos e raízes de salsa
- Ramos de arruda
- Semente de abacate cozida
- Talos de cardenalina
- Talos de ervas para dilatar
- Talos de laminária

- Talos de mamona

Métodos Tradicionais Fabricados:

- Cerveja com aspirina
- Chá com aspirina
- Chá com injeção de hormônios
- Chá de moedas fervidas
- Ervas e cerveja, cevada, ou vinho tinto morno
- Sabão de cuaba
- Substâncias cáusticas
  - \* Ácidos-acetil ou salicílico
  - \* Alúmen
  - \* Azul forte (anil)
  - \* Azul forte com urina
  - \* Formol
  - \* Hipoclorito de sódio
  - \* Lixívia-cloro
  - \* Pastilhas de éter com ervas
  - \* Permanganato de potássio
  - \* Tintura barata de cabelo
- Substâncias saponáceas
- Vinagre

Métodos Tradicionais Físicos:

- Cateter/sonda/"perita"
- Manipulação vaginal/uterina
- Objetos perfurantes
  - \* Agulhas de tricô e crochê
  - \* Arames
  - \* Cabides de roupa
  - \* Colheres
  - \* Lápis
  - \* Palitos
  - \* Varetas de sombrinhas

Rezas

Trauma Voluntário:

- Dança e bebidas alcoólicas
- Esforço prolongado
- Golpes voluntários
- Quedas intencionais:
  - \* De uma árvore, escadaria, etc.

## **B) TÉCNICAS ABORTIVAS CIRÚRGICAS E FARMACÊUTICAS**

### Técnicas Cirúrgicas (Médicas):

- Aspiração por vácuo
- Curetagem de sucção
- Dilatação e curetagem (D&C)
- Dilatação e evacuação (D&E)
- Dilatação e extração (D&X)

### Técnicas Farmacêuticas:

- Contratores uterinos
- Cytotec
- DIU com fins abortivos
- Doses altas de estrógeno
- Ergotrate
- Hipofisinas,
- Injeções de:
  - \* Entocol
  - \* Flavicorpin
  - \* Nupavin
  - \* Pitocin
  - \* Sintocinon
  - \* Tocofinal
- Laxantes
- Ocitócitos com soro
- Prostaglandina veterinária
- Prostaglandinas e uréia
- Quinina

## C) PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS SEGUNDO O PERÍODO DE GESTAÇÃO

### c.1) Primeiro Trimestre (1-12 semanas)

#### Curetagem de Sucção:

Neste procedimento cirúrgico o abortista, pode ser um médico por exemplo, dilata a cérvix introduzindo dilatadores mecânicos de metal ou uma laminária<sup>33</sup> durante umas doze horas antes. O dia do aborto o abortista conecta uma cânula<sup>34</sup> ou máquina de sucção com uma seringa e o insere dentro do útero. A sucção criada pelo vácuo tira para fora o corpo do embrião e desprende a placenta da parede do útero, succionando pedaços do embrião e da placenta e depositando-os numa bandeja; esta técnica abortiva se pratica até a 12a. semana de gravidez (HERN, 1990). Chama-se de método Karman ou de regulação da menstruação à técnica de sucção usando uma cânula e seringa, ambas as duas de Karman, este método é praticado somente até a sexta ou sétima semana de gestação inclusive sem esperar o resultado positivo do teste da gravidez, se realiza sem anestesia e com prévia dilatação do colo do útero (OCEANO, 1986).

#### Dilatação e Curetagem (D&C):

Este método, também denominado de curetagem aguda, há vários anos atrás que deixou de ser o mais comum porque precisa de mais dilatação e mais tempo, e

<sup>33</sup> A laminária é uma substância porosa que dilata gradualmente a cérvix ao absorver líquido.

<sup>34</sup> Cânula é um tubo oco utilizado para manter aberto um orifício do corpo e permitir a passagem de líquidos ou gases.

aliás é considerado menos seguro que a curetagem por sucção. O procedimento consiste em dilatar a cérvix com uma cureta - instrumento cirúrgico semelhante a uma faca em forma de colher - que é inserida dentro do útero da mulher grávida para cortar e despedaçar o embrião, e raspar a parede uterina para desprender a placenta. Os pedaços todos, tanto do embrião como da placenta, são raspados para fora do corpo da mãe, às vezes algumas membranas a mais podem ser involuntariamente desprendidas (NEUBARDT, 1976; HERN, 1990; OCEANO, 1986; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

#### **c.2) Segundo Trimestre (13-26 semanas)**

##### Dilatação e Evacuação (D&E):

Neste período da gravidez o corpo do feto ou embrião é muito grande para ser quebrado pela sucção e não passará através do tubo de sucção, a cérvix necessita de uma maior dilatação que no aborto no primeiro trimestre, isso é usualmente conseguido ao inserir uma laminaria um ou dois dias antes do aborto. O abortista procede então a desmembrar as partes do corpo do feto, o crânio é esmagado e a espinha dorsal é quebrada para facilitar a retirada dos pedaços do feto e da placenta (NEUBARDT, 1976; HERN, 1990; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

### Instilação Salina, de Prostaglandinas e de Úrea:

Estes métodos foram bastante comuns durante as décadas dos 70 e 80, na atualidade não são muito utilizados, segundo estatísticas dos centros para controle de doenças dos Estados Unidos, somente um 0.7% ou aproximadamente 11.200 de todos os abortos reportados em 1991, foram abortos por instalação salina ou de prostaglandinas e de úrea, juntos.

Em um aborto salino o abortista injeta uma solução de sal concentrada através do abdômen da mãe dentro do saco amniótico que circunda o feto. O feto absorve a solução que causa ardor, hemorragia, edema, trauma e eventualmente morte. *A solução salina também origina a contração do útero e a expulsão do feto.*

Nos abortos por prostaglandinas se injeta um hormônio prostaglandino dentro do saco amniótico, o hormônio estimula contrações uterinas que para expelir o feto, que a essas alturas já deve ter morrido, embora por exemplo uma pesquisa em 1978 mostrou que um 7% dos fetos abortados com prostaglandinas mostraram sinais de vida após serem expelidos (HERN, 1990).

Os abortos de úrea são similares aos abortos salinos porém menos efetivos, aliás aparentemente apresentam menos complicações para a mãe. A infusão salina também se combina com um aborto D&E com a finalidade de amolecer os tecidos fetais de forma a conseguir um retiro, dos pedaços fetais e da placenta, mais fácil, seguro e menos doloroso para a mãe (NEUBARDT y SCHULMAN, 1976).

### c.3) Segundo e Terceiro Trimestre

#### Dilatação e Extração (D&X):

Este método abortivo, praticado em etapas avançadas da gravidez, é um dos mais cruéis para o feto, recentemente recebeu bastante apoio para a sua prática nos Estados Unidos graças a uma ação do Congresso desse país em 1996 e durante o governo do Presidente estadunidense Bill Clinton. Esta técnica abortiva não desmembra o feto, ele é partejado intacto sem infusões. Os abortos D&X tomam 3 dias para serem completados, nos primeiros dois dias a cérvix da mulher é dilatada com laminária em até duas sessões com medicação para câimbra. No dia do abortamento as laminárias são retiradas e as contrações são induzidas injetando à paciente com Pitocin. Logo o médico abortista determina, mediante ultra-som, a orientação do feto no útero e localiza as pernas dele, uma delas será segurada com fórceps. O abortista insere uma tesoura (*a pair of scissors*) dentro da base do crânio para criar uma abertura na qual é inserida um cateter de sucção, mediante esse cateter se succionam os conteúdos do crânio, sem seus miolos o crânio se descomprime e é mais fácil de extrair. Logo após o abortista extrai a placenta com fórceps e raspa as paredes uterinas com uma cureta de sucção. A prática deste método abortivo nos Estados Unidos enfrenta uma forte oposição em 1997.