



Parte I

Argentina, Chile, Uruguay e Paraguai



Aborto induzido na Argentina: um contexto cambiante

Silvina Ramos
Mariana Romero
Jimena Arias Feijó

Aborto induzido na Argentina: um contexto cambiante

*Silvina Ramos
Mariana Romero
Jimena Arias Feijó**

O presente trabalho trata da situação atual do aborto induzido na Argentina, do estado do conhecimento sobre esse assunto e da pesquisa sobre o tema. O trabalho está organizado em sete seções. Na primeira, apresenta-se a informação disponível quanto à magnitude do aborto induzido na Argentina. A segunda trata das normas legais vigentes no país que regulamentam a prática do aborto, assim como da respectiva jurisprudência recente, com ênfase especial ao tratamento jurídico do aborto não-punível, isto é, o chamado "aborto legal". A terceira descreve a situação epidemiológica e sanitária do aborto e analisa a informação disponível, destacando as diferenças regionais e sociais do problema. Na quarta, são mostradas as tendências apresentadas nas pesquisas de opinião pública desenvolvidas no país desde a década de 1990 até a atualidade. Na quinta, analisam-se as políticas públicas nacionais e estatais empreendidas nos últimos anos para a melhoria do atendimento pós-aborto e, mais recentemente, o atendimento do aborto legal. A sexta traça o mapa dos principais atores políticos envolvidos no debate e na luta política em torno ao direito à interrupção voluntária da gravidez, descrevendo seu alinhamento ideológico e comportamento político. A última reflete sobre as linhas de pesquisa acerca desse tema desenvolvidas no país, destacando as lacunas de conhecimento e identificando os temas que deveriam ser foco de futuras pesquisas.

Estimativas do aborto induzido

A Argentina constitui uma exceção na região latino-americana, já que nunca participou das séries de pesquisas nacionais de fecundidade realizadas entre as décadas de 1970 e 1980. Provavelmente, a prematura transição da fecundidade e os interesses geopolíticos que fundamentaram as políticas pró-natalistas de diversos governos obstaculizaram o acesso a informações relativas à demanda insatisfeita em planejamento familiar ou às práticas em saúde reprodutiva da população. Isso limitou durante muito tempo a produção de informações que permitissem mensurar a magnitude do recurso ao aborto. Além disso, nas últimas décadas foram realizados poucos estudos sobre populações ou áreas específicas que permitissem ter idéia dessa magnitude, mesmo levando em conta que essa prática era e é amplamente difundida (RAMOS; VILADRICH, 1993).

* Pesquisadoras do Cedes – Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires. Silvina Ramos é diretora do Cedes e vice-coordenadora da Comisión Nacional Salud Investiga, do Ministério da Saúde da Argentina; Mariana Romero também trabalha no Conicet – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Um dos primeiros estudos resultou de uma iniciativa liderada pelo Celade – Centro Latino-americano de Demografia, em que Gaslonde *et al.* (1973) calcularam a proporção de mulheres de 15 a 49 anos, dentre as residentes na Grande Buenos Aires, que alguma vez tinham feito aborto. Entre os resultados, informa-se a razão de abortos por 100 gravidezes, por faixa etária e nível socioeconômico. Essa razão era de zero para as adolescentes de nível alto e médio e crescia desmesuradamente (para 43) entre as de nível socioeconômico baixo; nas mulheres de 20 a 49 anos, era de 23 no nível alto, 16 no médio e 18 no baixo, respectivamente. Outro estudo é o de López e Massautis (1994), no qual uma amostra de mulheres de nível socioeconômico baixo do *conurbano* de Buenos Aires¹ foi entrevistada para calcular a relação entre o número de abortos informados e o número de mulheres de 15 a 49 anos. As autoras estimaram uma taxa de 46,3 abortos por 100 mulheres em idade fértil.

O primeiro estudo contemporâneo que se propôs a estimar o número de abortos anuais no país foi realizado por Aller Atucha e Pailles (1997) que, combinando informações de diversas fontes e para diversos períodos de tempo, calcularam o número absoluto de abortos para 1991, a razão (abortos por mil nascidos vivos em um ano específico) e a taxa de abortos (abortos tidos alguma vez por 100 mulheres de 15 a 49 anos). Esses autores propõem uma estimativa alternativa relacionando o uso de métodos contraceptivos e sua efetividade de uso, indicando que para o ano considerado ocorreram entre 451.000 e 498.000 abortos e que a razão era de 683 abortos por mil nascidos vivos.

Recentemente, no contexto do estudo colaborativo *Morbidad materna severa en la Argentina: prevención y calidad de la atención para reducir la incidencia y las consecuencias adversas del aborto*, apoiado pela Comisión Salud Investiga do Ministério da Saúde, Pantelides e Mario (CEDES, 2007) propuseram estimar o número anual de abortos induzidos utilizando duas metodologias validadas internacionalmente: a que se baseia nas estatísticas de hospitalizações por complicações de aborto (SINGH; WULF, 1994) e o método residual (JOHNSTON; HILL, 1996) baseado em Bongaarts (1978; 1982).

O primeiro método foi amplamente utilizado na América Latina e em outros contextos de acesso restrito à interrupção voluntária da gravidez. O número de hospitalizações por complicações de aborto é ajustado por um multiplicador que permite considerar os abortos induzidos que não requereram hospitalização (e, portanto, não estão incluídos nas estatísticas oficiais). Além disso, esse valor é complementado com as estimativas fornecidas por provedores de serviços e informantes-chave no tocante à prática do aborto no país, tipo de provedores, método utilizado, probabilidade de complicações por método e probabilidade de que a mulher necessite hospitalização. O método residual considera o impacto dos determinantes próximos

¹ Considera-se o *conurbano* de Buenos Aires a região central mais o primeiro anel da Província de Buenos Aires que rodeia a cidade. As autoras não especificam a definição adotada.

proposto por Bongaarts (a prevalência de uniões, de uso de métodos contraceptivos, de aborto e de infertilidade pós-parto) na fecundidade e relaciona a fecundidade observada e a potencial.

Para aplicar o método proposto por Singh e Wulf (1994), foi utilizada a informação proveniente das hospitalizações em estabelecimentos públicos por diagnóstico do ano 2000 (última disponível) e entrevistas com informantes-chave. A informação correspondente à primeira fonte foi corrigida conforme a cobertura e os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (INSUA, 2006). No segundo caso, a informação proveio de uma amostra intencional de provedores e informantes-chave de várias províncias do país. As autoras concluem que, com tal metodologia, e conforme duas hipóteses quanto à qualidade dos dados de hospitalização, é possível obter dois valores (SINGH; WULF, 1994). Na primeira hipótese, as hospitalizações devem ser corrigidas pelo sub-registro dos abortos espontâneos, cujo número poderia ser estimado a partir da relação, proveniente da pesquisa clínica, entre abortos espontâneos no segundo trimestre de gestação (que são os que em maior medida poderiam levar a complicações) e nascimentos (que é igual a 3,41%). Esse cenário somaria um total de 372.000 abortos induzidos anualmente e uma razão de aborto induzido de 0,53 por nascimento. Com a segunda hipótese (que considera que a qualidade dos dados das hospitalizações por aborto é aceitável), não se requerem ajustes por má classificação e só é preciso descontar os abortos espontâneos, proporção muito baixa do total de abortos (10,5%); o número de abortos induzidos em 2000 é de 447.000 e a razão é de 0,64 abortos para cada nascimento.

Para o cálculo por meio do método residual foram utilizados os dados provenientes da *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud* (2004-2005)², as projeções de fecundidade das estatísticas vitais e as projeções de população. Essas fontes permitem o cálculo de diversos fatores de uma equação que, conforme as alternativas de duração da lactância materna no país (indicador da infertilidade pós-parto), tem como resultado um valor que vai de 486.000 a 522.000 abortos anuais entre as mulheres residentes em localidades de 5.000 habitantes ou mais (84% das mulheres) para 2004.

As autoras destacam que devem ser considerados certos pontos fracos inerentes à falta de informação fidedigna, que teve de ser substituída pelos dados disponíveis. No método residual, o fator mais importante, que é a efetividade de uso de contraceptivos pelas mulheres argentinas, teve de ser substituído por estatísticas

² A Pesquisa Nacional de Nutrição e Saúde (ARGENTINA, 2005), desenvolvida pelo Ministério da Saúde, abrangeu mulheres e crianças. Foram selecionadas amostras independentes de crianças de 6 meses a 5 anos de idade, com representatividade provincial (n=1.200 crianças por província); uma amostra de 1.200 crianças de 6 a 23 meses e uma de 2 a 5 anos para pesquisa em profundidade; e ainda uma amostra representativa no nível regional de mulheres de 10 a 49 anos e uma amostra de representatividade nacional de 1.200 mulheres grávidas. A pesquisa incluiu um módulo de saúde sexual e reprodutiva que propiciou informação, desagregada por região, sobre fecundidade, idade da menarca, características do pré-natal, tipo de parto, lugar de atendimento ao parto, consultas ginecológicas e contracepção.

provenientes de outros contextos que podem não representar exatamente a realidade na Argentina. Por outro lado, o método baseado nas hospitalizações foi amplamente utilizado para estimativa do aborto induzido em países com algumas características similares às da Argentina, inclusive vários da América Latina. E, como é sensível à magnitude do multiplicador, depende de estimativas realizadas por informantes qualificados. Esse estudo considerou uma maioria de informantes médicos, que tendem a superestimar as complicações associadas à prática do aborto e, portanto, o multiplicador poderia estar subestimado. Se isso fosse verdade, o número de abortos seria ainda maior do que o que foi estimado por esse método e se aproximaria do resultado da estimativa realizada pelo método residual. Ainda assim, e embora não haja uma convergência exata entre os valores estimados por um e outro método, estes não estão muito distantes entre si; deve considerar-se que as cifras exatas estão entre os valores extremos calculados.

Comparadas com estimativas disponíveis que utilizaram a mesma metodologia, realizadas na década passada em outros países da região, como Brasil, Colômbia, Peru e República Dominicana, as proporções indicam que ocorriam quase 4 abortos por 10 nascidos vivos, enquanto que as estimativas atuais mostram que a Argentina tem uma proporção de abortos induzidos por nascidos vivos mais elevada, ainda maior do que a do Peru, onde em 2001 estimavam-se 52 abortos induzidos por 100 nascidos vivos e uma razão de 52 abortos por mil mulheres de 15 a 49 anos. Ainda considerando possíveis mudanças no tempo, estas cifras indicariam que a Argentina é o país da região com maior proporção de abortos por nascimentos (**Tabela 1**) (AGI, 1994; FERRANDO, 2002).

Estimativas de aborto induzido em países selecionados da América Latina			
País e Ano	Total estimado de abortos induzidos*	Proporção por 100 nascidos vivos	Taxa anual por 100 mulheres de 15 a 49 anos
Brasil, 1991	1.443.350	44	3,65
Colômbia, 1989	288.400	35	3,37
Chile, 1990	159.650	55	4,54
México, 1990	533.100	21	2,33
Peru, 1989	271.150	43	5,19
Repúbl. Dominicana, 1992	82.500	39	4,37

*Casos hospitalizados ajustados, multiplicados pelo fator de correção 5.

Fonte: AGI – The Alan Guttmacher Institute, 1994.

Situação legal do aborto

Tal como na maior parte da América Latina, exceto em alguns pontos do Caribe³, o aborto na Argentina é crime. O Código Penal o tipifica como um delito contra a vida e a pessoa, estabelecendo reclusão ou prisão para quem o efetue ou para a mulher que o provoque ou consinta. O artigo 86 estabelece duas exceções nas quais o aborto não é punível: 1) se o aborto “foi feito com a finalidade de evitar uma ameaça à vida ou à saúde da mãe e se esta ameaça não puder ser evitada por outros meios”; e 2) “se a gravidez for proveniente de um estupro ou de um atentado ao pudor cometido contra mulher idiota ou demente (*sic*). Nesse caso, o consentimento de seu representante legal deverá ser requerido para realizar o aborto” (Código Penal, Livro Segundo, Título I, Capítulo I)⁴.

Desde 1983, ano da recuperação da democracia, foram apresentados no Senado e na Câmara de Deputados do Congresso Nacional um total de 42 projetos de lei para descriminalizar o aborto, totalmente ou somente em algumas circunstâncias, assim como para regulamentar o acesso ao aborto legal. Nenhuma dessas iniciativas foi discutida até o presente e pouquíssimos projetos conseguiram ser discutidos nas comissões das câmaras⁵.

Em dezembro de 2004, o Ministério da Justiça e Direitos Humanos criou, mediante a Resolução nº 303, a Comissão para a Elaboração do Projeto de Lei de Reforma e Atualização Integral do Código Penal⁶. Em julho de 2006, o mesmo Ministério publicou a proposta de reforma do Código Penal elaborada pela comissão de peritos. Nessa proposta foram incluídas algumas considerações no tocante ao aborto, propondo-se considerar “não punível a mulher quando o aborto for praticado com o seu consentimento e dentro dos três meses a partir da concepção, desde que as circunstâncias o tornem justificável (art.93)⁷. Esse anteprojeto nunca chegou a ser

³ Barbados, Cuba, Guiana, Porto Rico e territórios franceses (Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica).

⁴ Segundo esse corpo normativo, as penas por esse delito serão de reclusão ou prisão de três a dez anos, se agir sem consentimento da mulher, sendo que esta pena poderá aumentar até 15 anos se o fato for seguido de morte da mulher; e de reclusão ou prisão de um a quatro anos se agir com consentimento da mulher. Neste caso, a pena máxima é aumentada para seis anos, se o fato for seguido da morte da mulher. Também incorrerão nas penas estabelecidas no artigo anterior e sofrerão, além disso, inabilitação especial pelo dobro do tempo da pena, os médicos, cirurgiões, parteiras ou farmacêuticos que abusarem da sua ciência ou arte para provocar o aborto ou cooperarem para provocá-lo. Adicionalmente, estabelece-se que será punido com prisão de seis meses a dois anos, quem, por meio de violência, provocar um aborto sem ter tido o propósito de provocá-lo, se o estado de gravidez da paciente for notório ou constatado (artículo 87), e que será reprimida com prisão de um a quatro anos a mulher que provocar seu próprio aborto ou consentir que outro o provoque, sendo que a tentativa da mulher não é punível (artigo 88).

⁵ Geralmente, as comissões que devem se pronunciar quanto aos projetos de lei sobre descriminalização do aborto são: na Câmara de Deputados, as comissões de Ação Social e Saúde Pública, Legislação Penal e Família, Mulher, Infância e Adolescência. Na Honorable Câmara de Senadores são as Comissões de Saúde e Esporte, e Justiça e Assuntos Penais.

⁶ A comissão era integrada por um grupo de dez peritos, todos eles homens.

⁷ Pouco se sabe sobre a inclusão das razões justificáveis no texto do artigo 93. Sua redação não faz alusão a qual ou quais seriam os motivos “que o tornem justificável”.

tratado no Congresso porque, pouco depois de sua apresentação pública, foi “retirado” de cena pelo próprio poder executivo que o havia lançado.

Apesar de que o corpo normativo argentino estabelece algumas situações nas quais o aborto não é punível, é comum que as mulheres nessas situações não tenham acesso a um aborto seguro. Com frequência, os profissionais das instituições de saúde exigem uma autorização judicial para realizar a interrupção da gravidez por medo de ser processados pelo delito de aborto ou por má práxis; outras vezes se negam a realizar o procedimento. Por sua vez, alguns juízes consideram improcedente a solicitação do aborto, alegando que não estão facultados a autorizar a prática, já que o Código Penal é inequívoco a esse respeito. Como consequência, salvo em escassas exceções, vige uma proibição total do aborto, incluindo os casos que são permitidos por lei (MOTTA; RODRÍGUEZ, 2001; CHIAROTTI, 2006)⁸.

Esse comportamento habitual dos serviços de saúde, de exigir a autorização judicial para um aborto não-punível, não está previsto na lei e sua exigência discrimina por condição social, afetando especialmente as mulheres pobres, já que as mulheres com mais recursos podem ter acesso ao aborto seguro em clínicas particulares, ou podem assumir o custo de processos judiciais. Por essa razão, a solicitação de autorização judicial para realizar a prática de um aborto não-punível, por parte do pessoal médico, é entendida por alguns especialistas como uma violação dos direitos fundamentais das mulheres, como o direito à vida, à saúde, à integridade, à autonomia pessoal e a não sofrer discriminação (BÖHMER *et al.*, 2006).

Devido a esse cenário de restrições ao acesso a um direito reconhecido no corpo normativo vigente, em 2000 o Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas, em resposta ao relatório periódico apresentado pela Argentina, assim se expressou: “É preocupante para o Comitê o fato de que a criminalização do aborto dissuade os médicos de aplicar esse procedimento sem mandato judicial, inclusive quando é permitido por lei” (ONU, 2000, parágrafo 14). O Comitê recomendou que fossem eliminados todos os obstáculos ao aborto quando este não for punível pela lei e que fosse modificada a legislação nacional para autorizar o aborto em todos os casos de gravidez por estupro.

Ao que foi mencionado até aqui deve-se acrescentar o fato de que nem todos os juízes autorizam a prática, mesmo quando ela é permitida pelo Código Penal. Isso responde a razões de diversas índoles. Por um lado, os juízes muitas vezes rejeitam os pedidos por razões de fundo, por entender que o caso não está amparado pelo

⁸ Nesse sentido, Andrés Gil Domínguez (2000) entende que “[...] é necessário destacar que a solicitação de autorização judicial nos casos de abortos voluntários enquadrados no art. 86 do Cód. Penal implica, na realidade argentina, uma situação discriminatória que gera um menosprezo do gozo ou exercício dos direitos fundamentais em condições de igualdade por condição socioeconômica... Evidentemente, uma mulher com recursos diante do perigo para sua vida ou saúde, ou em caso de estupro, não terá que passar por um cansativo e talvez caro processo judicial que a exporá à opinião pública, mas sim recorrerá a um médico diplomado que consumará a intervenção. Enquanto as mulheres com menos recursos, mediante a solicitação em um hospital público, deverão submeter-se a um processo judicial”.

artigo 86 do Código Penal. Outros juízes rejeitam as solicitações por questões formais. Como exemplo, alguns magistrados, logo depois de afirmar corretamente que a decisão está nas mãos dos médicos e da mulher, terminam rejeitando, por esse motivo, a autorização judicial. Desse modo, impedem o aborto todas as vezes que o médico se nega a praticá-lo sem a autorização judicial. No mesmo sentido, podem ser encontrados casos em que os juízes, por razões similares, rejeitam autorizações para realizar a indução de partos de fetos anencefálicos. Assim, consideram que não são competentes para autorizar esse tipo de intervenção e rejeitam a autorização solicitada. Para isso, muitos se apóiam no argumento de Bidart Campos (1985), segundo o qual “se o que está sendo pedido é uma autorização para fazer algo que não é delito, a autorização é desnecessária, porque ninguém pode ser obrigado a não fazer o que a lei não proíbe”. Por outro lado, “se for uma conduta que possa ser enquadrada no Código Penal, ninguém pode autorizar, porque o juiz não pode dar vênias para delinquir”. Outra posição assumida consiste em aceitar que são competentes para julgar as solicitações feitas – mas para recusá-las. Como é óbvio, nesses casos estamos diante de um ato da autoridade pública que lesa os direitos das mulheres. Frente a esse tipo de argumento, é procedente o amparo previsto no artigo 43 da Constituição Nacional: os juízes devem intervir porque o contrário significa privação do acesso à justiça. Sem dúvida, a autorização judicial não é necessária e a decisão de praticar o aborto terapêutico a partir do diagnóstico médico está nas mãos da mulher. Por isso, diante da recusa por parte dos médicos de praticar os casos de aborto permitidos pelo Código Penal, os juízes devem intervir quando as mulheres assim o solicitarem. Do contrário, as mulheres ficam presas entre a negativa médica e judicial, ferindo-se assim seus direitos mais fundamentais.

Os casos de aborto legal previstos pelo Código Penal raramente foram avaliados pelo poder judiciário. Essa situação deve-se, entre outras, a concepções religiosas arraigadas e a uma aplicação enviesada de tratados internacionais que protegem o direito à vida desde a concepção. Em linhas gerais, as decisões judiciais centram-se fundamentalmente em proteger o “direito à vida” do feto. O direito à vida e à saúde das mulheres, à privacidade, à não-discriminação, à autodeterminação reprodutiva, a uma vida livre de violência e à não-submissão a tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, reconhecidos pela Constituição argentina e pelos tratados internacionais de direitos humanos, embora sejam elementos relevantes dentro da discussão e contrapesem as afirmações tradicionais, tiveram até este momento pouquíssima relevância na jurisprudência nacional (BERGALLO, 2007)⁹. Tudo isso apesar de que, como já mencionado, os mesmos órgãos encarregados de interpretar e velar pelo cumprimento dos instrumentos internacionais não somente se pronunciaram sobre a compatibilidade desses com a legislação favorável a diferentes

⁹ O objetivo do trabalho (BERGALLO, 2007) é analisar os debates surgidos a partir dos casos julgados pelos Tribunais Supremos das províncias de Buenos Aires e Mendoza.

tipos de aborto, como também expressaram sua preocupação e fizeram recomendações ao Estado argentino para que seja revisada a norma que regulamenta o assunto e, em especial, para que sejam removidos os obstáculos para o acesso ao aborto nos casos em que é legalmente permitido (ONU, 2000)¹⁰.

Por sua vez, o Supremo Tribunal de Justiça do país somente se pronunciou sobre o aborto em duas ocasiões: em 2001, avalizando a realização de uma "indução do parto" em um caso de anencefalia (destacando expressamente que não se tratava de um aborto dada a idade gestacional); e em 2002, proibindo a comercialização de uma apresentação comercial da contracepção de emergência por considerá-la abortiva. Na primeira decisão, somente após terminar a discussão sobre a inviabilidade do feto o Tribunal introduziu timidamente as mulheres como pessoas com direitos próprios, dignos de ser protegidos. Na segunda, não houve qualquer referência às conseqüências da proibição do fármaco na vida e na saúde das mulheres.

Nos últimos anos, diferentes tribunais, inclusive o Supremo Tribunal da Província de Buenos Aires, emitiram sentenças em casos de mulheres com indicação médica para realizar um aborto terapêutico, ou em casos de mulheres judicialmente declaradas incapazes que ficaram grávidas após um estupro, que reforçam a punibilidade desses abortos e consideram suficiente a indicação médica (Supremo Tribunal de Justiça da Província de Buenos Aires, sentença definitiva na causa Ac. 95.464, "C.P.d.P.A.K. sobre autorização", de 27 de junho de 2005, e sentença definitiva na causa Ac. 98.830, "R., L.M. 'NN Pessoa não nascida. Proteção Denúncia", de 31 de julho de 2006). Nessa mesma linha, cabe destacar também um parecer da Procuradoria Geral da Cidade de Buenos Aires, de 2004, que, frente ao pedido de autorização de um hospital para realizar um aborto em uma mulher cuja gravidez implicava risco à sua vida, enfatiza a responsabilidade profissional dos médicos e do Estado diante das possíveis conseqüências para a vida da mulher se não fosse realizado o aborto (Parecer da Procuradora Geral da Cidade de Buenos Aires n.26433/04).

Apesar das interpretações restritas que a justiça fez das duas razões de descriminalização, algumas sentenças recentes merecem ser destacadas por seguir outra direção. Por um lado, a sentença sem precedentes de uma juíza de menores de primeira instância da Cidade de Mar del Plata que autorizou a realização de um aborto em uma menina de 14 anos estuprada por seu padrasto, aplicando o inciso 1º do artigo 86 do Código Penal. A juíza baseou-se na definição de saúde da Organização Mundial da Saúde: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades ou doenças", e autorizou a prática para evitar os riscos para a saúde psíquica e física da menina. Por sua vez, o tribunal de segunda instância confirmou a sentença de primeira instância e, além disso, considerou que o

¹⁰ A propósito, lembra-se o caso da peruana Karen Llantoy que, grávida aos 17 anos de feto anencefálico, teve recusado seu pedido de aborto terapêutico. Seu caso foi posteriormente levado ao Comitê de Direitos Humanos da ONU (2005), que obrigou o governo peruano a indenizá-la.

caso também se enquadra no inciso 2º, porque se trata de uma gravidez fruto de uma violação¹¹. Devido às sucessivas apelações da Defensora de Menores que agiu de ofício em representação do direito à vida do não-nascido, o caso chegou até a máxima instância judicial da província, o Supremo Tribunal de Justiça da Província de Buenos Aires, porém a menina abortou espontaneamente e o caso foi dado como encerrado antes que o tribunal se pronunciasse.

Por sua vez, diante de um caso similar, o Supremo Tribunal de Mendoza resolveu da mesma forma, inclusive assumindo como seus os argumentos de parte dos votos da maioria formada no Tribunal de Buenos Aires, e reforçou ainda mais o argumento da liberdade sexual e autonomia das mulheres:

É evidente que, diante do choque de interesses e bens juridicamente protegidos - vida humana vs. liberdade sexual-autodeterminação -, no caso de concepção provocada por estupro (abuso sexual com acesso carnal), a lei deve fazer prevalecer o segundo sobre o primeiro (Considerando 8o). (Supremo Tribunal da Província de Mendoza, sobre aborto em grávida deficiente, Processo n.87.985 "G.A.R. EM Jº 32.081 C.S.M. E OTS. C/ Sem demandado P/ AC. de amparo S/ per saltum", Mendoza, 22 ago. 2.006).

Por outro lado, introduziu um argumento que poderia tornar-se extensivo a casos que excedem os de aborto não-punível previstos pelo Código Penal:

O artigo 19 da nossa Constituição Nacional, ao estabelecer que "as ações privadas dos homens que de nenhuma maneira ofendam a ordem e a moral pública, nem prejudiquem um terceiro, estão reservadas somente a Deus, e isentas da autoridade dos magistrados [...]" contém os princípios básicos e substanciais da democracia liberal, o de privacidade, que inclui o direito à intimidade, e o de legalidade, sendo principalmente o primeiro essencial para formar um sistema de respeito à autonomia e à liberdade pessoal e estabelecer uma fronteira democrática diante das atribuições estatais para limitar os direitos (Considerando 9o). concepção provocada por estupro (abuso sexual com acesso carnal), a lei deve fazer prevalecer o segundo sobre o primeiro (Considerando 8o). (Supremo Tribunal da Província de Mendoza, sobre aborto em grávida deficiente, Processo n.87.985 "G.A.R. EM Jº 32.081 C.S.M. E OTS. C/ Sem demandado P/ AC. de amparo S/ per saltum", Mendoza, 22 ago. 2.006).

¹¹ Segundo o constitucionalista Andrés Gil Domínguez, "a sentença nos diz que o inciso 2º do artigo 86 é para qualquer mulher que tenha sido estuprada, e não somente para aquelas que tiverem transtorno ou deficiência mental" (Página 12, 5/3/07).

As duas sentenças citadas significaram formalmente um avanço em relação à jurisprudência anterior. Entretanto, a discussão sobre o direito das mulheres de decidir e dispor do próprio corpo como condição necessária para o exercício da cidadania continua sendo muito precária no âmbito jurídico argentino.

O que podemos concluir do panorama relatado? Razoavelmente, são poucos os casos que entram para o circuito formal do sistema judiciário, porém ainda assim as conseqüências da criminalização do aborto são vastas. Embora essa regra tenha exceções, as decisões judiciais mostram como, na prática, a criminalização opera de forma absoluta. Assim, como sustentam Pujó e Derdoy (2007), “o efeito do Código Penal é prévio à condenação e não precisamente dissuasivo”. De fato, a criminalização absoluta do aborto não faz nada além de aprofundar a discriminação, afetando principalmente as mulheres em situação de pobreza, que não têm acesso a serviços privados de saúde. O Comitê de Direitos Humanos da ONU expressou-se com relação a essa situação na Argentina, indicando sua “inquietação diante dos aspectos discriminatórios das leis e políticas vigentes, que trazem como resultado o recurso desproporcionado das mulheres pobres e das que moram em zonas rurais ao aborto ilegal e arriscado” (ONU, 2000).

Um panorama da situação legal do aborto na Argentina não estaria completo sem referência ao problema da denúncia policial. Tal como indicado no início desta seção, o Código Penal tipifica o aborto como um delito contra a vida e, nesse sentido, as instituições de saúde freqüentemente entendem que é necessário realizar a denúncia policial, dado o cometimento desse delito. Assim, quando mulheres são hospitalizadas nos estabelecimentos públicos de saúde por aborto incompleto, em muitos serviços do país é feita a denúncia policial, que em algumas circunstâncias acarreta um processo judicial contra a mulher. Um antecedente importante sobre esse aspecto que assentou jurisprudência no país é a sentença conhecida como “Natividad Frías” da Cidade de Buenos Aires. Nela, resolveu-se que somente uma lei pode eximir de manter o devido sigilo por razões de “justa causa” e que a denúncia de uma paciente pelo delito de aborto constituía uma violação ao dever de manter sigilo profissional e, portanto, um delito. A Câmara Nacional de Apelação Criminal e Correccional também entendeu que a violação do sigilo profissional implicava a nulidade da causa penal contra a paciente, embora a denúncia contra os co-autores, instigadores ou cúmplices do aborto fosse admissível¹².

Embora em reiteradas sentenças de tribunais superiores os médicos foram instados a não denunciar as mulheres que recorrem aos hospitais públicos com

¹² Entre os argumentos esgrimidos pelo tribunal para justificar que a violação do sigilo constituía um delito, os juízes destacaram diversas considerações que justificam seu respeito e, em particular, o fato de que “o paciente que procura a ajuda de um médico pensa que o está fazendo com a segurança de que seus males não serão divulgados, porque estes estão amparados pelo sigilo mais estrito”. Além disso, os juízes destacaram que essa situação constitui uma violação ao direito à vida e à garantia constitucional que proíbe a auto-incriminação, como previsto no artigo 18 da Constituição Nacional.

seqüelas de abortos mal realizados, fazendo valer o sigilo médico sobre a obrigação dos funcionários públicos de denunciar todos os delitos que chegarem ao seu conhecimento, precisamente porque está em jogo a saúde das mulheres¹³, é comum que o pessoal hospitalar não cumpra essas disposições judiciais. Nessa linha, um estudo de 2001 mostrou que 60% dos profissionais consultados concordavam em realizar a denúncia policial, enquanto 34% não concordavam (RAMOS *et al.*, 2001).

Nos últimos tempos, a pressão exercida pelos casos de aborto legal acelerou a discussão de projetos de lei no âmbito da Câmara dos Deputados. Embora, como já mencionado, desde a recuperação da democracia possam ser contabilizados mais de 40 projetos de lei para regulamentar os abortos não-puníveis, descriminalizar ou legalizar o aborto, é a primeira vez que um projeto consegue o parecer de uma das comissões que têm incumbência para considerá-lo antes de sua discussão no plenário da Câmara. Em meados de 2007, a Comissão de Ação Social e Saúde Pública da Câmara de Deputados analisou dois projetos de lei sobre aborto não-punível¹⁴, dos quais surgiu um projeto decidido em consenso, com parecer. O mesmo foi enviado à Comissão de Legislação Penal para ser examinado durante 2007; mas, ao não ser apreciado, perdeu sua validade. Por esse motivo, em março de 2008, a Comissão de Saúde voltou a dar parecer sobre o projeto e recentemente o mesmo foi expedido para ser apreciado na Comissão de Legislação Penal. Esse projeto tenta estabelecer as situações amparadas pela lei e os procedimentos que devem ser seguidos nos estabelecimentos assistenciais públicos, da previdência social e privados, para garantir o direito das mulheres à interrupção da gravidez nos casos de aborto não-punível¹⁵.

Para concluir o panorama legal, cabe mencionar que na atualidade o país e quatro províncias argentinas contam com leis que reconhecem o "Dia dos direitos da criança não-nascida"¹⁶.

¹³ Uma importante sentença no sentido contrário foi a do Supremo Tribunal da Província de Santa Fé, em 1998, que emitiu uma sentença a favor da médica que havia denunciado uma mulher ("Insaurralde, M.", Supremo Tribunal de Justiça da Província de Santa Fé, 12/08/1998).

¹⁴ O primeiro foi apresentado durante 2005 pela deputada nacional Juliana Marino, "Projeto 4395-D-2005 sobre regime para o procedimento em casos de aborto não-punível". Esse projeto foi arquivado sem parecer de comissão ou debate e voltou a ser apresentado por sua autora em 2007 como "Projeto 0028-D-2007". O segundo, apresentado em 2006, é projeto dos deputados nacionais Augsburgger, Sesma, Tate e Di Pollina, registrado como "Projeto 5453-D-2006 sobre aborto não-punível: regime de assistência", reapresentado em 2008 como "Projeto 0451-D-2008 sobre Lei Nacional de Assistência ao Aborto Não-Punível".

¹⁵ O texto do projeto é simplesmente um guia de procedimento que inclui tratamento psicoterapêutico para a gestante desde o momento em que lhe é indicada a prática do aborto não-punível até sua reabilitação.

¹⁶ Decreto presidencial n.1406, de 1998; Mendoza, Lei n.7.349 (2005); Salta, Lei n.7.357 (2005); San Juan, Lei n.7.593 (2005) e Tucumán Lei n.7.143 (2001).

Situação epidemiológica

Para descrever a situação epidemiológica do aborto na Argentina dispõe-se de informação proveniente de duas fontes: as hospitalizações em estabelecimentos públicos por diagnóstico e as estatísticas vitais¹⁷. A primeira fonte trata da morbidade, com as limitações de restringir-se às mulheres que são hospitalizadas nos estabelecimentos que informam suas estatísticas ao sistema, ou seja, os do setor público¹⁸. A segunda fonte, de coleta anual, permite observar a evolução da mortalidade, tanto por causa como por faixa etária e lugar de residência.

No tocante à morbidade, em 1990, as hospitalizações por aborto foram 53.822 em todo o país; em 1995 essa cifra foi similar (53.978). Em 2000 foram registradas 78.894 hospitalizações, o que significou um aumento de 46% com relação ao registro anterior (ARGENTINA, 1993; 1998; 2003). Esse aumento significativo das hospitalizações por aborto pode ter sua origem nos seguintes cenários complementares e não necessariamente excludentes:

- A crise econômica do final dos anos 1990 impôs uma barreira a mais no acesso das mulheres aos métodos contraceptivos em um país que até então não contava com distribuição gratuita.
- A própria crise empurrou um maior número de mulheres para a interrupção da gravidez em condições arriscadas (e, por isso, precisando ser hospitalizadas), tratando-se, em alguns casos, de mulheres de setores médios que antes recorriam a abortos seguros.
- A precarização do trabalho implicou a perda da cobertura de saúde da previdência social, com a conseqüente passagem para a cobertura pelo setor público.
- A difusão do uso do misoprostol melhorou o acesso ao aborto, embora não necessariamente acompanhado de informação adequada sobre "o que esperar" (ZAMBERLIN; GIANNI, 2007). Embora seu uso resulte em menor incidência de abortos infectados e complicações, as mulheres recorrem aos serviços de saúde diante do menor sangramento e, em muitos casos, os profissionais preferem interná-las e realizar o esvaziamento uterino.

É importante destacar que uma análise das hospitalizações por aborto correspondentes a 1990, 1995 e 2000 permite ver que nesses anos a distribuição por idade mantém a mesma estrutura, sendo que as hospitalizações de mulheres de 20 a 24 anos representam as de maior proporção e as que mais aumentaram entre 1995 e 2000 (57,3%).

¹⁷ Ambas as fontes integram o sistema de informação contínua que a Dirección de Estadísticas e Información en Salud do Ministério da Saúde argentino coleta, processa e publica, com informação desagregada pelas 24 jurisdições político-administrativas em que o país é subdividido.

¹⁸ O sistema de saúde é integrado por três setores: público, regido pelos princípios de universalidade e equidade da atenção, financiado por fundos nacionais; previdenciário, que atende aos trabalhadores registrados; e o privado, que inclui o atendimento aos seguros e convênios de saúde.

Usando a mesma fonte de informação, Insua (2006) realiza uma análise pormenorizada das hospitalizações do ano de 2000, após análise da cobertura e da qualidade da informação¹⁹. Os resultados indicam que os partos constituíram a principal causa de hospitalizações (38%), seguidos das complicações do trabalho de parto e do parto (11%) e aborto (8,6%), nas mulheres de 10 a 49 anos. Se considerarmos somente as hospitalizações por causas obstétricas, o aborto representa 13% e se mantém em terceiro lugar na ordem de importância como causa de hospitalização. Vale destacar que a hospitalização por aborto registrada com mais frequência (73%) é a correspondente aos abortos não-especificados.

O estudo de Insua (2006) calcula também a taxa de hospitalizações por aborto²⁰. Esta foi de 6,2 para cada 1.000 mulheres em idade fértil para todo o país. Considerando as regiões, essa taxa varia de 4,43, no Sul, a 9,79, na Região Noroeste, que compreende algumas das províncias com indicadores sócio-sanitários mais desfavoráveis. Ao analisar as hospitalizações por aborto conforme a localização geográfica do serviço de saúde, observa-se que, das 67.435 hospitalizações de mulheres de 10 a 49 anos em estabelecimentos públicos, 27.673 (41%) ocorreram em serviços localizados na província de Buenos Aires, proporção certamente relacionada ao número de mulheres residentes nessa jurisdição.

Para permitir a comparação, o autor calcula hospitalizações por aborto para cada 10.000 hospitalizações de mulheres em idade fértil, observando-se que a cidade de Buenos Aires (1.128 por 10.000), as províncias de La Rioja (1.146 por 10.000), Jujuy (930 por 10.000), Salta (928 por 10.000), Buenos Aires (850 por 10.000) e Córdoba (780 por 10.000), formavam 25% das províncias com os valores mais altos de abortos para cada 10.000 hospitalizações. Mais ainda, se forem utilizados os nascidos vivos (NV) como *proxy* do número de gravidezes e calculada a razão de hospitalizações por aborto para cada 100 nascidos vivos, as províncias de La Rioja, Jujuy y Salta apresentam os maiores valores.

Os dados correspondentes a 2005 foram publicados com a ressalva de que somente são informadas 22 das 24 jurisdições do país. Se forem comparados com os dados de 2000 para as mesmas províncias, observa-se um número similar de hospitalizações por aborto, o que corrobora uma mudança na tendência entre os anos 1990 e a atualidade.

¹⁹ O autor destaca que as hospitalizações correspondem somente ao setor público, apesar das normas vigentes segundo as quais tanto a previdência social como o setor privado deveriam informar ao sistema. Nesse sentido, se considerarmos como universo as instituições públicas, a cobertura é de 92,4%. Entretanto, se considerarmos como universo a totalidade das instituições disponíveis no país, a cobertura é de 51%. Também cabe mencionar que três províncias não forneceram as informações correspondentes a 2000. Em dois casos, foi utilizada a informação correspondente a 1999 e, no terceiro caso, a correspondente a 1995.

²⁰ Considera-se taxa de hospitalizações por aborto a relação entre o número de hospitalizações por aborto para cada 1.000 mulheres de 10 a 49 anos.

As hospitalizações por aborto representaram entre 3,3% (Río Negro) e 7,3% (Jujuy) das hospitalizações sobre o total de hospitalizações do sexo feminino em instituições públicas. Quando se restringe o denominador às causas relacionadas com a gravidez, parto e puerpério, o aborto mantém o terceiro lugar, como foi observado nos anos anteriores, e a proporção vai desde 9%, em San Juan, até 16,1%, na cidade de Buenos Aires, e 16,3% em San Luis. Esses dados inéditos mostram diferenças significativas com o que foi estimado por Insua para 2000, indicando que essas proporções poderiam ser maiores em 2005.

Finalmente, salvo as exceções relacionadas às limitações da informação, pode-se observar que existe uma relação direta entre os indicadores sócio-sanitários provinciais mais desfavoráveis e as razões mais altas de hospitalizações por aborto com relação ao número de nascidos vivos nessas províncias.

No tocante a outros países da região, é difícil obter comparações, já que são poucos os países que informam o número de hospitalizações por aborto, e aqueles que o fazem, colocam uma série de ressalvas sobre a confiabilidade do registro. Ainda assim, se for obtida a taxa entre essas hospitalizações e o número de mulheres em idade fértil, observa-se que na Argentina a taxa é de 9 hospitalizações por 1.000 mulheres de 15 a 44 anos, enquanto na Colômbia é de 6 e no Peru, 3 (**Tabela 2**)²¹.

Com relação à mortalidade materna, devem ser realizadas considerações de nível regional para, depois, focalizar o contexto local. A primeira é que, embora as taxas de mortalidade materna na América Latina e no Caribe não sejam as mais altas se comparadas às do restante do mundo em desenvolvimento, a proporção de mortes maternas atribuíveis ao aborto na região sul-americana (19%) superam amplamente as estimativas para o conjunto dos países em desenvolvimento (13%) (WHO, 2004b).

A segunda é que, embora a taxa de mortalidade materna da Argentina não seja das mais elevadas da região²², uma taxa de 48 por 100.000 nascidos vivos é inaceitavelmente alta (OPS, 2006; SERNAM; INE, 2001; ARGENTINA, 2007). Finalmente, em relação à proporção de mortes maternas atribuíveis ao aborto, a Argentina, Jamaica e Trinidad e Tobago representam os países da região com a maior proporção: ao menos 1/3 das mortes atribuíveis a abortos inseguros (OPS, 2002).

²¹ Nosso processamento baseou-se no número de mulheres em idade fértil obtido na base de dados da OPS (Organização Pan-Americana de Saúde), e os números de hospitalizações na Colômbia (1989) e Peru (1998) provêm de The Alan Guttmacher Institute (AGI, 1994) e Ferrando (2002).

²² No entanto, a taxa ainda é elevada se comparada aos países com indicadores de desenvolvimento similares, como o Uruguai (18 x 100.000 nascidos vivos) ou o Chile (17 x 100.000 nascidos vivos).

Tabela 2			
Número de hospitalizações por aborto em países selecionados da América Latina			
País e Ano	Número de casos hospitalizados (estatísticas oficiais)	Número ajustado por informação errada e sub-registro	Número ajustado para excluir os abortos espontâneos*
Brasil, 1991	341.910	384.890	288.670
Colômbia, 1989	66.680	76.900	57.680
Chile, 1990	44.470	42.570	31.930
México, 1990	118.790	142.160	106.620
Peru, 1989	75.530	72.310	54.230
Repúb.Dominicana, 1992	14.650	22.000	16.500
Total	662.030	740.830	555.630

*Número ajustado da segunda coluna, menos 25%, supondo que essa proporção corresponda a abortos espontâneos.

Fonte: AGI (1994).

No tocante à mortalidade materna no país, devem ser ressaltadas três características. Por um lado, a taxa mostrou uma leve redução e uma estagnação nos últimos anos, exceto pelo brusco aumento observado em 2006, quando passou de 39 a 48 por 100 mil nascidos vivos (ARGENTINA, 2007). Por outro lado, as proporções da estrutura de causas não variaram significativamente nos últimos 25 anos, já que o aborto continua sendo a primeira causa de morte materna e representa aproximadamente um terço das causas maternas. Por último, a existência de grandes diferenças entre as taxas provinciais e a nacional, havendo jurisdições onde os níveis se quadriplicam (ARGENTINA, 2007).

Embora muitos países tenham mostrado um significativo sub-registro das mortes maternas em geral e das devidas a aborto em particular, os recentes estudos realizados por Ramos e colaboradores (RAMOS *et al.*, 2004; RAMOS *et al.*, 2007; ROSENSTEIN; ROMERO; RAMOS, 2007), indicam que o sub-registro não justifica o fator de correção de 1,9 aplicado pela OMS à Argentina (WHO, 2004a), já que este não supera 9,5% para os óbitos maternos institucionais e 13% para os não-institucionais, nas províncias selecionadas.

Um estudo (INSUA, 2006) que observa o comportamento da mortalidade materna nos triênios 1994-96 e 1999-2001 informa que, embora para o país a estrutura

de causa em termos percentuais não tenha variado muito, as proporções se distribuem desigualmente nas diferentes jurisdições do país. No primeiro triênio analisado, sete províncias distribuídas em diferentes regiões do país apresentaram as proporções mais altas de mortes maternas por aborto (entre 38 e 63% das mortes maternas). No segundo triênio analisado, quatro delas mantiveram proporções elevadas e a elas se somaram duas províncias (com 37 e 45%, respectivamente). Diferentemente do que se observou com a morbidade, a proporção de mortes maternas atribuíveis ao aborto não apresenta a associação com os indicadores sócio-sanitários da jurisdição. Quanto às características das mulheres falecidas, o autor informa que a média de idade oscilou entre 28 e 30 anos. Para ambos os triênios, a idade dessas mulheres foi significativamente menor do que a das mulheres que faleceram por outras causas. Como esperado, as razões de mortalidade por aborto por 10.000 NV, segundo faixas etárias, mostra uma distribuição em “U”, sendo mais elevada entre as mulheres menores de 15 anos e as de 40 a 44 anos.

No caso das mortes por complicações de abortos inseguros, como mostram alguns estudos, o fato de as mulheres que são hospitalizadas nos serviços por esse motivo não estarem em estado clínico que comprometa irreversivelmente sua sobrevivência evidencia a inadequada capacidade resolutiva e a deficiente qualidade de atendimento dos serviços públicos para assisti-las e evitar suas mortes (ARGENTINA, 1989; RAMOS *et al.*, 2007). As mortes maternas atribuíveis à deficiente qualidade de atendimento, incluídas as mortes por complicações de aborto, foram extensamente documentadas nesse último estudo, no qual se observou que as mulheres têm 10 vezes mais risco de morrer que naquelas instituições que atendem menos de 1.500 partos, considerando esse número como indicador da presença de especialistas de plantão, banco de sangue e formação de residentes. Finalmente, e não menos importante, as famílias das mulheres com complicações de aborto informaram demora na decisão de procurar atendimento, dado o temor da estigmatização, e demora na identificação da gravidade da complicação por parte dos serviços de saúde (RAMOS *et al.*, 2004).

Da mesma forma, diversos estudos indicam que os serviços não têm uma estratégia sistemática de assistência contraceptiva pós-aborto para ajudar as mulheres a evitar uma nova gravidez indesejada e um aborto repetido, mesmo com a vigência do Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável já há quase 5 anos (ROMERO; ZAMBERLIN; GIANNI, 2006). Pode-se supor, então, que a assistência às mulheres internadas por complicações de aborto está fortemente condicionada à situação de ilegalidade e clandestinidade dessa prática. Nesse âmbito, a qualidade do atendimento se ressentiu e as mulheres que atravessam essa situação crítica freqüentemente são vítimas de violência institucional (RAMOS; VILADRICH, 1993; INSGENAR; CLADEM, 2003; STEELE; CHIAROTTI, 2004).

Situação da opinião pública sobre o aborto

Os estudos de opinião pública sobre a questão do aborto são relativamente recentes na Argentina²³. Os primeiros datam de meados da década de 1990, por ocasião do debate público suscitado pela reforma constitucional, a partir do qual os resultados das pesquisas de opinião sobre a questão do aborto foram incorporadas ao debate social (PETRACCI, 2004).

Em meados dos anos 1990, o Conselho Nacional da Mulher encomendou uma pesquisa de opinião sobre o aborto²⁴. Nessa pesquisa ficou evidente que a maioria das mulheres entrevistadas conhecia mulheres que haviam abortado, considerava correta a legalização do aborto e não concordava que a mulher que tivesse praticado um aborto devesse ser presa (PETRACCI, 2004). Esse estudo pioneiro foi seguido por outros na década seguinte.

Apresenta-se a seguir, para cada tema central levantado nessas pesquisas, primeiro uma síntese da evidência empírica (CEDES, 2003a; 2004; 2006), depois os resultados da última pesquisa disponível (PETRACCI, 2006), realizada em 2006 em grandes centros urbanos do país (Cidade de Buenos Aires, Grande Buenos Aires, Córdoba, Rosario e Mendoza)^{25,26}.

As pesquisas de opinião pública realizadas durante a última década concluem que a grande maioria da população expressa uma concordância contundente com os direitos que o Estado deve respeitar e garantir por meio de uma política pública de saúde sexual e reprodutiva: que mulheres e homens tenham a possibilidade de decidir livremente quantos filhos ter e quando. Conforme dados da pesquisa de 2006, e tal como se observa no **Gráfico 1**, pouco mais da metade dos entrevistados (56%) mostrou-se muito de acordo com isso. Ao considerar também aqueles que se manifestaram “bastante de acordo”, a opção a favor do princípio de autodeterminação sexual e reprodutiva chegou à quase totalidade dos entrevistados (95%). Somente 4% não concordaram. Nenhum entrevistado deixou de responder essa pergunta da entrevista. Não foram registradas diferenças significativas.

²³ Esta seção baseia-se no documento de Petracci (2006).

²⁴ Foi uma pesquisa estruturada aplicada a 200 mulheres de 18 anos ou mais, residentes na cidade de Buenos Aires e no *conurbano*, com amostragem polietápica, com seleção aleatória de conglomerados e de domicílios dentro de cada conglomerado. A entrevista final foi selecionada conforme cotas de idade.

²⁵ Trata-se de uma pesquisa de opinião do tipo pesquisa estruturada domiciliar, com consentimento informado, a mulheres e homens de 18 anos ou mais. A amostra foi de 500 casos, amostragem representativa, polietápica, com probabilidade proporcional ao tamanho da seleção de domicílios; seleção aleatória de raio de ação do estudo e de domicílios, e cotas de idade e sexo na seleção do entrevistado. O trabalho de campo foi realizado entre 29 de julho e 16 de agosto de 2006 (PETRACCI, 2006).

²⁶ Composição sociodemográfica da amostra: 50% homens e 50% mulheres; média de 42,6 anos de idade; nível educacional: 21% primário completo e incompleto, 44% secundário completo e incompleto, 35% universitário completo e incompleto; 72% declararam ser católicos.

Gráfico 1

Gráfico 1 - Concordância ou discordância com a questão “Que as mulheres e os homens tenham a possibilidade de decidir quantos filhos ter e quando”. Pesquisa de opinião 2006 (Petracci, 2006); total de entrevistados n=500

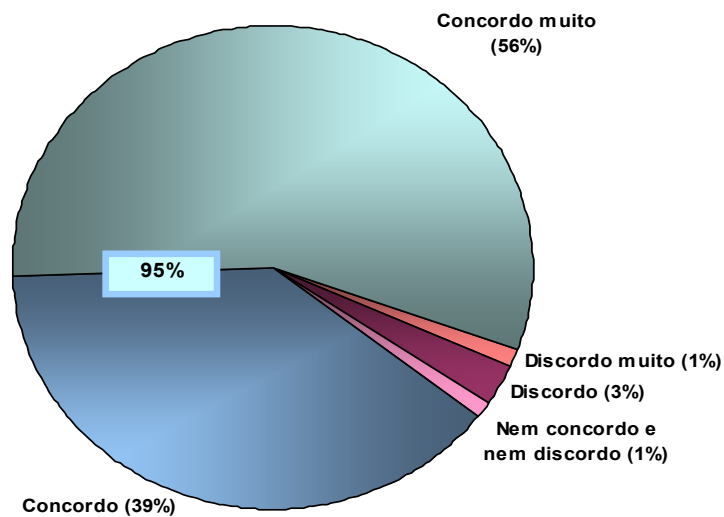
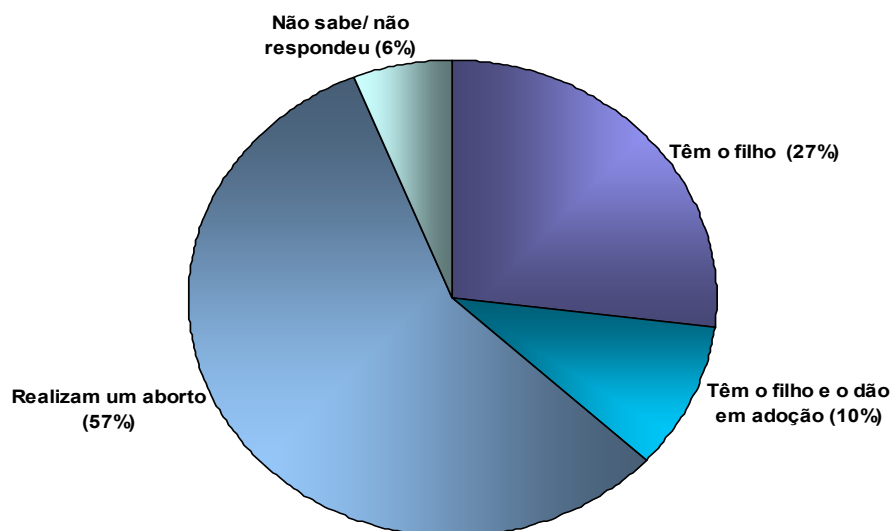


Gráfico 2

Gráfico 2 - Respostas à questão: “Independentemente de sua opinião pessoal, o que a sra./o sr. acha que a maioria das mulheres em nosso país faz, face a uma gravidez indesejada?” Pesquisa de opinião 2006 (Petracci, 2006); n=500

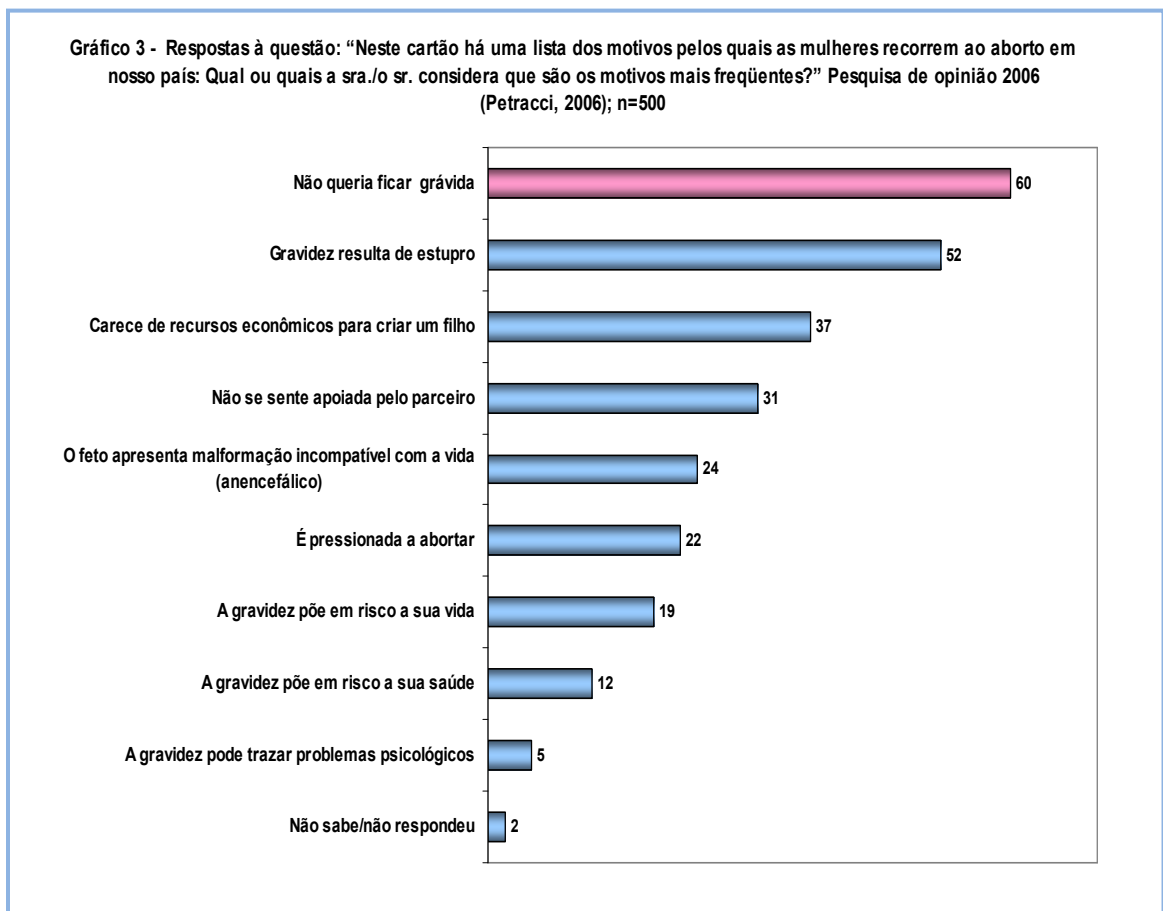


* Espontaneamente 5 entrevistados mencionaram que diferem na concordância com esse direito segundo se trate de homens ou mulheres.

Diante de uma gravidez indesejada, a pesquisa mostra que a maioria da população acredita que, na Argentina, as mulheres abortam (57% dos entrevistados em 2006). Essa porcentagem aumenta significativamente entre os entrevistados de menor nível socioeconômico. Depois da opção pelo aborto diante de uma gravidez não-desejada, em segundo e terceiro lugares, 27% acreditam que as mulheres têm o filho e 10% que o têm e o dão para adoção (**Gráfico 2**).

Quanto às razões pelas quais as mulheres recorrem ao aborto, o motivo mais frequentemente mencionado na pesquisa de 2006 é o fato de não quererem ter um filho, seguido da hipótese de a gravidez resultar de estupro (**Gráfico 3**).

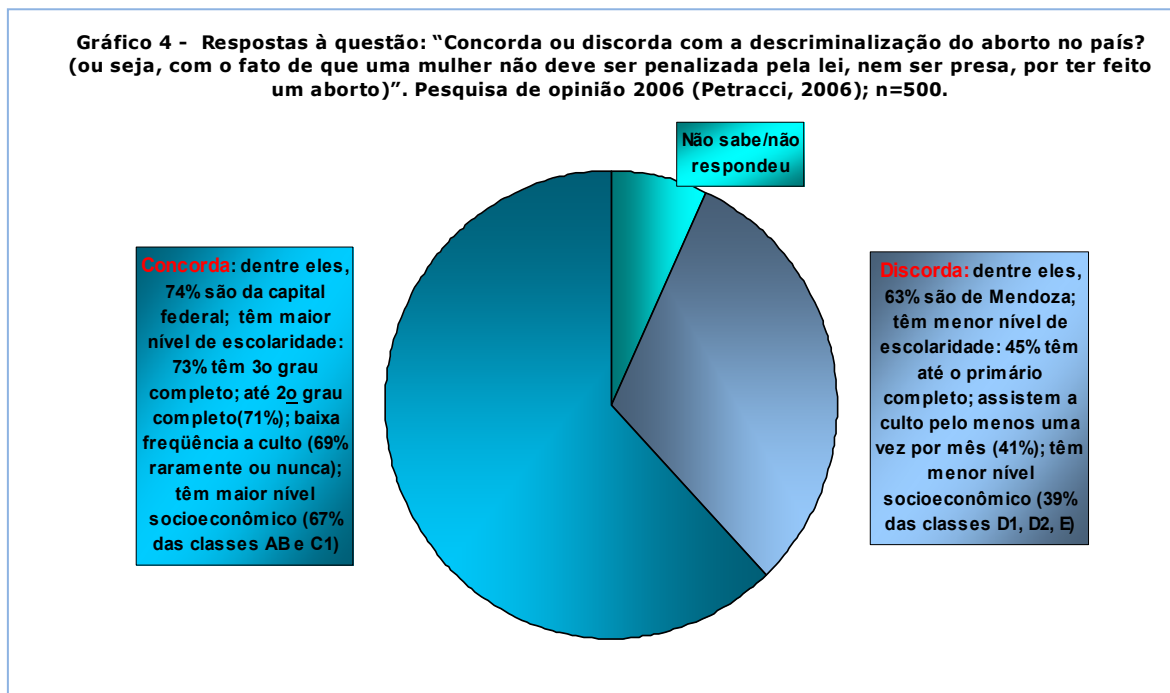
Gráfico 3



No tocante à descriminalização do aborto, a concordância está entre 44% e 62% da população; cresce nos grandes centros urbanos e à medida que aumenta o nível educacional e socioeconômico dos entrevistados.

Na última pesquisa de 2006, 62% manifestou concordar com o fato de que a mulher não deve ser penalizada pela lei ou não deve ser presa por ter realizado um aborto. A discordância afeta três em cada dez entrevistados (**Gráfico 4**).

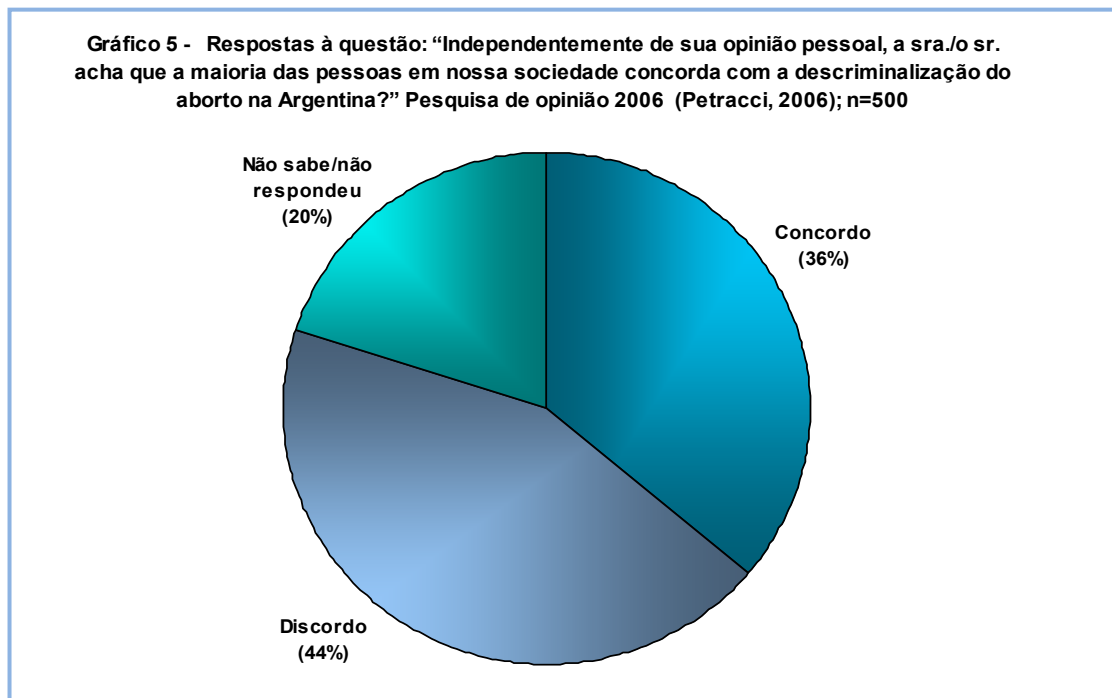
Gráfico 4



Na pesquisa de 2006 também se perguntou aos entrevistados como acreditavam que a população opinava sobre a descriminalização do aborto. No **Gráfico 5** são apresentados os resultados dessa pergunta.

Vale a pena destacar a discordância entre o que as pessoas opinam individualmente e o que consideram que os demais opinam sobre o mesmo tópico: 62% manifestou que concorda com a descriminalização, porém somente 36% acreditam que a população em geral tem essa opinião.

Gráfico 5

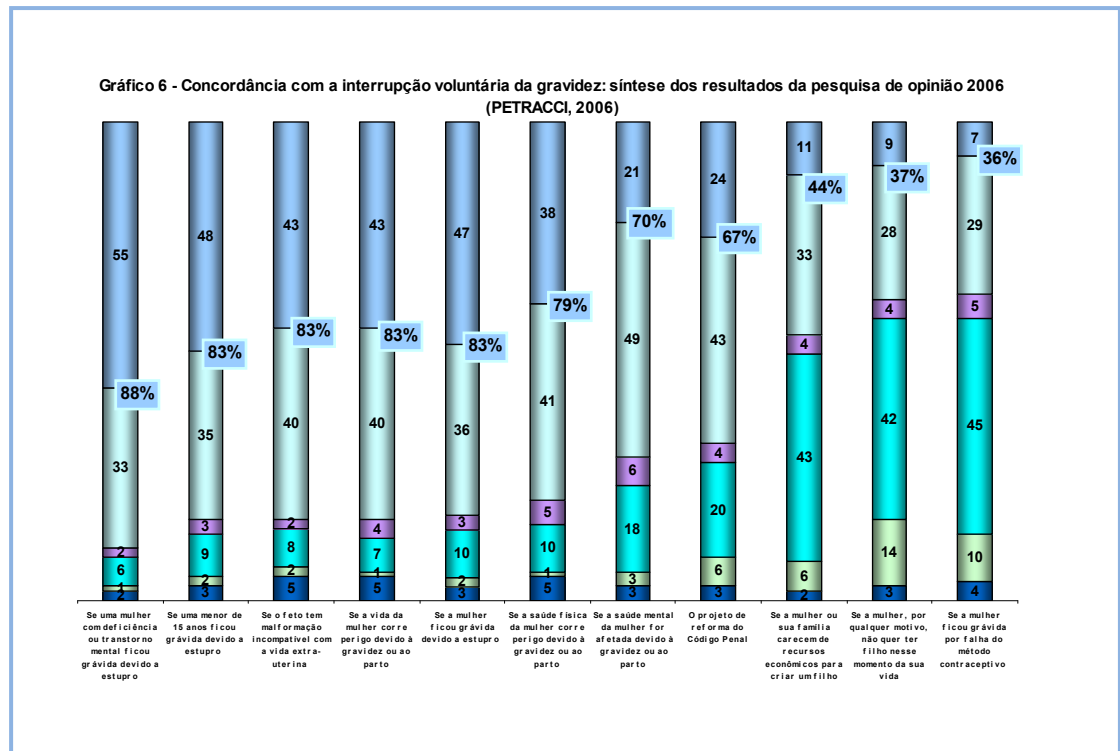


A alta concordância com a descriminalização do aborto varia quando se trata de situações específicas. As sondagens concluem que a ampla maioria da população concorda com a interrupção da gravidez nos casos definidos como não-puníveis pelo Código Penal: estupro ou atentado ao pudor cometido contra mulher com deficiência ou transtorno mental e perigo para a vida ou a saúde da gestante.

As sondagens também mostram que a concordância ou discordância varia conforme a situação. Uma grande maioria concorda com a interrupção voluntária da gravidez nos seguintes casos: estupro, risco à vida da mulher, feto incompatível com a vida extra-uterina, problemas de saúde física e psíquica da mulher. No entanto, a maioria discorda quando a decisão de abortar ocorre porque a mulher não quer um filho em determinado momento da vida, ou o método contraceptivo falha, ou devido a problemas econômicos que impedem assumir a criação de um filho. Não obstante, na pesquisa de 2006, quando comparada às anteriores, registrou-se um aumento significativo na concordância sobre a interrupção voluntária da gravidez se a mulher não quer ter um filho em determinado momento da vida. Vejamos as concordâncias em cada situação proposta na pesquisa de 2006 (**Gráfico 6**):

- A maioria (88% e 83% respectivamente) concordam com a interrupção voluntária da gestação se uma mulher com deficiência ou transtorno mental ficou grávida devido a um estupro e se a vida da mulher corre perigo devido à gravidez ou ao parto.
- Oito em cada dez manifestaram concordância se uma mulher ficou grávida devido a estupro, se uma menor de 15 anos ficou grávida devido a estupro, se o feto tiver má-formação incompatível com a vida extra-uterina, se a saúde física da mulher correr perigo devido à gravidez ou ao parto.
- Sete em cada dez manifestaram concordância se a saúde mental da mulher correr perigo devido à gravidez ou ao parto.
- Quatro em cada dez manifestaram concordância se a mulher e sua família carecem de recursos econômicos para criar um/a filho/a, se a mulher não quiser ter um filho nesse momento, ou se a mulher ficou grávida porque o método contraceptivo falhou.

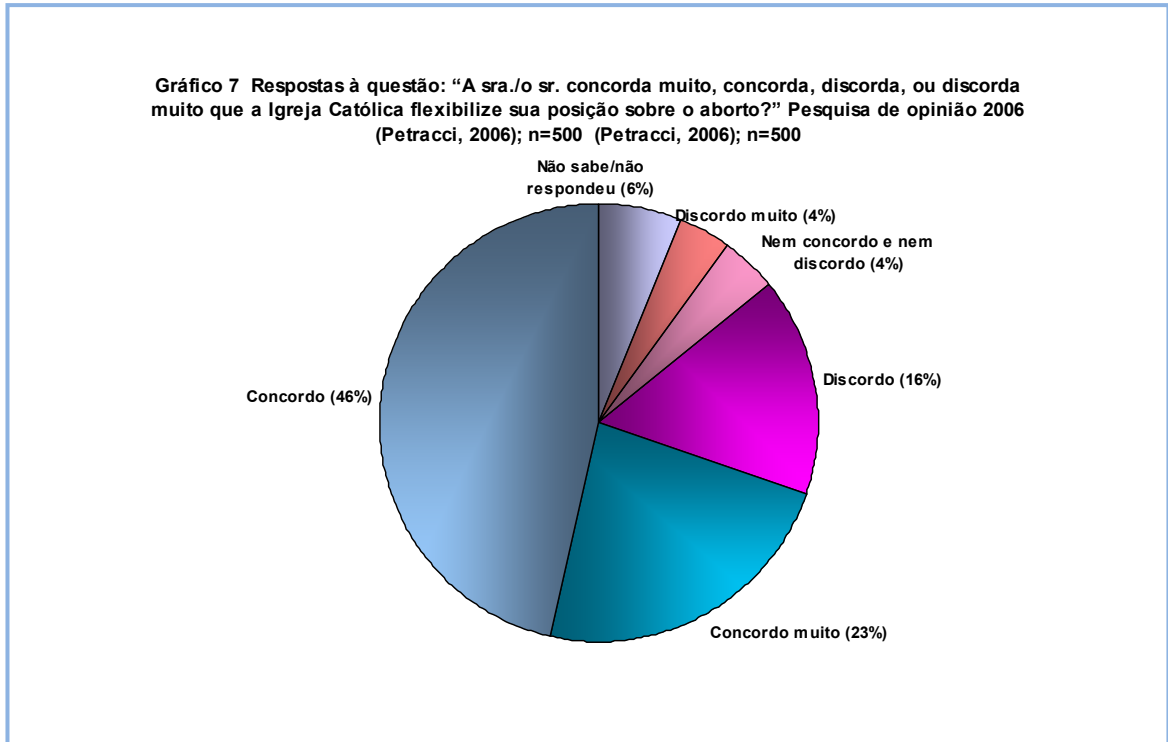
Gráfico 6



Os estudos também verificaram as opiniões da população sobre a posição da Igreja Católica sobre o aborto. Em 2006, 70% dos entrevistados manifestaram concordância em que a Igreja Católica deva flexibilizar sua posição sobre o aborto; 4% não se definiram, posição que aumenta significativamente entre os entrevistados

de nível socioeconômico mais elevado; 20% manifestaram discordância, posição que aumenta significativamente entre os entrevistados de menor nível educacional (**Gráfico 7**).

Gráfico 7



Situação das políticas públicas

Com o retorno da democracia na Argentina, no final de 1983, começaram a ser desenvolvidas iniciativas de políticas públicas ligadas às questões de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Em 1986 foram suprimidas as restrições ao funcionamento de serviços de planejamento familiar vigentes desde meados da década de 1970, embora a eliminação dessas restrições não tenha significado mudanças no fornecimento desses serviços no curto prazo.

Em 1985 foi ratificada por lei a Convenção sobre Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Cedaw) e o governo assumiu compromissos que foram paulatinamente introduzindo mudanças nas políticas públicas (CEDES, 2003b). Iniciou-se então um processo de transição de uma etapa monolítica de restrições e omissões até outra, "em que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos foram adquirindo maior visibilidade

pública, ampliando-se seu reconhecimento como direitos humanos e solicitando-se ao Estado sua promoção e a garantia de seu exercício” (PETRACCI; RAMOS, 2006, p.11). O primeiro reconhecimento e inclusão desses temas na agenda das políticas públicas foi o lançamento do Programa de Procriação Responsável no âmbito da Cidade de Buenos Aires em 1988. Pouco tempo depois, a província de La Pampa foi a primeira do país a sancionar uma lei que possibilitou a criação do Programa Provincial de Procriação Responsável (Lei n.1.363).

Em meados dos anos 1990, o processo teve como resultado a meia-sanção de uma lei de saúde reprodutiva na Câmara de Deputados – que, embora tenha sido arquivado dois anos depois por falta de discussão no Senado, significou um salto qualitativo no debate público sobre saúde e direitos reprodutivos. A partir desse processo, outras províncias argentinas avançaram, sancionando legislação sobre a questão da saúde sexual e a procriação responsável^{27,28}. Finalmente, em 2002 foi sancionada a Lei Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável (Lei n.25.673), formalizando-se assim a incorporação da saúde sexual e reprodutiva na agenda das políticas públicas em nível nacional. É interessante destacar o fato de que na Argentina a maior parte dos programas de saúde reprodutiva provinciais foram postos em prática como consequência da sanção de leis, ou seja, como resultado de processos de negociação política, e não como decisões de política sanitária tomadas pelas autoridades competentes.

Aborto legal

Nos últimos anos houve diversas iniciativas de política pública para responder à alta taxa de mortalidade materna atribuível às complicações de abortos inseguros e para remover os obstáculos ao atendimento dos abortos incompletos nos serviços de saúde e ao atendimento dos abortos não-puníveis.

Em virtude dos altos índices de mortalidade materna, o Ministério de Saúde da Nação e os ministros da saúde das províncias, reunidos no Conselho Federal de Saúde (COFESA), firmaram, em setembro de 2004, o Pacto para a Redução da Mortalidade Materna na Argentina. Nesse acordo destacaram a necessidade de “garantir o acesso ao atendimento do aborto não-punível nos hospitais públicos, dando cumprimento ao que foi estipulado no Código Penal” (COFESA, 2004) e assumiram o compromisso de elaborar uma regulamentação para que nos hospitais públicos fossem atendidos os casos de aborto legal.

27 Córdoba, Lei n.8.535 (1996) (derrogada), Lei n.9.073 (2002) e 9.099 (2003) (modificou a Lei 9.073); Mendoza, Lei n.6.433 (1996); Corrientes, Lei n.5.146 (1996), 5.527 (2003) e 5.601 (2004); Chaco, Lei n.4.276 (1996); Río Negro, Lei n.3.059 (1996) e 3.450 (2000); Neuquén, Lei n.2.222 (1997) e 2.285 (2002); Jujuy, Lei n.5.133 (1999); Chubut, Lei n.4.545 (1999); Cidade de Buenos Aires, Lei n.418 (2000) e 439 (2001) (modificou a Lei 418); La Rioja, Lei n.7.049 (2000); Tierra del Fuego, Lei n.509 (2000); Santa Fe, Lei n.11.888 (2001); e San Luis, Lei n.5.344 (2002).

28 A lei de San Luis e a nacional foram sancionadas em 30 de outubro de 2002. A província foi incluída na categoria “antes da sanção da lei nacional”, já que sua lei foi publicada no Boletim Oficial da província em 8 de novembro de 2002, enquanto que a lei nacional foi publicada em 26 de maio de 2003.

Recentemente, em 2007, e possivelmente catalisadas pela ressonância dos casos de adolescentes deficientes mentais que ficaram grávidas devido a estupro e às quais era negado o acesso ao aborto legal, ocorreram as primeiras iniciativas em resposta ao compromisso do COFESA. O governo da Província de Buenos Aires publicou, em janeiro de 2007, o *Protocolo de aborto não-punível*²⁹ e o governo da Cidade Autônoma de Buenos Aires, em junho do mesmo ano, fez o mesmo com o *Procedimento para o atendimento profissional de práticas de aborto não-puníveis*³⁰. Em novembro de 2007, a província de Neuquén aprovou o *Procedimento para o atendimento profissional de práticas de aborto não-puníveis*³¹. O objetivo dessas iniciativas foi garantir, pelas secretarias de saúde, o acesso ao aborto não-punível para os casos enquadrados no artigo 86, incisos 1 e 2 do Código Penal. Nos três casos, os órgãos do sistema de saúde são orientados com instruções claras sobre como e quando se deve agir e em quais prazos.

Adicionalmente, cabe mencionar a iniciativa do Conselho Deliberativo do Município de Rosário, na província de Santa Fe. Em junho de 2007, essa cidade aprovou o *Protocolo de atendimento integral para a mulher em casos de aborto não-punível*³². Assim, essa cidade se tornaria a primeira do país a legislar o atendimento ao aborto legal no âmbito do serviço de saúde municipal.

Por último, em novembro de 2007, o legislativo da província de La Pampa tornou-se o primeiro das 24 jurisdições provinciais a votar uma lei sobre as condições para o atendimento aos casos de aborto legal³³. Entretanto, a lei foi vetada pelo governador da província apenas 15 dias após sua aprovação³⁴.

Simultaneamente, e acompanhando as iniciativas provinciais, um avanço significativo foi a elaboração, pelo Ministério da Saúde, do *Guia técnico para atendimento integral dos abortos não-puníveis*, do Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável. O documento oficial, publicado em outubro de 2007, foi elaborado por uma equipe convocada pela Secretaria de Programas Sanitários, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde. O *Guia técnico* contempla os procedimentos a seguir no caso de solicitação de interrupção de gravidez em mulheres cuja saúde ou vida corra perigo, ou quando a gravidez resultar de estupro ou de atentando ao pudor de uma mulher com deficiência ou transtorno mental, como prescreve o artigo 86 do Código Penal. O *Guia* contém os passos a seguir mediante o pedido de interrupção da gravidez permitida pela lei e fornece a base jurídica para que a equipe de saúde se sinta apoiada em sua prática. Além disso, inclui uma descrição dos

29 Resolução n.304, 29/01/2007, Secretaria da Saúde da província de Buenos Aires.

30 Resolução n.1.174, 28/05/2007, Secretaria da Saúde do Governo da Cidade Autônoma de Buenos Aires.

31 Resolução n.1.380, 28/11/2007, Secretaria da Saúde e Previdência Social da província de Neuquén.

32 Ordenação n.8.166, 14/06/2007, Conselho Deliberante da Cidade de Rosario, província de Santa Fe.

33 Província de La Pampa, Lei n.2.394, 30/11/2007.

34 Decreto n.155, 17/12/2007.

procedimentos médicos e cirúrgicos recomendados pela Organização Mundial da Saúde em sua publicação (2003) *Aborto sem riscos: guia técnico e de políticas para o sistema de saúde*.

Atendimento pós-aborto

Desde 2005, o Ministério da Saúde aprovou (por resolução ministerial n.989/2005) o *Guia para a melhoria do atendimento pós-aborto*, de aplicação em todo o território nacional (ARGENTINA, 2005). O guia procura contribuir para a redução da morbimortalidade materna e melhorar a qualidade do atendimento às mulheres grávidas, fornecendo aos profissionais instrumentos para oferecer às mulheres melhor qualidade do atendimento às complicações derivadas de abortos inseguros, em uma perspectiva integral que inclui a aspiração manual para o esvaziamento uterino até a assistência contraceptiva.

Para complementar esse registro, desde 2006 o Ministério da Saúde implementou um programa de capacitação nas províncias destinado a melhorar o atendimento pós-aborto. Embora as capacitações tenham sido realizadas em algumas das províncias com situações mais críticas, o modelo integral proposto (aspiração manual endouterina mais aconselhamento em saúde reprodutiva) foi implementado de forma muito parcial até o momento.

Os atores sociais e o aborto

No campo do debate social e da luta política sobre o acesso ao aborto seguro, com suas mais diversas nuances, vários atores ganharam relevância na história política da Argentina. Precisamente, um dos traços centrais da história recente desses campos foi a pluralidade cada vez mais marcante de atores e de vozes que intervêm na cena pública para falar desse problema e promover mudanças para melhorar a situação das mulheres. Nesse cenário, destaca-se sem dúvida o movimento de mulheres e, dentro deste, os grupos feministas, ambos fábricas de idéias e ações. A eles se somam legisladores/as, dirigentes sindicais, organizações juvenis, expressões da cultura, comunicadores sociais e profissionais da saúde.

Também na história recente se observa uma diversidade de instrumentos utilizados na ação política: declarações, matérias pagas, consensos de peritos, programas, materiais de difusão, campanhas, comemorações, processos judiciais, manifestações públicas, encontros de mulheres, leis, compromissos internacionais, entre outros. A diversificação de instrumentos foi em boa medida fruto da multiplicidade de atores no campo, cada um com suas estratégias e práticas políticas específicas, porém também foi consequência da reação do movimento de mulheres perante aqueles que, por ação ou omissão, se opõem à reivindicação o acesso ao aborto seguro, especialmente os grupos conservadores vinculados à Igreja Católica.

A diversidade de atores e instrumentos de ação política que intervieram na questão do acesso à contracepção também se apresentou no caso do aborto, embora com magnitude um pouco menor: sem dúvida, as dificuldades para assumir uma posição pública sobre o aborto são maiores, apesar de ser um dilema que milhares de mulheres e homens desta sociedade resolvem moralmente de forma cotidiana (PETRACCI; RAMOS, 2006). De qualquer forma, olhando em perspectiva histórica, é como se na atualidade o problema tivesse sido invertido e, assim, são menos numerosos aqueles que não sentem a responsabilidade cidadã de opinar publicamente sobre o assunto ou os que não têm outro remédio a não ser fazê-lo. Essa situação é muito diferente da que podia ser observada há dez anos.

Embora o acesso ao aborto legal e seguro tenha sido a reivindicação do movimento de mulheres desde a recuperação da democracia (nos encontros nacionais de mulheres, espaços privilegiados do debate interno do movimento há mais de 20 anos), foi a reforma constitucional de 1994 que deu a esse assunto uma publicidade nunca antes imaginada e ao movimento de mulheres uma visibilidade maior, assim como uma experiência política de alianças e confrontos que até então não havia tido. Nessa oportunidade, o poder executivo nacional tentou introduzir no texto da nova Constituição um artigo que garantisse o direito à vida desde a concepção até a morte natural, artigo que finalmente não foi aceito tal como havia sido originalmente proposto. O processo em torno da reforma constitucional contribuiu para a inserção do tema do aborto na cena política. Embora nesse cenário o movimento de mulheres tenha agido defensivamente, esse episódio serviu para fortalecer seu lugar como ator político.

Essa experiência política, somada à força que o movimento internacional de mulheres demonstrava com a mobilização e as conquistas alcançadas nas conferências das Nações Unidas em meados dos anos 1990 – Cairo e Beijing, fundamentalmente –, fortaleceram interna e externamente a capacidade dos grupos de mulheres.

Os profissionais da saúde também foram atores-chave no debate social sobre o aborto na Argentina. Sua posição repousa na legitimidade que têm como comunidade científica e profissional, com peso decisivo no debate, na formação e na aplicação de normas legais que regulamentam a prática do aborto; e, também, na autoridade legal, normativa, social e culturalmente atribuída aos médicos para intervir em matéria de saúde e doença. O único estudo disponível sobre as opiniões dos ginecologistas e obstetras foi realizado na década de 1990 (RAMOS *et al.*, 2001), com profissionais da saúde que atuam nos estabelecimentos públicos na cidade de Buenos Aires e na Grande Buenos Aires, tendo inquirido sua opinião sobre diversos assuntos centrais da agenda da saúde reprodutiva: contracepção, aborto e direitos sexuais e reprodutivos. Quanto à questão do aborto, a maioria dos profissionais consultados opinou que o aborto é um problema de saúde pública de grande relevância (78%); que os médicos devem realizar abortos quando não são ilegais (73,5%); que não se deve penalizar o

aborto praticado para salvar a vida de uma mulher (86,7%), ou nos casos de estupro (83,3%) ou má-formação fetal (82,2%), nem por decisão autônoma da mulher (40%); também indicaram que a descriminalização do aborto é uma estratégia adequada para reduzir a mortalidade materna (79%), e que os hospitais públicos deveriam efetuar o aborto legal (73%).

Embora o acesso ao aborto legal não seja ainda uma realidade em nosso país, nos últimos tempos houve sinais positivos de avanços no plano normativo. Por um lado, sentenças nas máximas instâncias judiciais nas quais se aceita a interrupção da gravidez em situações contempladas pelo Código Penal. No campo das políticas públicas, os compromissos dos ministros da saúde provinciais reunidos no COFESA para atender os abortos não-puníveis nos hospitais públicos, como já mencionado, o *Guia técnico* para o atendimento aos casos de aborto legal do Ministério da Saúde e as regulamentações do aborto legal por parte das autoridades sanitárias de três jurisdições no país. No campo legislativo, a recente aprovação de um projeto de lei para regulamentar os abortos não-puníveis³⁵, como também mencionado, constitui a primeira vez na história legislativa em que um projeto é discutido e um parecer é aprovado em uma das comissões.

Por outro lado, também podem ser observados sinais positivos de avanços no processo político, que podem ser sintetizados nos seguintes pontos:

- a formação e sustentabilidade, a partir de 2005, de uma frente de mais de 200 organizações de mulheres reunidas na Campanha Nacional pelo Direito ao Aborto Legal, Seguro e Gratuito (www.abortolegal.com.ar);
- a visibilidade permanente desse assunto nos meios de comunicação e o espaço conquistado na mídia por vozes que apóiam essa reivindicação (PETRACCI, 2004);
- a sociedade que capilarmente reivindica o acesso à interrupção voluntária da gravidez³⁶;
- os profissionais de saúde, que aparecem publicamente muito mais do que antes como vozes legitimadas para opinar sobre esse assunto;
- a opinião pública, que mostra um consenso majoritário a favor da descriminalização do aborto.

³⁵ Trata-se do já mencionado projeto de lei apresentado pela deputada Juliana Marino (Pr. 0028-D-2007), que visa estabelecer os procedimentos a serem seguidos nos estabelecimentos de saúde públicos, privados e da previdência social, para garantir o direito das mulheres à interrupção da gravidez nos casos de aborto legal. Em junho de 2007 obteve um despacho favorável da Comissão de Saúde e no segundo semestre de 2008 estava sendo analisado pela Comissão de Legislação Penal, a última a se pronunciar antes de seu debate em plenário.

³⁶ Muitos dos últimos casos de ressonância pública foram promovidos por mães de mulheres deficientes estupradas, sem qualquer tradição de ativismo político e sem contatos com grupos feministas ou do movimento de mulheres.

É difícil mensurar o peso relativo das estratégias de incidência do movimento de mulheres que contribuíram para impulsionar esses avanços. Sem dúvida, a diversificação de atores com voz no debate foi decisiva, pois não é o mesmo a reivindicação surgir apenas dos grupos de mulheres ou aparecer por meio de muitos outros atores sociais. Também foi eficaz o discurso que apresenta o aborto como um problema de saúde pública e de justiça social. Problema de saúde pública, porque as complicações de aborto são a primeira causa de mortes maternas; nesse caso, a evidência científica (magnitude da prática do aborto, efeitos do aborto inseguro sobre as mortes maternas) teve um papel esclarecedor e de argumentação-chave. E problema de justiça social porque são as mulheres mais vulneráveis da sociedade que sofrem as conseqüências mais negativas da ilegalidade do aborto, e têm de recorrer a procedimentos inseguros que colocam em risco sua saúde ou sua vida.

Algumas lições desta história brevemente relatada são positivas e animadoras. A primeira é que na Argentina existe uma verdadeira tradição de ativismo político sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos; o movimento de mulheres tem lugar e voz no cenário político e tem uma presença capilar e sempre ativa em espaços muito diversos da sociedade. Também devemos reconhecer que o Estado, em todas as suas manifestações institucionais, está se *aggiornando* ao que acontece na sociedade: há muitas décadas mulheres e homens desta sociedade mantêm práticas sexuais e reprodutivas que escapam às bases normativas vigentes (TORRADO, 2003; CEDES, 2003b). Nesse sentido, o Estado não está dando espaço para novas práticas, mas sim buscando fazer com que as já existentes deixem de ter conseqüências negativas para a saúde, para a vida e para os direitos de grande parte da população. Por outro lado, o debate sobre o aborto nesses anos fortaleceu-se e hoje está estabelecido com base em informação confiável, evidência científica, situações concretas de mulheres reais, que mostram custos intoleráveis da ilegalidade; e o debate se sustenta em um apelo aos direitos das mulheres de não sofrer as conseqüências dos abortos inseguros (www.despenalizacion.org.ar).

Diante desses avanços, há alguns pontos onde ainda deve incidir a ação política. Em primeiro lugar, as estratégias dos setores conservadores ligados à Igreja Católica são permanentemente recriadas e cada dia mais inescrupulosas em termos de forma e conteúdo. Entre as ações empreendidas incluem-se os pedidos de inconstitucionalidade do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, a difusão de informação deliberadamente errônea sobre os efeitos de alguns métodos contraceptivos, como a anticoncepção de emergência, os recursos interpostos que impediram o acesso ao aborto legal por mulheres com deficiência ou transtorno mental estupradas, entre outras. Nesse contexto, novas formas de ação e novos argumentos devem ser pensados e traduzidos para a linguagem da ação política. Em segundo lugar, algumas argumentações deveriam ter mais e melhor visibilidade no debate social: o apelo ao Estado laico e à responsabilidade de legislar para a

diversidade de posições éticas e morais e, mais significativo ainda, o apelo ao direito das mulheres de dispor de seus corpos, ou a preservar sua intimidade nas decisões relativas à sexualidade e reprodução, palavra de ordem que orientou as lutas do feminismo pelo acesso ao aborto legal em muitos outros lugares do mundo.

Para concluir, e como síntese da situação atual em que se encontra a cidadania na Argentina, de modo geral, e daqueles que defendemos o direito das mulheres a exercer sua autonomia em termos de decisões reprodutivas, em particular, citamos um amigo e colega, Pecheny (2006, p.249):

São o Estado e seus representantes que devem justificar por que mantêm regras imorais para o conjunto da população e, em particular, para as mulheres; são o Estado e seus representantes que têm de justificar por que uma mulher que fizer ou consentir num aborto deve ser presa. Não somos nós que devemos justificar o contrário.

Agenda de pesquisa

Para organizar esta seção, são retomadas as dimensões utilizadas para tratar da situação do aborto na Argentina. Assim, para cada uma são indicados os temas que preferivelmente poderiam fazer parte de uma agenda de pesquisa futura.

No tocante à magnitude da prática do aborto, a Argentina conta, desde muito recentemente, com uma estimativa que utilizou as metodologias disponíveis e validadas internacionalmente. Um aprofundamento do conhecimento dessa dimensão do problema será possível se forem feitos no país levantamentos de variáveis sociodemográficas e sanitárias em grande escala, como uma pesquisa de demografia e saúde, por exemplo.

Os aspectos socioculturais do aborto induzido foram escassamente estudados e, embora se conte com alguma informação sobre a prática do aborto entre as mulheres de setores sociais vulneráveis, dever-se-ia prestar mais atenção a essa dimensão do problema em vista das mudanças que estão acontecendo nos comportamentos das mulheres e os provedores, desde a introdução do misoprostol no mercado na Argentina. Também seria necessário contar com algum estudo que permitisse compreender o significado subjetivo e social da prática do aborto entre mulheres e homens de diversas camadas sociais e contextos culturais. Embora a prática do aborto se estenda a todos os setores, não se dispõe de evidência sobre as especificidades de sua prática em contextos diversos. Alguns dos temas específicos poderiam ser:

- o aborto entre as e os adolescentes, especialmente os aspectos relacionados à decisão quanto ao aborto e o impacto no projeto de vida e na morbimortalidade dessa população;

- a relação entre aborto e contracepção, especialmente no processo de mudança de método, e no âmbito de diversos vínculos de casal;
- o papel dos homens nas decisões reprodutivas e, particularmente, diante do aborto, assim como as representações e os valores que guiam seus comportamentos;
- as mudanças na oferta de serviços e nas técnicas abortivas e seu impacto sobre a segurança e a eficácia das práticas, bem como a satisfação das mulheres.

O acompanhamento das tendências dos indicadores dos aspectos sócio-sanitários do aborto é fundamental para um monitoramento da situação e para melhorar o levantamento e análise da informação levantada e processada rotineiramente pelo sistema de informação em saúde nacional. Alguns aspectos centrais que não foram objeto de análise são os custos dos abortos hospitalizados e as análises de custo-efetividade de diversos procedimentos para a interrupção da gravidez.

Os estudos de opinião pública também foram foco de atenção nos últimos anos. Continuar nessa linha de trabalho permite acompanhar a opinião das/dos cidadãs/ãos, insumo imprescindível para as atividades de *advocacy*. Por outro lado, seria particularmente relevante avançar na exploração das opiniões coletadas, com estudos qualitativos que permitam compreender as razões da alta adesão à descriminalização e a algumas razões em particular, assim como a baixa adesão a outras, tal como exposto acima. Perguntas que poderiam orientar os estudos seriam, por exemplo: Quais são os argumentos com os quais os diversos grupos e setores sociais se definem com relação ao aborto? O que significa para eles estar a favor ou contra (a punição ou a legalização) do aborto? Sob que critérios e em que situações aparece legitimada a prática do aborto? Qual é a percepção social existente a respeito do aborto como um direito das mulheres? Quais são as razões apresentadas para a sanção moral e social à prática do aborto?

O tratamento dos aspectos legais do aborto deveria, sem dúvida, avançar muito mais. Seria interessante, por exemplo, contar com análises comparativas das casuísticas dos processos penais abertos por aborto, assim como os episódios nos quais houve a mediação de uma autorização judicial para fazê-lo com base em alguns dos casos legalmente permitidos. Essas análises permitiriam captar a evolução da jurisprudência, de maneira a estabelecer se houve ou não mudanças na interpretação por parte da administração de justiça, mesmo quando as bases normativas não tenham sofrido modificações substanciais nem tenham sido restringidas. Também nessa linha valeria a pena encarar uma revisão dos projetos de lei para a descriminalização ou legalização do aborto, ou para reduzir as restrições vigentes ou eliminar as exceções descriminalizadoras que estão sendo elaboradas ou discutidas nas comissões parlamentares, no movimento de mulheres ou nos partidos políticos, e também, do debate que estes suscitaram nesses âmbitos.

Por outro lado, a análise da dimensão pública e política do aborto induzido parece ser imprescindível. A relevância de estudar as coordenadas ideológicas e políticas do aborto induzido justifica-se à luz das mudanças operadas no cenário público na Argentina nos últimos anos. Diversos discursos e atores sociais e políticos, em diferentes perspectivas, algumas vezes complementares, outras contraditórias ou divergentes, incorporaram a preocupação sobre o aborto às suas agendas de discussão e estratégias de ação na última década. Nesse sentido, os atores sociais e políticos merecem maior esforço de pesquisa, já que não foram habitualmente foco de análise. Os meios de comunicação também são escassamente analisados na Argentina e, devido ao seu papel cada vez mais central no debate social, deveriam ser motivo de estudos no curto prazo. A centralidade alcançada pelos meios de comunicação nestes tempos obriga a repensar a análise dos discursos, mensagens e imagens que fazem circular em referência ao aborto. E estudos deveriam ainda focar a dinâmica, os comportamentos e as atitudes políticas e ideológicas dos atores envolvidos nas decisões jurídico-legais e nas políticas públicas sobre aborto (a classe política inclusive), e daqueles que se sentem diretamente afetados por medidas a ele relativas, como provedores de saúde, operadores de justiça, membros da hierarquia e fiéis da Igreja Católica e de outras religiões.

Para concluir, se entendemos que a pesquisa pode ser um subsídio extremamente útil para a ação política, a agenda de pesquisa sobre o aborto, tanto na Argentina como em outros países da região, deve ser ampla e multidisciplinar, de maneira que mais e melhor conhecimento de alta qualidade possa iluminar o debate e a mudança social.

Referências

- AGI-THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto clandestino:** una realidad latinoamericana. New York, 1994.
- ALLER ATUCHA, L.; PAILLES, J. **La práctica del aborto en Argentina.** Buenos Aires: Marketing y Promoción Social para la Calidad de Vida, 1997.
- ARGENTINA. **Egresos de establecimientos oficiales por diagnósticos 2005.** Buenos Aires, 2007. (Serie 11, n.1).
- _____. **Estadísticas vitales:** información básica 2006. Buenos Aires, 2007. (Serie 5, n.50). Disponível em: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro50.pdf>.
- _____. **Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles.** Buenos Aires, 2007. Disponível em: <http://www.despenalizacion.org.ar/politicas.html>.
- _____. Ministerio de Salud de la Nación. **Encuesta Nacional Nutrición y Salud.** Buenos Aires, 2005. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/hm/Site/ennys/site/default.asp>.
- _____. **Guía para el mejoramiento de la atención post aborto.** Buenos Aires, 2005. Disponível em: <http://www.despenalizacion.org.ar/politicas.html#protocolos>.
- _____. **Egresos de establecimientos oficiales por diagnósticos, total país y división político territorial, 2000.** Buenos Aires, n.19, 2003.
- _____. **Egresos de establecimientos oficiales por diagnósticos, total país y división político territorial 1995.** Buenos Aires, n.18, 1998.
- _____. **Egresos de establecimientos oficiales por diagnósticos, 1990.** Buenos Aires, n.16, 1993.
- _____. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Dirección de Estadísticas de Salud y OPS/OMS. **Estudio de la mortalidad materna:** análisis del subregistro de las muertes maternas en Capital Federal (1985). Buenos Aires, 1989.
- BERGALLO, P. Equidad de género: experiencias y perspectivas para su exigibilidad judicial. In: CELS – CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES. **La aplicación de los tratados de derechos humanos en el ámbito local:** la experiencia de una década (1994-2005). Buenos Aires: CELS, 2007.
- BIDART CAMPOS, G. Autorización judicial solicitada para abortar. **El derecho,** Buenos Aires, n.114, p.184, 1985.

BÖHMER, M. *et al.* **Aborto por motivos terapéuticos:** artículo 86, inciso 1 del Código Penal Argentino. Buenos Aires: CEDES; FLACSO–Sede Académica de Argentina, 2006. Disponible em: http://www.cedes.org/descarga/aborto_terapeutico.zip.

BONGAARTS, J. The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. **Stud Fam Plann**, New York, v.13, n.6/7, p.179-89, 1982.

_____. A framework for the analysis of the proximate determinants of fertility. **Population Development Review**, New York, v.4, n.1, p.105-32, 1978.

BUENOS AIRES (Ciudad). Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. **Resolución n.1.174–MSGC:** se aprueba el procedimiento para la "atención profesional de prácticas de aborto no punibles". Buenos Aires, 2007. Disponible em: <http://www.despenalizacion.org.ar/politicas.html#resoluciones>.

_____. (Provincia). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. **Protocolo de aborto no punible.** Buenos Aires, 2007. Disponible em: <http://www.despenalizacion.org.ar/politicas.html#protocolos>.

CEDES–CENTRO DE ESTUDIOS DE ESTADO Y SOCIEDAD. **Morbilidad materna severa en la Argentina:** estimación de la magnitud del aborto inducido; resumen ejecutivo. Buenos Aires, 2007. Disponible em: <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>.

_____. **Salud y derechos sexuales y reproductivos:** la opinión pública; resumen ejecutivo. Buenos Aires, 2006. Disponible em: <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>.

_____. **Encuesta de opinión pública salud y derechos sexuales y reproductivos:** resumen ejecutivo. Buenos Aires, 2004. Disponible em: <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>.

_____. **Encuesta de opinión pública sobre salud reproductiva:** resumen ejecutivo. Buenos Aires, 2003a. Disponible em: <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>.

_____. Área salud, economía y sociedad: la salud y los derechos sexuales y reproductivos: 2000-2003, un período de avances y retrocesos. In: CELS–CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES. **Derechos humanos en la Argentina:** informe 2002-2003. Buenos Aires, 2003b.

CHIAROTTI, S. Mujeres y derechos humanos: convergencias y tensiones entre dos movimientos sociales. In: YAMIN, A. E. (Comp.). **Los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina.** México: Plaza & Valdés, 2006.

COFESA–CONSEJO FEDERAL DE SALUD. **Compromiso para la reducción de la mortalidad materna en la Argentina.** Buenos Aires, 2004. Disponible em: <http://www.despenalizacion.org.ar/politicas.html#programas>.

FERRANDO, D. **Clandestine abortion in Peru:** facts and figures. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; Pathfinder International, 2002.

GASLONDE, S. *et al.* **Análisis preliminar de algunos datos sobre aborto provenientes de encuestas en América Latina.** Santiago de Chile: CELADE, 1973.

GIL DOMÍNGUEZ, A. Solicitud de autorización judicial y amaro bioético. **El Derecho**, Buenos Aires, n.5, p.549-58, 2000.

INGENAR-INSTITUTO DE GÉNERO, DERECHOS Y DESARROLLO; CLADEM-COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER. **Con todo al aire:** reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Rosario, 2003. Disponible em: http://www.tau.org.ar/upload/ec225b48f3813b18d3b9eaafbe3a3ed5/con_todo_al_aire_reporte.doc.

INSUA, I. **Morbilidad materna severa en la Argentina:** prevención y calidad de la atención para reducir la incidencia y las consecuencias adversas del aborto; informe final del componente "Análisis de las fuentes secundarias disponibles sobre egresos hospitalarios por aborto de establecimientos oficiales". Buenos Aires: Comisión Nacional Salud Investiga; Ministerio de Salud de la Nación, 2006. (Mimeo).

JOHNSTON, H.; HILL, K. Induced abortion in the developing world: indirect estimates. **International Family Planning Perspectives**, New York, v.22, n.3, p.108-137, 1996.

LÓPEZ, E.; MASAUTIS, A. Aborto en el conurbano de Buenos Aires: opiniones, evidencias e interrogantes. In: ENCUENTRO DE INVESTIGADORES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Determinantes del aborto y factores asociados. **Anais...** Santafé de Bogotá: Universidad del Externado de Colombia, 1994.

MOTTA, C.; RODRÍGUEZ, M. **Mujer y justicia:** el caso argentino. Buenos Aires: Banco Mundial, 2001.

OMS-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Study group: a comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v.85, 2007.

_____. **Aborto sin riesgos:** guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra, 2003. Disponible em: http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/safe_abortion/index.html.

ONU-ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Situación de salud en las Américas:** indicadores básicos 2006. Washington, 2006. (OPS7HDM/HA/06.01, 2006).

_____. **Karen Noelia Llantoy Huamán v. Peru:** communication n.1153/2003. Ginebra, 22 nov. 2005. (UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005)).

_____. Comité Internacional de Derechos Humanos. **Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Argentina.** Ginebra, 2000. (UN Doc. CCPR/CO/70/ARG, 03/11/2000).

OPS-ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud en las Américas.** Washington, v.1, 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/SAP14.pdf>.

PECHENY, M. La investigación sobre política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. In: PETRACCI, M.; RAMOS, S (Comp.). **La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina:** aportes para comprender su historia. Buenos Aires: CEDES; UNFPA, 2006.

PETRACCI, M. Opinión pública sobre interrupción voluntaria del embarazo y despenalización del aborto en la Argentina y América Latina. **Hoja Informativa,** Buenos Aires, n.1, abr.2006.

_____; RAMOS, S. (Comp.). **La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina:** aportes para comprender su historia. Buenos Aires: CEDES; UNFPA, 2006.

_____. **Salud, derechos y opinión pública.** Buenos Aires: Norma, 2004.

PUJÓ, S.; DERDOY, M. Algunas notas críticas sobre el tratamiento judicial del aborto en Argentina. **Anuario de Derechos Humanos,** Santiago de Chile, Facultad de Derecho, Universidad de Chile, Centro de Derechos Humanos, n.3, 2007.

RAMOS, S. *et al.* Maternal mortality in Argentina study group: a comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina; translating multicentre collaborative research into action. **Bulletin of the World Health Organization,** Geneva, v.85, n.8, p.615-22, 2007.

_____ *et al.* **Para que cada muerte materna importe.** Buenos Aires: CEDES; Ministerio de Salud de la Nación, 2004. Disponible en: http://www.cedes.org/english/descarga/mortalidad_materna.zip.

_____ *et al.* **Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto:** ¿una transición ideológica? Buenos Aires: CEDES, 2001.

_____; VILADRICH, A. **Abortos hospitalizados:** entrada y salida de emergencia. Buenos Aires: CEDES, 1993.

ROMERO, M.; ZAMBERLIN, N.; GIANNI, M. C. **La calidad de la atención en las complicaciones de aborto:** un desafío para la salud pública y los derechos humanos. Rio de Janeiro, 2006. (Mimeo). (Trabalho apresentado ao 11^o Congresso Mundial de Saúde Pública, Rio de Janeiro).

ROSARIO. Concejo Municipal. **Ordenanza n. 8.186:** Protocolo de Atención Integral para la Mujer en Casos de Aborto no Punible. Rosario, 2007. Disponible en: <http://www.despenalizacion.org.ar/politicas.html#protocolos>.

ROSENSTEIN, M.; ROMERO, M.; RAMOS, S. A closer look at women who die outside of the health system. **Maternal and Child Health Journal**, Netherlands, v.7, n.3, ago.2007.

SERNAM-SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER; INE-INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. **Las mujeres chilenas:** estadísticas para el nuevo siglo. Santiago de Chile, 2001.

SINGH, S.; WULF, D. Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos. **International Family Planning Perspectives**, New York, v.20, n.especial, p.4-13, 1994.

STEELE, S.; CHIAROTTI, S. With everything exposed: cruelty in post-abortion care in Rosario, Argentina. **Reproductive Health Matters**, Londres, v.12, n.24, nov.2004.

TORRADO, S. **Historia de la familia moderna (1870-2000)**. Buenos Aires: La Flor, 2003.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF; UNFPA. **Maternal mortality in 2000:** estimates developed. Ginebra, 2004a. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_mortality_2000/mmepdf.

_____. **Unsafe abortion:** global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4.ed. Ginebra: WHO, 2004b.

ZAMBERLIN, N.; GIANNI, M. C. **Acceso, saberes y experiencias acerca del aborto con medicamentos:** el circuito del misoprostol en la Ciudad de Buenos Aires; informe ejecutivo. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 2007. (Mimeo). (Trabajo presentado a VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, ago.2007).