

## *O aborto na Argentina: implicações do acesso à prática da interrupção voluntária da gravidez*

As consequências do aborto inseguro são amplas e podem ser relevadas tanto do ponto de vista sanitário quanto da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. O objetivo deste trabalho é conjugar as visões e traçar um panorama geral sobre as estratégias de acesso à interrupção voluntária da gravidez na atualidade, na Argentina.

Inicialmente descrevemos em termos sanitários e epidemiológicos a situação do aborto na Argentina e refletimos as notáveis diferenças que existem entre as estatísticas nacionais e a situação no interior do país. As províncias localizadas em contextos menos favorecidos oferecem um acesso inequitativo aos serviços de atenção à saúde das potenciais usuárias. Igualmente, em contextos em que a igreja concentra poder de intervenção em temáticas vinculadas à saúde pública, as possibilidades do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos se reduzem notoriamente, ainda quando estes estejam consagrados por legislações de alcance nacional.

Nesse contexto se descrevem especificamente duas possibilidades de acesso à interrupção de uma gravidez não desejada, como são o aborto não punível, contemplado no Código Penal da Argentina, e o aborto com fármacos ou aborto medicamentoso, uma prática cada vez mais estendida entre as mulheres. Pretendemos destacar que ambas as práticas pertencem a âmbitos diferentes. O aborto não punível é reconhecido pela legislação, e nos casos que se ajustam ao Art. 86 do Código Penal, a mulher se encontra em condições de acessar à realização da prática num hospital público. No

entanto, a ingerência dos autodenominados grupos “pró-vida”, assim como a dilação dos processos pela intervenção da justiça diante da interpretação restritiva do citado artigo, intervém obstaculizando o acesso a este direito.

No caso do aborto medicamentoso, trata-se de uma prática ilegal, mas considerada um “método seguro”, tanto em relação ao aborto cirúrgico, quanto fundamentalmente em relação às práticas de autoprovocação do aborto, tradicionais ou domésticas, que ainda se autoinfligem as mulheres, majoritariamente de setores marginais.

Dado que o uso de medicamentos para abortar é um fenômeno que parece se estender com maior força desde a última década, as abordagens desde as ciências sociais e a saúde são recentes e limitadas, e damos conta delas através do relevamento dos principais antecedentes dos estudos sobre o tema. Evidencia-se, nesse parágrafo, a escassez de abordagens que dão conta das representações e práticas das mulheres que atravessam por esse tipo de experiências e suas estratégias para ter acesso a esse tipo de aborto.

Trata-se de um artigo exploratório que pretende revisar o estado da situação sobre o aborto na Argentina na atualidade, por meio da análise da legislação e as principais políticas articuladas ao redor da saúde sexual e reprodutiva.

## **Descrição do contexto epidemiológico**

Na Argentina, o aborto constitui a primeira causa de morte materna em âmbito nacional, registrando-se em 2009 a morte de 89 mulheres, 24 delas entre 24 e 29 anos (DEIS, 2010). Segundo estimações recentes e aproximadas, calcula-se que na Argentina se realizaram entre 486.000 e 522.000 abortos, para o ano 2004-2005 (Pantelides e Mario, 2007, p. 3).<sup>1</sup>

A ocorrência de abortos inseguros,<sup>2</sup> que derivam em abortos incompletos ou com complicações, supõe que requeiram ser atendidos pelos serviços de ginecologia e obstetrícia das instituições de saúde. As estatísticas, mesmo quando são incompletas,<sup>3</sup> indicam que em âmbito nacional, durante o perí-

---

<sup>1</sup> As estimativas correspondem às mulheres de 15 a 49 anos residentes em localidades de 5.000 e mais habitantes (Pantelides e Mario, 2007).

<sup>2</sup> Segundo a OMS, o “aborto inseguro é aquele procedimento realizado por pessoas que carecem da experiência e conhecimentos necessários ou num entorno que carece dos padrões médicos necessários ou ambas as coisas” (OMS, 1997, p. 9).

<sup>3</sup> Os dados correspondem só ao setor público, porque o setor privado não informa dados (MSN, 2005, p. 7), e para o ano 2000, por exemplo, a cobertura da notificação sobre recursos e produção alcança só o 40% (Insua e Romero, 2006).

odo 1995 e 2000, se registrou um aumento dos egressos por aborto de 25.299 casos, o que representou um aumento percentual de 47,8% no período (Insua e Romero, 2006), enquanto o incremento chegou a 57% especificamente no grupo de mulheres entre 20 e 24 anos.<sup>4</sup> A partir do ano 2000, a cifra total de egressos hospitalares por aborto começou a decrescer; entre 2000 e 2005 se reduziu em 13%, e entre 2005 e 2008 em 19%. Desde 2000 até 2008, ano dos últimos dados oficiais disponíveis, a redução no egresso por aborto a nível nacional alcança o 29%. Em todas as regiões do país, a média de idade das mulheres que saíram por aborto foi de 26 anos (Insua e Romero, 2006).

Dado que a legração pós-aborto é a segunda causa de hospitalização de mulheres em idade fértil no país (MSN, 2005, p. 7), podemos supor que a redução do número de internações por complicações a causa de abortos inseguros estaria relacionada ao uso do misoprostol para a interrupção da gravidez. Como detalhamos mais adiante, o aborto farmacológico ou aborto medicamentoso (AM), e seu uso em abortos domiciliares, é uma estratégia que as mulheres estão usando cada vez com maior frequência.

### **Heterogeneidade nos dados sanitários: Argentina e o interior**

A situação no interior do país apresenta particularidades, pois existem diferenças notáveis entre os aparelhos sanitários das províncias. Isso determina que nem todas as estruturas sanitárias estão preparadas da mesma forma para fazer frente a urgências obstétricas, atenção pós-aborto e demais complicações. Também não acionam de maneira equitativa na busca de promover ações e programas para garantir o cumprimento de direitos sexuais e reprodutivos das usuárias, ou oferecendo conselhos e informação vinculada tanto à saúde sexual e reprodutiva, ou sobre as opções disponíveis no caso de pretender interromper a gravidez. Como consequência, as condições de acesso a serviços e oportunidade de atenção à saúde feminina são notadamente desiguais.

As estatísticas nacionais indicam que as complicações relacionadas com o aborto figuram como a primeira causa de morte materna em 14 das 24 províncias nacionais (Romero *et al.*, 2010). A taxa de mortalidade materna

---

<sup>4</sup> Em 1995, isso significou a internação de 13.845 mulheres entre 20 e 24 anos, e no ano 2000 de 21.340 mulheres entre 20 e 24 anos (MSN, 2005, p.7). No entanto, para 2008 o mesmo grupo etário de mulheres apresenta 13.949 internações por aborto, mostrando uma importante redução e alcançando quase o nível de 1995 (DEIS, 2010).

nacional para 2009 é de 5,5 e se coloca nas mesmas cifras que em 1986, quando tinha se iniciado um descenso contínuo (DEIS, 2010).

Províncias tão diferentes em termos socioeconômicos e sanitários apresentam, no entanto, cifras que se colocam acima da média nacional. Catamarca encabeça para 2009 a nível nacional a Taxa de Mortalidade Materna de 16 cada 10.000 n. v., seguida por Formosa com 15, e imediatamente Jujuy com 8,3, enquanto Córdoba se coloca com 7,2, seu nível mais alto desde 1980 (DEIS, 2010).

Mesmo quando se trata de províncias com diferentes estruturas sanitárias e características socioeconômicas, durante o quinquênio 2004-2008, as complicações relacionadas com o aborto se constituíram como a primeira causa de mortalidade materna em todas as províncias citadas (Romero et al., 2010, p. 6). A variação interprovincial se vincula, entre outras coisas, com acesso à atenção de qualidade.

A raiz das diferenças estruturais das regiões, na Argentina, a população que vive em contextos socioeconômicos mais desfavorecidos tem as estatísticas de morbimortalidade mais críticas. Isto reforça um perfil epidemiológico diferenciado, sendo as pessoas mais desfavorecidas as mulheres e meninas pobres, as que habitam em áreas rurais e as indígenas.

Cada uma dessas jurisdições aplica com particulares características as normativas nacionais em saúde (Lei de Saúde Sexual e Reprodutiva, Plano Federal de Saúde, recomendações sobre a atenção pós-aborto e aborto não punível entre outras) e tem adaptado ou criado outras normativas vinculadas à atenção da saúde sexual e reprodutiva para suas jurisdições. Especificamente para as áreas rurais, o Programa de Atenção Primária em Saúde (APS) tem demonstrado ter sucesso na prevenção e conseqüente redução das taxas críticas como a mortalidade infantil, mas menos impacto na mortalidade materna (Drovetta, 2009).

Mas os obstáculos não se limitam às estruturas sanitárias ineficientes ou à inequidade no acesso à atenção à saúde. No interior do país, os grupos de poder e a hierarquia eclesiástica detêm ainda poder suficiente como para ter ingerência em assuntos vinculados estritamente com a saúde pública, como a entrega de anticoncepção gratuita nos centros de saúde e a educação sexual obrigatória nas escolas, ambas ações garantidas pelas leis nacionais (Lei Nacional 25.673/2003 e Lei Nacional 26.150/2008, respectivamente), o que traz como conseqüência a redução no impacto que potencialmente

podariam ter as políticas públicas orientadas ao cumprimento de direitos sexuais e reprodutivos.

Um exemplo dessas ações sanitárias oficiais é o protocolo para a melhoria da atenção pós-aborto<sup>5</sup> elaborado em 2005 pela Direção de Saúde Materno Infantil do Ministério de Saúde da Nação, em que se indica como receber, informar e orientar as mulheres com uma complicação por aborto, e os procedimentos mais convenientes a ser realizados. Nesse sentido, a prestação de melhores serviços pós-aborto tem por objeto garantir a redução da morbimortalidade feminina, dado que a atenção oportuna nessa etapa é determinante na sobrevivência da mulher.

Mais recentemente, tem se começado a implementar ações locais, tendentes a reduzir o impacto do aborto inseguro, através da implementação de zeladoria pré e pós-aborto, um conjunto de ações baseadas no *enfoque de riscos e danos*, implementados inicialmente no Hospital Argerich da Cidade de Buenos Aires.<sup>6</sup> A experiência deriva do caso uruguaio que vem se implementando de forma satisfatória e que, combinado com outras ações, se percebe na redução abrupta da mortalidade materna desse país.<sup>7</sup>

### **Legislação referida ao Aborto Não Punível**

O *Guía Técnica de Atención Integral de los Abortos No Punibles*, editado pelo Ministério de Saúde da Nação em 2007, carteira que se encontrava naquele momento a cargo do Ministro de Saúde Ginés González García, é um potencial instrumento<sup>8</sup> regulador do direito que especifica os casos em que as mulheres, podem ter acesso neste país a um aborto sem penalização. Esta ferramenta amplia a informação sobre quais são os casos em que a interrupção da gravidez implica causas de não punição, segundo o estabelecido no

<sup>5</sup> Trata-se do “Guía para el Mejoramiento de la Atención Pós Aborto”, criada a partir do Decreto de Incorporação ao Programa Nacional de Garantia de Qualidade da Atenção Médica, Resolução 989/2005 do Ministério da Saúde e Ambiente, 17/08/2005. Também estabelece que deva se informar às mulheres sobre sua decisão livre e informada para optar sobre métodos anticonceptivos. Finalmente, remarca um aspecto importante, como a necessidade de oferecer um trato cálido às mulheres que passaram por um aborto, a respeitar a confidencialidade de seu quadro e o direito de tomar decisões sobre sua saúde e fecundidade.

<sup>6</sup> Seu referente é a Dra. Sandra Vázquez, Coordenadora Geral do Serviço de Adolescência do Hospital Argerich e Diretora Executiva da FUSA (Fundação para a Saúde do Adolescente).

<sup>7</sup> As ações estão documentadas em Briozzo *et al.* (2007).

<sup>8</sup> Dizemos *potencial* porque ainda resta que o Ministro da Saúde assine a Resolução Ministerial que a avaliza, pondo fim a uma situação de indefinição a respeito. No entanto, o Guia existe e se aplica, mas com intervenção judicial e sem autonomia da instituição de saúde, em prejuízo dos direitos da mulher.

Código Penal da Argentina ao indicar aquelas especificamente tipificadas em seu artigo 86, incisos 1 e 2. Nele se estabelece que “o aborto praticado por um médico formado com o consentimento da mulher grávida não é punível:

a. em casos de perigo para a vida da mulher (artigo 86, inciso 1º, Código Penal da Argentina), b. nos casos de perigo para a saúde da mulher (artigo 86, inciso 1º, Código Penal da Argentina), c. quando a gravidez seja produto de um estupro (artigo 86, inciso 2º, Código Penal da Argentina), d. quando a gravidez seja produto do atentado ao pudor sobre mulher idiota ou demente (artigo 86, inciso 2º, Código Penal da Argentina). Nesse caso o consentimento de seu representante legal deverá ser requerido para o aborto.

**Essas condições pertencem à denominada “interpretação ampla” do artigo 86, dado que sua redação pouco específica gera permanentes debates em relação a sua interpretação.**

Como consequência, a falta de uma clara e adequada regulamentação da normativa, e a “interpretação restritiva”, impedem que esta seja aplicada em todas as situações que assim o requeiram. No seu lugar, se recorre à saída judicial dos casos, argumentando que a interpretação da lei se presta a controvérsias.

Na maior parte dos casos, os grupos que se autodenominam “pró-vida”, recorrem à intervenção da justiça como um mecanismo dilatatório, que obstaculiza o cumprimento de um direito das mulheres que se encontram em condições de ter acesso a um aborto não punível. Seu objetivo é convencer as mulheres, seus famílias e os juízes, de que se reverta à solicitação do aborto.

Somente a província de Neuquén e as cidades de Buenos Aires e Rosario têm regulamentado o procedimento para a atenção de profissional diante de solicitações de práticas de abortos não puníveis.<sup>9</sup> A respeito, o Comité de Direitos Humanos da ONU, depois de avaliar a situação local, adverte em 2010 sobre a necessidade de que:

o Estado Parte deve modificar sua legislação de forma que a mesma ajude efetivamente às mulheres a evitar gravidezes não desejadas e que as mesmas não tenham que recorrer a abortos clandestinos que poderiam por em perigo suas vidas. O Estado

<sup>9</sup> Trata-se da província de Neuquén através da Resolução Nº 1380 de 28/11/2007; a Cidade de Buenos Aires através da Resolução Nº 1174, de 2007; o Município de Rosario, província de Santa Fe por meio da Ordenança Nº 8166.

deve igualmente adotar medidas para a capacitação de juízes e funcionários de saúde sobre o alcance do artigo 86 do Código Penal<sup>10</sup>

recomendendo sua interpretação ampla, como é feito com outros tratados internacionais com rango constitucional. As interpretações amplas se baseiam, além disso, na Organização Mundial da Saúde (OMS), que define a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doença”.

Enquanto não existir clareza em relação à não punibilidade de determinadas causas de aborto, estabelecidas no art. 86 do Código Penal, que data de 1921, desatualizado e gerador de distorções na sua interpretação, o debate se estende necessariamente à descriminalização ampla, até as 12 semanas, segundo o projeto de lei promovido por organizações feministas e de mulheres e que tem conseguido importantes apoios de diversos atores sociais.

## **O debate pendente sobre a legalização e descriminalização do aborto**

A decisão de intervir efetivamente em temáticas sanitárias ou de saúde pública para favorecer a implementação de avanços em áreas vinculadas aos direitos sexuais e reprodutivos sempre tem sido um caminho incerto que poucos governos argentinos tem assumido com firmeza. A Argentina é um país majoritariamente católico, onde nem sempre se evidencia a separação do Estado e da igreja; onde ainda perdura em exercício um marcado poder eclesiástico e conservador; e onde as instituições governamentais, sejam nacionais ou provinciais, assumiram geralmente posturas conciliadoras com a igreja, e inclusive tem fomentado a implementação de ações aplaudidas pelos autodenominados grupos “pró-vida”.<sup>11</sup> No entanto, podem se advertir avanços em direção à laicidade, como os que têm acontecido a partir da aprovação da Lei de Casamento Igualitário, que permite o casamento entre pessoas do mesmo sexo e conseqüentemente a adoção, e da Lei de Identidade de Gênero que se encontra atualmente em discussão no Parlamento.

<sup>10</sup> Inciso 13. Resolução do Comitê de Direitos Humanos, 98º período de sessões, New York, 8 a 26 de março de 2010.

<sup>11</sup> Governos como o do ex-presidente Menem, responderam à recomendação da CEDAW de 1997 referida para revisar a legislação referida ao aborto, com o estabelecimento do “dia da criança por nascer”, todos os 25 de março desde 1998, mediante o Decreto 1406/98. Alternadamente, persistem algumas iniciativas isoladas como a do Conselho Deliberante da cidade de São Luís, capital dessa província, que declarou o dia 23 de junho de 2011 à cidade como “pró-vida”.

Tudo indica que, para fins de 2011, acontecerá no parlamento argentino um fato histórico. Pela primeira vez será debatido um projeto de Lei que busca a legalização e descriminalização do aborto, até as 12 semanas.<sup>12</sup> Este é o resultado de um longo processo que vem sendo impulsionado fundamentalmente por organizações de mulheres e organizações feministas desde a retomada da ordem democrática em 1983. Esses grupos têm promovido ações propensas a conseguir o cumprimento de direitos adquiridos, como o do aborto não punível e a luta pela ampliação do mesmo a outras causas.

Especificamente esse projeto conta com o apoio de mais de 50 deputados e deputadas e tem viabilizado o que se conhece como “A Campanha pela legalização e descriminalização do aborto”, ou simplesmente “A Campanha”. Essa iniciativa conseguiu até o momento a adesão de aproximadamente 300 organizações sociais que congregam partidos políticos de esquerda, organizações de moradores, de mulheres, feministas e de direitos humanos, também artistas vinculados ao espetáculo e a cultura, instituições educativas e universidades nacionais, através dos conselhos superiores, quem se reuniram em torno da demanda de “*educação sexual para decidir, anticoncepcionais para não abortar, aborto legal para não morrer*”. A intenção tem sido posicionar o tratamento desse projeto de lei, como uma dívida da democracia para com as mulheres argentinas.<sup>13</sup>

Paralelamente às ações que promovem a via legislativa e que buscam somar outros atores da vida social, se continua com a transmissão das demandas através de ações próprias dos grupos sociais que tem feito os direitos sexuais e reprodutivos sua bandeira de luta.

### **Aborto farmacológico ou aborto com medicamentos (AM)**

O descrito até esse momento pretende dar conta de um contexto em que as práticas sobre o corpo feminino são objeto de debates jurídicos, sanitários, morais e religiosos, entre outros. No entanto, a prática do aborto não se detém, mas se adapta aos escassos interstícios que o sistema parece não cobrir.

<sup>12</sup> Projeto de Lei, Nº de expediente 0998-D-2010, com trâmite parlamentar 015 do 16/03/2010, disponível em <http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=se&numexp=0998-D-2010>. Acesso 20/08/2011.

<sup>13</sup> Publicada no dia 08/04/2011 nos principais jornais nacionais e alguns provinciais. Disponível em [http://www.despenalizacion.org.ar/campanias\\_argentina.html](http://www.despenalizacion.org.ar/campanias_argentina.html). Acesso 30/08/2011.

Uma das opções de intervenção que recentemente tem cobrado força é o “Aborto Farmacológico”, definido pela OMS em função de que é um “Aborto Não Cirúrgico” (como a legração e a aspiração intrauterina) mas que, no entanto, não apresenta diferenças substanciais no que se refere à segurança e à eficácia, visto que, do ponto de vista médico, existem escassas situações nas quais se possa recomendar um ou outro, dentro do primeiro trimestre de gravidez (OMS, 2008, p. 8). No nosso país, e dentro das instituições sanitárias, é frequente o uso de misoprostol<sup>14</sup> como uma opção de atenção para a indução do parto e no caso de mulheres que apresentam aborto incompleto, seja este espontâneo ou provocado.<sup>15</sup>

Seu uso obstétrico e ginecológico tem antecedentes e é uma prática de rotina em instituições públicas e privadas de saúde do país, seguindo o esquema da OMS (Távora-Orozco *et al.*, 2009, p. 257). Paralelamente, desde 2007 tem sido incluído dentro do “Guia Técnico para a Atenção Integral dos Abortos Não Puníveis”, promovido no marco do Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável.

Dessa maneira, o aborto farmacológico constitui uma opção positiva tanto para as mulheres como para os prestadores de saúde, entre outras coisas, porque incrementa o acesso ao aborto seguro, inclusive nos procedimentos clandestinos, que constituem praticamente a totalidade dos casos na América Latina (Singh *et al.*, 2009, p. 2).

Por outro lado, o uso de misoprostol para a interrupção voluntária da gravidez significa para as mulheres a possibilidade de modificar autonomamente sua trajetória reprodutiva num contexto com fortes restrições legais e culturais (Vaggione, 2009). No entanto, enquanto existirem deficiências na entrega de informação sobre o seu uso e barreiras na obtenção do medicamento, as

<sup>14</sup> Adverte-se a disponibilidade de drogas diferentes para seu uso em aborto farmacológico, dependendo de cada país. Na Argentina se tem acesso ao misoprostol, mas não à mifepristona, dando conta de uma diferenciação em termos qualitativos da prática com ambos os tipos de drogas, no entanto, “se bem não se realizaram estudos comparativos, a informação disponível sugere que a efetividade do misoprostol só é inferior, o procedimento demora mais e é mais doloroso com maiores efeitos gastrointestinais colaterais que o regime combinado com mifepristona” (Bugalho e col., 2000 *apud* OMS, 2003). Até 2007 se adverte que “a mifepristona e gemeprost não estão disponíveis para sua comercialização na Argentina. (...) a mifepristona, está disponível atualmente somente em poucos países desenvolvidos, só em 35 países no mundo” (MSN, 2007, p.34).

<sup>15</sup> “O Misoprostol, produz contrações no útero e abrandando o colo do útero. As contrações costumam causar o desprendimento do tecido formado pela gravidez, assim como sua expulsão. Seus efeitos começam a ser sentidos em poucas horas ou, em alguns casos, nos 2 ou 3 primeiros dias depois de ter utilizado o medicamento” (CLACAI, 2010, p. 2-3).

mulheres em situação de aborto continuam tendo limitações na sua autonomia, o que aumenta sua vulnerabilidade e as probabilidades de atravessar por uma experiência de aborto inseguro, constituindo um indicador que revela as dificuldades no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Essa situação de diferencial acesso tanto ao medicamento, como a informação vinculada ao mesmo, se aguça segundo o lugar de residência, seja esta a cidade de Córdoba, Formosa ou San Salvador de Jujuy, mais ainda quando dependendo da condição socioeconômica das mulheres, sua exposição a abortos de risco é muito diferente, mostrando como os ingressos continuam sendo um fator-chave no acesso ao aborto em países onde esse ato é ilegal (Guillaume e Lerner, 2007, cap 6).

A iniciativa de grupos de mulheres, para promover a difusão no conhecimento acertado do uso desse medicamento, é uma estratégia tendente a vencer o isolamento e desmotivar o uso de outro método não seguro para interromper a gravidez. Através de seu trabalho, com maior ênfase em áreas metropolitanas, as mulheres estão conhecendo as potencialidades da aplicação de misoprostol para a interrupção voluntária de sua gravidez, como uma opção para ter acesso a um aborto em condições de menor risco, e assim contribuir na diminuição da vulnerabilidade das mulheres em situação de aborto.

Grupos como “Lesbianas e Feministas” levam a frente com sucesso, desde 2009, uma linha de informação sobre aborto “mais informação, menos riscos” e tem editado um manual para a realização de abortos utilizando misoprostol (AA.VV., 2010).<sup>16</sup> A experiência é réplica do que acontece em vários países da América Latina, onde têm se instalado esse tipo de linha de informação, como no Equador (2008), Chile (2009), Peru (2010) e Venezuela (2011).

Sendo assim, e ainda quando essa prática não é considerada legal na maior parte das circunstâncias, o acesso ao misoprostol significa para as mulheres em situação de aborto<sup>17</sup> a possibilidade de autogerir a interrupção voluntária

<sup>16</sup> Disponível em [http://abortoconpastillas.info/wp-content/uploads/2010/10/manual\\_final\\_para\\_publicar.pdf](http://abortoconpastillas.info/wp-content/uploads/2010/10/manual_final_para_publicar.pdf). Acessado em 20/08/2011.

<sup>17</sup> “A “situação de aborto” é o “processo que atravessa qualquer mulher que enfrenta uma maternidade não viável. Todas as mulheres em idade fértil podem enfrentar uma situação de aborto, e a intenção de abortar expressa a inviabilidade da maternidade potencialmente implícita na gravidez que cursa. Não é relevante se a gravidez sobreveio em forma planejada ou acidental, mas a incompatibilidade da potencial maternidade com os planos cruciais da vida da mulher em questão. A situação de aborto conclui quando o conflito se dirime, seja porque a mulher aborta, ou porque aceita a continuidade da gravidez” (RUDA, 2008, p.17).

da gravidez, reduzindo assim os riscos que supõe realizar um aborto inseguro. No entanto, no caso da Argentina, se bem o uso de misoprostol supõe algum grau de autonomia na gestão da decisão e ação de abortar, continuando sendo uma prática clandestina e ilegal. Isso se vê refletido no fato de, além da ilegalidade que supõe o acesso a um aborto seguro não contemplado pelo Código Penal, também existirem obstáculos no acesso ao medicamento, já que por disposições da ANMAT<sup>18</sup> desde 1998 a venda do medicamento da marca comercial Oxaprost®, que contém o misoprostol,<sup>19</sup> deve ser realizada em farmácias e sob a modalidade de receita arquivada, ou também diretamente a profissionais de ginecologia e obstetrícia.

Essa iniciativa, que tem como objeto limitar o acesso ao medicamento no mercado legal, não supõe no entanto seu controle absoluto, dada a existência de circuitos de comércio informal, no qual o preço do medicamento sobe indiscriminadamente, aumentando as restrições econômicas para sua compra<sup>20</sup> e dando lugar à geração de um mercado negro ou paralelo, destinado a estimular o lucro. Tem sido comprovado que algumas farmácias<sup>21</sup> realizam a venda ainda sem a receita e também pode se conseguir o medicamento, inclusive fracionado em doses, através de páginas da *web*. A difusão boca a boca parece ser até o momento a forma de disseminação da informação mais rápida.

Além das ações que levam a frente determinadas organizações, a disponibilidade de informação científica, precisa e confiável sobre seu uso e sua potencialidade como recurso para evitar um aborto inseguro, continua sendo limitada. A autonomia no uso sem conhecimento pode trazer como consequência doses indevidas ou insuficientes do medicamento, e não existe evidência concluinte sobre seu efeito teratogênico, razão pela qual a ênfase das organizações de mulheres se dispõe a dar informação sobre seu uso.

Essas ações se amparam no direito constitucional da livre informação e não podem ser criminalizadas – ainda quando sejam denunciadas através do

---

<sup>18</sup> Administración Nacional de Medicamentos Alimentos e Tecnología Médica.

<sup>19</sup> Combinado com o *diclofenac*, destinado ao tratamento de úlceras gastroduodenais.

<sup>20</sup> O preço regular em farmácias da Argentina, atualmente, é de aproximadamente 75 dólares por caixa com 16 comprimidos. Um aborto cirúrgico realizado por um profissional médico custa entre 450 e 1000 dólares.

<sup>21</sup> No caso de outros países latino-americanos, alguns coletivos de mulheres promovem ações tendentes a gerar uma rede de "farmácias amigas", que se comprometam a vender o medicamento às mulheres em situação de aborto, sem exigir a prescrição médica.

argumento de promover uma prática ilegal – em tanto não se estabeleça que seja delito difundir informação científica sobre o uso de um medicamento.

Tal cenário supõe um acesso diferenciado, e portanto desigual, ao direito das mulheres à saúde, à segurança e à livre informação. Isso implica também uma coerção à autonomia feminina, que aciona sobre a própria trajetória reprodutiva.

Assim sendo, os obstáculos para ter acesso a condições de abortos voluntários (através de medicamentos ou outro) em condições de segurança faz emergir com força as vulnerabilidades de gênero.

### **Avanços no estudo do aborto com fármacos**

Nesta seção vamos nos deter a descrever os antecedentes que, desde a abordagem das ciências sociais e médicas, tem se concentrado em estudar o aborto medicamentoso. A coletânea reflete uma abordagem recente do fenômeno, que ainda está em construção.

Os trabalhos que se referem ao aborto com medicamento têm surgido fundamentalmente na última década e se centram em sua maioria na descrição do uso obstétrico e ginecológico dos medicamentos. Sobre o uso e recomendação do misoprostol, são referência iniludível as produções dos organismos internacionais, entre as que destacam inicialmente as publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997; 2003; 2008) que incluem recomendações sobre o seu uso para abortos farmacológico.

No âmbito da América Latina, destacam-se as contribuições dos grupos de pesquisa do Uruguai (RUDA, 2008; Briozzo, 2002 e Briozzo *et al.*, 2007) que, através do *advocacy*, tem conseguido se converter em pioneiros na geração de políticas para o aborto seguro nesse país e sua vinculação com o cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos. Também se destacam as pesquisas realizadas no Brasil, um dos países pioneiros no uso informal dessa droga (Faúndes, 2007, Costas, 1998 e Barbosa *et.al.* 1993, para citar alguns). Em relação às contribuições dos governos da região, na geração de produções sobre o uso do misoprostol, destaca o caso da Bolívia, através de seu Ministério de Saúde e Esporte (2009) e da Argentina, que introduziram a recomendação do uso deste fármaco na consecução do aborto não punível (MSN, 2007). É válido destacar além disso que uma importante quantidade de produção resultante da pesquisa sobre o uso do misoprostol, destinada tanto a profissionais como a potenciais usuárias, está sendo promovida por

Organizações Não-Governamentais de todo o mundo, entre as que destacam o Consórcio Latino-americano Contra o Aborto Inseguro (CLACAI, 2010). Esses trabalhos se centram fundamentalmente em descrever as possibilidades de acesso ao aborto farmacológico nos países da região e em outros países em vias de desenvolvimento do mundo (Távora-Orozco *et al.*, 2009; Zamberlin, 2009). Similar tarefa leva a frente a organização International Consortium for Medical Abortion (ICMA, 2010), a Gynuity Health Projects (2003; 2009-2010; Raghavan e Bynum, 2009; Singh *et al.*, 2009; Abuabara e Blum, 2004), a Federação Internacional de Planificação Familiar (IPPF/RHO) e The Lancet (Olaya *et al.*, 2006; Romero e Ramos, 2009).

No entanto, a revisão de referências bibliográficas realizada mostra a falta de produções que tratem do ponto de vista da mulher que tenha atravessado um aborto farmacológico, sem poder dessa maneira relevar as estratégias que tem implementado na consecução da interrupção voluntária da gravidez, e que não existem similares trabalhos que revelem a perspectiva dos profissionais ginecologistas e obstetras que interagem com mulheres em situação de aborto.

### **Considerações finais**

Este trabalho pretendeu descrever um aspecto fundamental das inequidades em saúde que inclui as limitações no acesso à saúde sexual e reprodutiva na Argentina, onde o aborto é ilegal. O fenômeno, longe de ser uma problemática só da saúde pública, é também um assunto que deve ser abordado desde a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. Esses direitos têm começado a ser tidos em conta como parte dos direitos humanos das mulheres, como resultado das ações desdobradas por grupos de demanda específicos, que buscam que se revalorizem essas esferas (Tarducci, 2006).

Nesse sentido, organizações de mulheres e organizações feministas reconhecem que os obstáculos no acesso a um aborto seguro constituem mecanismos que inabilitam o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. A Lei Nacional nº 25.673, que estabelece a criação do Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável, implementado no nosso país desde 2003, constitui instrumentos estabelecidos para garantir o cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos, que devem ser ajustados a esses fins. No entanto, a normativa vigente não é garantia suficiente de que a lei se implemente meticulosamente e os direitos consagrados se cumpram.

Essas ferramentas legais, ainda quando não estejam regulamentadas, devem se constituir em garantia do direito a decidir das mulheres, sobre todos os aspectos concernentes a sua saúde sexual e reprodutiva. Sem essa garantia, aplicável à possibilidade de eleição da interrupção da gravidez em situações não contempladas no Código Penal, sobrevêm situações de maternidade forçada e abortos inseguros, como indicadores da inibição para o exercício da liberdade de decisão (RUDA, 2008). Paralelamente, quando o direito ao aborto está contemplado na legislação e a mulher vê dilatada ou obstaculizado seu direito a ter acesso ao mesmo, os direitos adquiridos se vêm claramente vulnerados.

No nosso entendimento, a solução a essa problemática, de saúde pública e de direitos, radica em mudanças legais que só podem ser implementadas através de decisões parlamentárias que garantam mudanças nas leis, acompanhando as mudanças sociais que vêm acontecendo em muitos países onde o aborto é legal. Enquanto isso não acontecer, o cenário descrito continuará quase sem mudanças, gerando gravidez não desejada, altas taxas de morbimortalidade por aborto inseguro, e inequidades no acesso à atenção de qualidade.

### Referências bibliográficas

- AA.VV. (ed.). 2010. *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas: lesbianas y feministas por la descriminización del aborto*. Buenos Aires: El Colectivo.
- ABUABARA, Katrina & BLUM, Jennifer (eds.) 2004. "Prestación de servicios de aborto con medicamentos en los países en desarrollo: guía introductoria". *Population Council, Gynuity Health Projects*. Disponível em: <http://gynuity.org/> Acessado em jun. 2010.
- BARBOSA, Regina Maria & ARILHA, Margareth. 1993. "The Brazilian experience with cytotec". *Studies in Family Planning*, v. 24, n. 4, p. 236-240.
- BRIOZZO, Leonel 2002. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay.
- \_\_\_\_\_; LABANDERA, Ana; GORGOROSO, Mónica & PONS, José Enrique. 2007. "Iniciativas sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo". In: BRIOZZO, Leonel (ed.). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- CLACAI – Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro. 2010. *Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el*

- Caribe*. Disponible em: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/62>. Acessado em: 04/03/2010.
- COSTA S, H. 1998. "Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil". *Int J Gynecol Obstet*, n. 63, p. S131-S139.
- DEIS – Dirección de Estadísticas e Información en Salud. 2010. *Estadísticas vitales e información básica*. Disponible em: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf>. Acessado em: 12/02/2010.
- DROVETTA, Raquel Irene. 2009. "Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la Puna Jujeña, Argentina". *Revista Barbarói*, v. 31, n. 2, p. 139-154.
- FAÚNDES, Anibal de. 2007. *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*. 2º ed. Velazco: FLASOG.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR – IPPF/RHO s/d. "Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas". Disponible em: <http://www.ippfwhr.org/> Acessado em 06/2010.
- GUILLAUME, Agnès & LERNER, Susan. 2007. *El aborto en América Latina y el Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*. Paris: Centre Population et Développement. CD-ROM.
- GYNUITY HEALTH PROJECTS 2009-2010. "Mapa misoprostol aprobado". Disponible em: <http://gynuity.org/> Acessado em 06/2010.
- GYNUITY HEALTH PROJECTS Y REPRODUCTIVE HEALTH TECHNOLOGIES PROJECT. 2003. "Inducción de aborto con misoprostol en embarazos hasta 63 días". Disponible em: <http://gynuity.org/> Acessado em 06/2010.
- ICMA – International Consortium for Medical Abortion. 2010. "Uso de misoprostol en aborto temprano. Información para Proveedores de Salud". Disponible em: <http://www.medicalabortionconsortium.org/> Acessado em 03/06/2010.
- INSUA, Iván & ROMERO, Mariana. 2006. "Morbilidad materna severa en la Argentina: egresos hospitalarios por aborto de establecimientos oficiales". Buenos Aires: CENEP/CEDES.
- INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR MEDICAL ABORTION (ICMA) 2010. "Uso de misoprostol en aborto temprano. Información para proveedores de salud". Disponible em: <http://www.medicalabortionconsortium.org/> Acessado em 06/2010.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (MSN). 2005. "Guía para el

- mejoramiento de la atención post aborto”. Decreto de incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, Resolución 989/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente, 17/08/2005. Disponible em: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf>. Acessado em 10/08/2010.
- \_\_\_\_\_. 2007. “Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles”. Disponible em: [http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia\\_tecnica\\_abortos\\_no\\_punibles.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_tecnica_abortos_no_punibles.pdf). Acessado em 06/2010.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DE BOLIVIA. 2009. “Normas y protocolos clínicos sobre el empleo del misoprostol en ginecología y obstetricia”. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. La Paz: Impresiones Tellez.
- OLAYA, Astudillo; BROWN, Joseph; CARNEY, Sean Alexander; CARTER, Nicola; DEHNEL, Tim; KHAN, Charlotte & SPENCER, Kate. 2006. “The lancet production”. Disponible em: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Acessado em 06/2009.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1997. “Planificación Familiar Post-Aborto: Guía Práctica para Gerentes de Programas”. New York: OMS.
- \_\_\_\_\_. 2003. “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”. Ginebra: OMS. Disponible em: [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3186&Itemid=753](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3186&Itemid=753). Acessado em 06/2010.
- \_\_\_\_\_. 2008. “Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico” Ginebra: OMS.
- PANTELIDES, Edith. A & MARIO, Silvia. 2007. “Morbilidad materna severa en la Argentina: módulo de estimación de la magnitud del aborto inducido”. Buenos Aires: CEDES/ CENEP. Disponible em: <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>. Acessado em 03/2009.
- RAGHAVAN, Sheila & BYNUM, Jillian (eds.). 2009. “Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: guía introductoria” *Gynuity Health Projects*. Disponible em: <http://gynuity.org/> Acessado em 06/2010.
- RED URUGUAYA DE AUTONOMÍAS (RUDA). 2008. “Barreras: investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir”. AUPF, RUDA, IPPF/RHO, Uruguay. Disponible em: <http://www.clacai.org/> Acessado em 06/2010.

- ROMERO, Mariana; CHAPMAN, Evelina; RAMOS, Silvina & ABALOS, Edgardo. 2010. *Hoja informativa, n° 1*: la situación de la mortalidad materna en Argentina, abril de 2010. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Buenos Aires: CEDES-CREP-IIE/ANM.
- ROMERO, Mariana & RAMOS, Silvina. 2009. “El aborto seguro en América Latina: un derecho relegado”. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna: Colección de artículos de The Lancet: Salud y derechos sexuales y reproductivos en América latina y el Caribe: desafíos y oportunidades, Washington, D.C.
- SINGH, Susheela *et al.* 2009. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York: Guttmacher Institute.
- TARDUCCI, Mónica. 2006. “¿Derecho a decidir? salud y derechos reproductivos en debate.” Trabalho apresentado no Citizenship(s): International Congress on Discourses and Practices, Porto, 29 de junho a 1º de julho.
- TÁVARA-OROZCO, Luis; CHÁVEZ, Susana; GROSSMAN, Daniel; LARA, Diana & BLANDÓN, Martha María. 2009. “Disponibilidad y uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y el Caribe”. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, n. 54, p. 253-263.
- VAGGIONE, Juan Marco. 2009. “El aborto: las nuevas fronteras”. *Revista Conciencias Latinoamericana*, edição virtual, março. Disponível em: [http://www.catolicasporelderechoadecidir.net/ver\\_public.php?idp=34](http://www.catolicasporelderechoadecidir.net/ver_public.php?idp=34). Acessado em 10/09/2010.
- ZAMBERLIN, Nina. 2009. “Misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto en el contexto argentino”. Documento del CEDES y CLACAI. Disponível em: [www.clacai.org](http://www.clacai.org). Acessado em 16/06/2010.

## Resumo

O artigo trata de maneira geral as características sociais, políticas e epidemiológicas atuais do fenômeno do aborto na Argentina. Descrevem-se a legislação que permite o Aborto Não Punível e os obstáculos para o seu cumprimento. Além disso, caracteriza-se como as mulheres utilizam o Aborto Farmacológico e as ações dos movimentos sociais que apoiam a legalização do aborto na Argentina. Conclui-se que o Aborto Farmacológico é considerado um “método seguro” mesmo sendo ilegal e, não cotidiano, é utilizado por uma maior quantidade de mulheres, enquanto se aguardam reformas legais que autorizem essa prática.

**Palavras-chave:** política; aborto; saúde; mulheres; Argentina.

## **Abstract**

This paper makes a general approach of current social, political and epidemiological characteristics of abortion in Argentina. It describes the legislation that allows Non Punishable Abortion and the obstacles for its enforcement. Moreover, it shows how women are using Pharmacological Abortion and the actions of social movements that advocate legalizing abortion in Argentina. It concludes that Pharmacological Abortion is considered a “safe method” even though it is illegal. Not being common in everyday life, more and more women use it, while legal reforms are awaited that legalize such practice.

**Key words:** politics; abortion; health; women; Argentina.

Recebido em julho de 2011.

Aprovado em outubro de 2011.