

A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina

Miriam Ventura

Resumo O objetivo desse artigo é apontar os principais aspectos de saúde, bioéticos e jurídicos que envolvem a mortalidade materna e os limites e possibilidades de uma intervenção ética e jurídica para redução dessas mortes.

Palavras-chave: Mortalidade materna. Direitos e saúde reprodutiva feminina. Bioética.



Miriam Ventura

Especialista em Bioética pelo Instituto Fernandes Filgueiras/Fiocruz, mestre e doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, advogada e consultora jurídica, professora de direito civil, integrante do Comitê de Bioética do Instituto Nacional do Câncer – INCA/Ministério da Saúde, e da Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB/RJ

O fenômeno da mortalidade materna envolve aspectos de saúde, éticos, jurídicos e sociais, revelando de forma privilegiada que o estado de saúde de uma pessoa está relacionado com o grau de liberdade, igualdade e de justiça social no qual vive. Essas dimensões dos agravos de saúde e as relações que eles estabelecem, afetando o estado de bem estar do indivíduo, são, em geral, pouco consideradas na formação e na prática médica e jurídica, perdendo-se a oportunidade de estimular a auto-reflexão desses profissionais e a busca por um modelo biomédico e jurídico mais adequado para o enfrentamento de graves problemas de saúde.

A mortalidade materna revela graves falhas do Estado no seu dever de proteção à vida, liberdade e saúde femininas, mas também aponta as persistentes desigualdades entre os gêneros e a maior responsabilidade e custo pessoal atribuídos à mulher na procriação. Além disso, como aponta Schramm, *o sistema de práticas humanas que dizem respeito ao âmbito dos cuidados em saúde da mulher e da criança é fortemente afetado por emoções, crenças, interesses e valores, muitas vezes conflitantes entre si e que podem, em alguns casos, produzir verdadeiros dilemas morais*¹. Mostram isso a escolha entre salvar a vida da gestante ou a do feto no momento do parto; a gravidez indesejada e a decisão de realizar ou não o aborto, dentre outros. Ambos os exemplos podem se constituir causas de morte materna, especialmente nos países onde há baixa qualidade dos serviços e dificuldades no acesso à assistência à saúde, que se somam a acen-

tuadas desigualdades sociais e entre os gêneros. Também a existência de leis mais restritivas em relação à contracepção e ao aborto voluntário, aumenta a gravidez indesejada e os abortos inseguros e, por conseqüência, as mortes maternas.

A vulnerabilidade socialmente produzida em relação às mulheres é comprovadamente co-fator determinante de sua morbidade e mortalidade, especialmente, as restrições impostas à autonomia reprodutiva feminina, como o seu reduzido poder para se proteger de doenças sexualmente transmissíveis nas relações sexuais bem como da gravidez indesejada; o alto índice de abuso e violência sexual, dentre outros. Um aspecto perverso é que alguns desses co-fatores determinantes do *status* da saúde das mulheres podem variar entre as próprias mulheres. Por exemplo, as mulheres mais pobres são mais vulneráveis aos abortos inseguros e clandestinos, enquanto as mulheres de melhor condição econômica têm acesso a abortos mais seguros, mesmo que clandestinos. As mulheres negras, indígenas e migrantes sofrem maior discriminação no acesso à saúde e são mais vulneráveis às violências, como apontam as pesquisas nacionais ² e as recomendações dos Comitês de Monitoramento das Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CERD), e sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulher (CEDAW) ^{3,4}. Esses comitês das Nações Unidas têm a função de monitoramento (ou vigilância) das atividades dos países na implementação dos direitos humanos, elaborando recomendações específicas com base

nos relatórios periódicos apresentados pelos países, e recomendações gerais para os países signatários desses instrumentos, visando o correto cumprimento de determinados aspectos dessas convenções.

Os estados de saúde da mulher e também da criança, inevitavelmente, apresentam uma *intersecção substancial* com a *condição de agente* das mulheres, como responsáveis por essa melhoria, como demonstra Sen ⁵. Porém, para alcançar essa *condição de agente* se faz necessário que se garanta e promova a autonomia pessoal das mulheres, que significa garantir-lhes o poder de dispor de si mesmas de forma integral e de ter capacidade para o exercício desse poder, ou seja, ter a capacidade para distinguir e adotar a ação apropriada; ter livre escolha para tomar uma decisão. Para tanto, devem-se estabelecer as condições e os meios adequados para o seu desenvolvimento e exercício efetivo. Nesse sentido, leis, políticas e ações que garantam a liberdade sexual e reprodutiva, e estabeleçam medidas para o alcance da equidade entre os gêneros, constituem intervenções eticamente relevantes e necessárias para a redução da morbidade e mortalidade feminina.

Antecedentes históricos

A preocupação sobre o tema da mortalidade materna é bem antiga no âmbito da saúde. Já no século XVIII havia preocupação com as mortes de mulheres da elite européia, causadas por infecção puerperal, em partos hospitalares. Em meados do século XIX foram estabelecidas medidas para prevenir infecções e o

uso de técnicas cirúrgicas para partos difíceis. O resultado foi a redução acentuada dessas mortes entre os anos 1860 e 1939 ^{6,7}. Além de medidas de cuidados obstétricos foram adotadas outras, relacionadas à coleta de dados sobre essas mortes, bem como à organização, fiscalização e regulação dos serviços e das ações médicas. Surgiram, assim, os primeiros *comitês de morte materna*, nos Estados Unidos (EUA), no ano de 1930, e na Grã-Bretanha, em 1950, com o objetivo de investigar as causas das mortes e as possíveis falhas na assistência, buscando apontar os melhores esquemas terapêuticos para redução desses problemas, além de elaborar recomendações (normas técnicas) para os serviços obstétricos, propondo, inclusive, mudanças nos regulamentos e definições de responsabilidades, deveres e direitos da equipe obstétrica. Tais medidas fizeram com que as taxas de mortalidade materna continuassem caindo de forma acentuada nos anos seguintes ⁷.

Essas iniciativas revelavam a consciência de que a morte materna era evitável e que a responsabilidade por ela cabia, principalmente, aos serviços de saúde e, em especial, aos médicos. As abordagens éticas e jurídicas relacionada às responsabilidades dos profissionais na assistência obstétrica e aos serviços de saúde são relevantes no modelo de intervenção delineado.

Para alguns, essas ações iniciais explicavam a redução das altas taxas do início do século XX nos países desenvolvidos. Outros, criticando esse foco reduzido à assistência obstétrica, associavam a redução da mortalidade materna à melhoria das condições de vida, saúde e

cidadania das mulheres nesses países, apontando esses fatores como os principais agentes para a diminuição da morte materna. Ambos, contudo, concordavam que essas mortes são evitáveis por medidas relativamente simples, bastante conhecidas e que a melhoria da assistência à saúde da mulher é central para o enfrentamento da questão ⁶.

Aspectos epidemiológicos e da assistência à saúde

A morte materna é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a morte *de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais* ⁶.

Nos países desenvolvidos as razões de mortalidade materna são inferiores a 20 a 10 mortes de mulheres para cada 100.000 nascidos vivos ^{2,6}. Já nos países em desenvolvimento, esses indicadores atingem níveis muito altos: 230/100.000 na Bolívia e 523/100.000 no Haiti, por exemplo ². Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), no Brasil em 2002 a razão era de 53,4 mortes de mulheres para cada 100.000 nascidos vivos, podendo-se considerar que poderiam chegar a 74,76 e 106,8, se aplicados os índices de correções sugeridos na própria pesquisa ^{2,6}.

As principais causas do óbito materno são em geral classificadas como: *obstétricas diretas*,

quando resultantes de complicações exclusivas à gestação; obstétricas indiretas, quando resultantes de condições pré-existentes, mas agravadas pela gestação; e não obstétricas ou não relacionadas, quando resultantes de outras causas acidentais ou incidentais que aconteceram durante a gravidez, mas sem relação com ela ⁶. As principais causas diretas são hemorragias, correspondendo a aproximadamente 25% do total de casos, seguida pela infecção com 15%, complicações de aborto inseguro com 13% e a eclampsia com 12%.

Pesquisas internacionais indicam que as causas diretas de morte materna correspondem a aproximadamente 80% do total de eventos e são evitáveis, em proporções que variam conforme a realidade de cada país e região ⁶. No Brasil, as causas obstétricas diretas correspondem a 67,1% do total e as diferenças regionais ainda são grandes, registrando-se 56% na região Norte e 22,9% no Sul ⁸.

Considerando que o aborto inseguro é uma dessas causas diretas de óbito materno, cujo índice de 13% pode ser considerado relevante, é interessante comparar essa taxa de mortalidade ⁹ com o tipo de lei adotada pelo país em relação ao aborto e à anticoncepção ¹⁰. Esse exercício permite inferir que há uma relação substancial entre uma maior incidência de mortalidade materna por causas evitáveis nos países com leis mais restritivas, as quais, conseqüentemente, resultam em maior número de gravidez indesejada. No Brasil, o aborto só é permitido no caso de gravidez resultante de violência sexual ou risco de morte da gestante. A lei não permite o aborto

no caso de *risco para a saúde* da gestante, nem mesmo os casos em que a gestação possa levar ao agravamento do estado de saúde da mulher, mas não à morte, apesar de alguns julgados favoráveis nesse sentido. Como o aborto inseguro é identificado como responsável por 11% das causas diretas de morte materna no país não é leviano associar essas circunstâncias às restrições legais para a realização do aborto legal. As demais causas diretas são os transtornos hipertensivos (22%), complicações no momento do parto (14,8%) e no puerpério (14,8%), que revelam deficiências na assistência à saúde materna ⁸.

A institucionalização de medidas para a redução da morte materna no Brasil foi bastante tardia. Somente a partir de 1977 o sistema de saúde brasileiro iniciou a publicação de dados dessas mortes e seu envio à OMS, cujos resultados registravam altos índices de mortalidade e refletiam as imensas desigualdades regionais. Apenas em 1988 com a promulgação da Constituição Federal foi introduzida a noção de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Essa perspectiva, adotada pela Constituição, operou uma profunda mudança no sistema de saúde público brasileiro, regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Além dessa lei, chamada Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde materna e infantil conta, ainda, com regulamentação específica no Estatuto da Criança e Adolescente, aprovada no mesmo ano de 1990. As questões de saúde reprodutiva e sexual são tratadas também pela Lei Federal 9.263, de 12 de

janeiro de 1996, Lei do Planejamento Familiar, que regulamenta o dever do Estado à assistência integral, autorizando, no inciso I do seu art. 10, a esterilização cirúrgica voluntária *em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos* ¹¹.

No âmbito da organização dos serviços de saúde, a partir do ano 1992, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a reorganização dos mesmos, por intermédio de medidas ministeriais normativas (portarias), as quais visavam estimular ações e disponibilizar recursos para reversão do grave quadro de mortalidade materna e neonatal. Tal processo gerou mudanças significativas nas políticas e ações no nível federal do sistema, com resultados positivos.

Basicamente o enfoque do governo federal é no sentido da ampliação e da organização do acesso à assistência obstétrica, com claro objetivo de resolver as questões emergenciais e persistentes de saúde materna, bem como alcançar a melhoria na relação da equipe de saúde com as pacientes, em processo denominado *humanização da assistência*. Também é destacada a responsabilização dos gestores estaduais e municipais na promoção e garantia dos direitos das mulheres e das crianças, buscando o gestor federal disponibilizar financiamentos próprios, por meio de diversos programas, que visam estimular a adoção das medidas recomendadas. A estrutura dos serviços dá ênfase à criação de comitês hospitalares de caráter técnico-consultivo ¹² para estudo da mortalidade materna e neonatal, nos níveis

estadual e municipal, planejados para atuar como instrumento de avaliação.

As primeiras iniciativas oficiais de criação de Comitês de Morte Materna, como instâncias fiscalizadoras e reguladoras, foram nos Estados de São Paulo e do Paraná ^{13,14}. No nível federal, somente no ano 1994, o Ministério da Saúde criou a Comissão Nacional de Mortalidade Materna, fixando os objetivos e funções dessa instância e dos comitês locais. A Comissão e os comitês brasileiros têm caráter técnico-consultivo e as funções de acompanhamento, articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas na questão. São compostos por instituições governamentais bem como por representantes da sociedade civil e atuam de forma sigilosa, confidencial, não coercitiva e educativa. Seu objetivo é, basicamente, realizar levantamentos que possibilitem o diagnóstico da situação e recomendar ações para a redução das mortes ¹⁵.

Além desses fatores relacionados especificamente à assistência à saúde os gestores da área reconhecem que a desvalorização da mulher na sociedade, a pobreza e a pouca escolaridade, são co-fatores determinantes na morbidade e mortalidade feminina, frente aos quais são recomendadas medidas educacionais e socioeconômicas para reduzir esse grave quadro. Também é bastante enfatizada a necessidade de regulamentar o aborto voluntário, para que deixe de influir sobre as taxas de morte materna, além de ser preciso consolidar o acesso aos métodos contraceptivos nos serviços públicos de saúde, garantido pela Lei de Planejamento Familiar.

Nesse sentido é importante lembrar que a *Conferência das Nações Unidas de População e Desenvolvimento* realizada no Cairo (1994), e na *Conferência Mundial da Mulher*, em Pequim (1995) manifestaram a preocupação com as restrições impostas à autonomia reprodutiva, por leis e políticas públicas de diversos estados nacionais. Tais preocupações resultaram na incorporação da concepção de direitos reprodutivos, como prerrogativas dos sujeitos, fundamentada nos direitos humanos. Essa concepção deu origem a várias recomendações objetivas para que os países reformulem suas leis e políticas públicas, de forma a garantir: i) o direito das pessoas à não-intervenção em suas escolhas individuais, relacionadas ao exercício da reprodução e sexualidade; ii) o acesso às informações e aos meios adequados para o exercício da autonomia sexual e reprodutiva, com especial atenção para a vulnerabilidade feminina nessas relações. Uma recomendação especial é a revisão das leis restritivas em relação ao aborto voluntário, considerando que sua prática clandestina e insegura constitui um grave problema de saúde pública, com sérias repercussões sociais para as mulheres, as famílias e a sociedade ¹⁶.

No Brasil, a incidência de morte materna por causas evitáveis é ainda muito grande, revelando as deficiências do nosso sistema de saúde; as desigualdades sociais e entre os gêneros; a legislação bastante restritiva referente ao aborto voluntário; bem como a distância significativa entre a lei e a prática da assistência à saúde da mulher. Tais distorções são fontes de conflitos éticos e jurídicos relevantes, entre pacientes e instituições de

saúde, entre pacientes e profissionais de saúde, entre pacientes e as leis. Alguns deles serão brevemente abordados a seguir.

Aspectos éticos e jurídicos

Uma primeira questão ética e jurídica relevante é o dever de sigilo e confidencialidade das informações estabelecido para os comitês de mortes maternas bem como a ausência de poder coercitivo e punitivo destes. Alguns defendem a atribuição de poder coercitivo e punitivo aos comitês, fundamentados no dever ético de agir contra aquele que comprovadamente causou uma morte. Argumentam que em face da comprovação do erro, da imperícia ou da negligência de um profissional que está atuando no sistema de saúde, há justa causa para a quebra do sigilo e da confidencialidade das informações, devendo prevalecer o dever do Estado de proteger a vida das mulheres, o que exige agir rapidamente e punir os infratores. Os que defendem o modelo atual justificam que o caráter não punitivo e coercitivo dos comitês é elemento central para obter informações mais detalhadas e seguras sobre as causas das mortes, que poderiam ser sonegadas pelos profissionais por receio de punições administrativas e judiciais ¹⁶. Nesse sentido, privilegiam as funções educativas e de monitoramento dos comitês, como um tipo de intervenção ética mais eficiente e efetiva para a melhoria dos registros de óbito materno, ainda hoje bastante subnotificados ^{6,8} e, conseqüentemente, para a prevenção de novas mortes. As perspectivas éticas das duas linhas argumentativas são bastante claras.

A primeira fundamentada em uma ética do dever (deontológica) centra sua análise na ação individual do agente (o profissional de saúde) que cometeu um ato ilícito e antiético. A segunda adota um tipo de utilitarismo e centra sua análise nas conseqüências da quebra de sigilo e confidencialidade com fins persecutórios contra os profissionais, que poderia resultar em maior subnotificação dessas mortes, com conseqüências graves para o delineamento de políticas e ações de saúde. Concluem que o modelo atual maximiza os benefícios para um número maior de mulheres, pois com a melhora do sistema de informação e monitoramento, amplia-se a possibilidade de atuação mais adequada para a melhorar também a assistência à saúde materna.

O impasse decorrente dessas duas linhas argumentativas aponta para uma alternativa voltada a evitar a impunidade nos casos de morte materna: a proposta é ampliar a divulgação de informações sobre a morte materna e em como pode ser evitada, buscando desnaturalizá-la e evidenciar que esse tipo de morte constitui uma grave violação do direito à vida e à saúde, e não um evento natural ou divino, que possa ser considerado um sacrifício feminino digno, em prol de uma nova vida. Nesse sentido, ganha importância o papel educativo dos comitês e do setor saúde em geral, bem como a compreensão dos profissionais do sistema de justiça de que sendo a maioria dessas mortes evitável constituindo-se, portanto, em grave violação de direito, cabe frente a elas instaurar uma atuação jurídica preventiva e reparadora.

Um elemento importante para o êxito da alternativa proposta é a ampliação ao acesso à justiça (ou a *judicialização* dessa demanda) na busca de reparação civil pelos danos morais e materiais individuais às famílias, em razão das mortes dessas mulheres, bem como de ações judiciais coletivas contra os gestores de saúde, buscando acelerar a implementação de ações para a melhoria da qualidade e do acesso à assistência à saúde da mulher¹⁷. O Ministério Público de alguns estados e da União Federal em parceria com segmentos da sociedade civil organizada têm tido uma atuação importante para efetivar essa proposta^{18,19}.

Outro aspecto importante é a qualificação legal delituosa do aborto voluntário, que como já referido tem peso considerável na vulnerabilidade feminina e na mortalidade materna. As discussões éticas sobre o tema do aborto são consideradas *por alguns autores como um autêntico paradigma do conflito de interesses entre mãe e feto*¹. Outros, porém, consideram que não há conflito de interesses, porque o feto não tem *competência para sentir e querer*¹, ou seja, há apenas o interesse da mulher em ter ou não filhos, que constitui um aspecto de seu direito de liberdade de não reproduzir-se, tratado na maioria das leis nacionais.

No âmbito da discussão sobre a reforma das leis restritivas ao aborto voluntário, estudos demonstram¹⁰ que, em geral, a moralidade e legalidade das normas vigentes estão diretamente relacionadas ao tempo de gestação e a circunstâncias específicas, como no caso de gravidez que implique em risco à vida e saúde da gestante ou resultante de estupro. Consta-

ta-se que a morte de um ser humano em desenvolvimento não é tratada ou considerada da mesma forma que a de um ser humano nascido, mas também não é desconsiderada. Somente algumas crenças religiosas e posições mais conservadoras atribuem igual valor ao ser humano em qualquer grau de desenvolvimento e defendem a proteção pelo Estado do direito à vida desde a concepção, como um direito natural e absoluto. Esse tipo de defesa da vida do ser humano desde a concepção implica em atribuir-se à mulher o dever de gestação como uma obrigação natural, quer seja a gravidez resultante de uma relação sexual voluntária ou não. Os mais radicais defendem que mesmo a gravidez que implique em risco de vida ou de saúde para a mulher não deve ser interrompida, pois os avanços atuais da medicina permitiriam reduzir os riscos de morte e de agravamento do estado de saúde da gestante.

Duas são as dificuldades no debate em relação à justificação do direito da mulher ao aborto voluntário: uma delas é identificar, normalmente, a partir de uma base científica das ciências naturais, uma fase do processo de desenvolvimento biológico que possa ser moralmente significativa para justificar as restrições legais à liberdade reprodutiva feminina. Apesar de ser considerado um equívoco (uma *falácia naturalista*) deduzir-se um valor ético (*o que deve ser*), como a autonomia reprodutiva, de um fato (*do que é*) ou a partir das características naturais do ser, as discussões no campo do direito e a maioria das leis vigentes persistem em relacionar a liberdade reprodutiva feminina ao desenvolvimento do feto ou as circunstâncias da gravidez.

Uma segunda dificuldade é deliberar sobre quem é legítimo para decidir sobre o aborto e em que circunstâncias - a mulher, o casal, a sociedade (plebiscito ou não?), as instituições judicial, legislativa ou médica? Há ainda a questão de estabelecer um acordo sobre se deve prevalecer a concepção mais individualista e liberal, garantindo o direito ao aborto como prerrogativa exclusivamente da mulher; ou a concepção mais comunitária ou social, que apesar de considerar a autonomia da vontade como condição fundamental da dignidade humana, defende que as liberdades devem ser estabelecidas a partir das formas sociais e das situações de convivência prevalentes, recomendando, por exemplo, que a decisão sobre a legalização de aborto deva ser objeto de plebiscito.

Os conflitos éticos que são gerados na prática da saúde, pela norma penal restritiva ao aborto no Brasil, são significativos. Por exemplo, o caso do profissional de saúde que é informado pela paciente que não deseja manter a gestação e que vai realizar o aborto de forma clandestina e, presumidamente, em condições inseguras e com risco de seqüelas graves e até de morte. A proibição legal de o profissional realizar o ato confronta com o princípio ético da beneficência e autonomia. Da beneficência porque o profissional está proibido por lei de utilizar um procedimento ou uma terapia que beneficie e/ou evite possíveis danos à paciente. O da autonomia porque a lei restringe a escolha da mulher, que pode ter conseqüências graves resultante da negativa de acesso ao procedimento no sistema oficial de saúde. Sugere-se, então, que a conduta ética profissional adequada, baseada nos princípios referidos anterior-

mente e resguardada pelo dever de sigilo e confidencialidade, deve oferecer o máximo de informações sobre os tipos de intervenções utilizadas para a realização do aborto, bem como, esclarecer sobre aquelas menos danosas para a saúde da paciente. O encaminhamento a outros profissionais que possam auxiliá-la nesta difícil decisão, como advogados, psicólogos, assistentes sociais etc, também é recomendável.

Outra questão ética e legal relevante no debate sobre a mortalidade materna é o atendimento médico da mulher em processo de abortamento provocado por ela ou por terceiros. Até pouco tempo os profissionais nutriam uma dúvida que repousava na suposição de um embate entre a lei e a deontologia, ou seja, na interpretação dos dispositivos legais frente ao Código de Ética Médica (CEM). Tratando-se o aborto de fato criminoso, estaria o profissional, na condição de cidadão, obrigado de denunciá-lo à segurança pública como qualquer outro fato criminoso do qual tenha conhecimento? Nesse caso não estaria infringindo o código de ética profissional, que impõe o dever do sigilo e confidencialidade do médico?

O exame da lei, porém, mostra que, na verdade, tal questionamento não existe, pois as leis criminal e civil brasileira eximem os profissionais de saúde de denunciar fato criminoso que exponha seu paciente a processo criminal quando tal conhecimento decorra de sua função. A quebra de sigilo e a obrigatoriedade da denúncia só são cabíveis para proteger a própria paciente. Recentemente, o Ministério da Saúde expediu *Norma Técnica de Atenção*

*Humanizada ao Abortamento*²⁰ informando sobre os direitos e deveres dos profissionais de saúde também nesses casos.

O sentido da lei brasileira de preservação do sigilo profissional no âmbito da assistência à saúde é a de proteção máxima da vida da pessoa e o dever de beneficência desses profissionais. A obrigação de denúncia, certamente, afastaria a pessoa que cometeu um fato delituoso do serviço de saúde e lhe imporia uma pena de grave lesão à sua integridade física ou até mesmo de morte. Sendo assim, condutas profissionais que preservem o sigilo e cumpram o dever de respeito e assistência integral a paciente nesse estado é, sem dúvida, uma ação legal e ética favorável à redução de morte materna²¹.

Os conflitos gerados pela lei brasileira sobre aborto são infundáveis. Exemplifica o debate atual no Supremo Tribunal Federal que se refere à possibilidade de aborto no caso de gestação de fetos anencéfalos, gestação que pode implicar em aumento dos riscos de agravos de saúde durante a gravidez. A ação judicial foi proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde com o objetivo de pôr fim às dúvidas dos profissionais sobre a legalidade da realização de aborto nesses casos, tendo em vista a existência de muitas decisões judiciais favoráveis e algumas desfavoráveis à legalidade do aborto em tais circunstâncias. É relevante para essa discussão considerar que a vida extra-uterina do feto é inviável; os riscos e custos de uma gravidez que não terá o desfecho esperado, com grande sofrimento para a mulher; e que a ausência de previsão expressa no Código

Penal Brasileiro, aprovado no ano de 1940, de que não há crime de aborto no caso de feto inviável, certamente decorre da impossibilidade de se prever à época a possibilidade de comprovação desse fato. Contudo, não estar expresso na lei, por si só, não impede o juiz de decidir, baseado nos princípios constitucionais e em uma interpretação atual da lei penal, que criminaliza a interrupção da gravidez voluntária com a finalidade de preservar a vida do nascituro (ou seja, extra-uterina), o que no caso não ocorrerá, inexistindo, portanto, o crime previsto.

Outra norma favorável à redução da morte materna, capaz de reduzir a gravidez indesejada ou de risco para a mulher, é o entendimento favorável a respeito da anticoncepção de emergência como método não abortivo, mas contraceptivo. Havia dúvida sobre a legalidade da anticoncepção de emergência, já que alguns entendiam-na como alternativa abortiva e, como visto, a lei brasileira proíbe o aborto voluntário. Frente a tal questionamento, o Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM 1.811/2006²², estabeleceu as normas éticas para a prescrição da anticoncepção de Emergência, destacando na que a mesma não é abortiva nem fere dispositivos legais vigentes no país.

Muitas outras questões éticas e legais relevantes à assistência à saúde reprodutiva feminina poderiam ser discutidas aqui. A proposta deste artigo, no entanto, foi trazer exemplos reveladores das tensões entre os campos da saúde, da ética e do direito, apontando os limites de cada um deles e a possibilidade de estabelecer uma interface que permita desenvolver em

conjunto ações adequadas para favorecer a redução da mortalidade materna.

Considerações finais

Ética e lei são dois sistemas normativos diferentes de elaboração e aplicação de normas que interagem constantemente, já que as bases sobre as quais a escolha legal deve ser feita são regidas por considerações éticas. As regras éticas e as leis podem coincidir ou se sobrepor e, por vezes, conflitar. Frente a isso se deve ter em mente que o exercício de uma escolha legal pelo profissional de saúde pode não ser necessariamente ético, porém, o exercício de um direito ou o cumprimento de um dever legal devem ser considerados a partir da aplicação dos princípios éticos envolvidos, buscando, assim, minimizar tanto os efeitos danosos à pessoa assistida quanto os riscos dos profissionais, passíveis de serem responsabilizados judicialmente por suas escolhas⁹.

A redução da mortalidade materna implica em desenvolver mecanismos complexos de participação e solidariedade⁷, inclusive ações éticas e jurídicas, que contribuam efetivamente para resultados positivos no campo da saúde, maximizando a proteção à vida, liberdade e igualdade das mulheres no acesso e assistência à saúde. Uma intervenção jurídica e ética, que tenha como objetivo a dignidade da pessoa humana, deve buscar diminuir a distância entre a lei e a ética e, principalmente, entre a lei e a realidade social, buscando ampliar o conhecimento das leis e estimular a reflexão ética das pessoas, para propiciar o acesso à justiça e a compreensão dos deveres morais dos cidadãos.

Resumen

La mortalidad materna: La persistente violación del derecho de protección de la vida y de la autonomía femenina

El objetivo de este artículo es apuntar los principales aspectos de salud, bioéticos y jurídicos que envuelven la mortalidad materna, y los límites y posibilidades de una intervención ética y jurídica para la reducción de esas muertes.

Palabras-clave: Mortalidad materna. Derechos y salud reproductiva femenina. Bioética.

Abstract

Maternal mortality: the persistent violation of life protection right and women's autonomy

The aim of this article is to point out the main health, ethical and legal aspects involving maternal mortality, and the limits and possibilities of an ethical and legal intervention to reduce deaths.

Key words: Maternal mortality. Rights and women's reproductive health. Bioethics.

Referências

1. Schramm FR. Cuidados em saúde da mulher e da criança: proteção e autonomia. In: Schramm FR, Braz M, coordenadores. Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.39-66 (Coleção Criança mulher e saúde).
2. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad. Saúde Pública 2006;22(11):2473-9.
3. Organização das Nações Unidas. Convenção para eliminação de todas as formas de discriminação contra mulher. CEDAW, General Recommendation 24, Women and Health (art. 12), UN, 1999. Doc A/54/38/Rev.1.
4. Barsted LL, Piovesan F, Ikawa D, Ventura M. Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito. Rio de Janeiro: Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos; 2003.
5. Sen A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
6. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. Rev Saúde Pública [online] 2007;41(2) [acessado em 2008 Jun 08]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n2/5994.pdf>
7. Volochko A. A mensuração da mortalidade materna no Brasil. In: Berquo ES. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora Unicamp; 2003. p.229-30.
8. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLDL. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev Brasileira de Epidemiologia 2004;7(4):449-60.
9. Cook RJ, Dickens B. Promovendo a maternidade segura através dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Cepia; 2003.
10. Sarmento D. Legalização do aborto e constituição. In: Sarmento D, Piovesan F, organizadores. Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos

- humanos. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Iuris; 2007.
11. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 Regulamenta o § 7º, do art. 126, da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências [online] [acessado em 10 Jun 2008]. Disponível em: URL: <http://providafamilia.org/doc.php?doc=doc29935>.
 12. Ventura M. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. In: O Progresso das Mulheres no Brasil. Brasília: UNIFEM, FORD FOUNDATION, CEPIA; 2006. p. 210-39.
 13. Rodrigues AV. Comitê de mortalidade materna do estado de São Paulo: trajetória e vicissitudes [dissertação]. São Paulo: Faculdade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2000. p.31.
 14. Soares VMN, Martins AL. A trajetória e experiência dos comitês de prevenção da mortalidade materna do Paraná. Rev Bras Saude Mater Infant 2006;6(4):453-60.
 15. Organização das Nações Unidas. Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher CEDAW. General Recommendation 24, Women and Health (art. 12), UN, 1999. Doc A/54/38/Rev.1.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna, Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
 17. Ventura M. Direitos reprodutivos no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação MacArthur; 2002.
 18. Galli MB, Ventura M. Mortalidade materna e acesso à justiça: fortalecendo ações para redução e prevenção. Rio de Janeiro: ADVOCACI; 2002.
 19. Seminário Controle Social e Direitos Humanos: garantindo o acesso à maternidade segura; Recife; 2003 Out 22-23. Recife: ADVOCACI, Loucas de Pedra Lilás, Curumim, SOS Corpo, Ministérios Públicos de Pernambuco, Rio de Janeiro e Tocantins, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Secretaria Municipal de Saúde do Recife e Ministério da Saúde; 2003.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Norma técnica atenção humanizada ao abortamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
 21. Ventura M. Estudo de caso Prisão de uma mulher por aborto e denúncia médica. In: Cook RJ, Dickens B. Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro: Cepia; 2004, p.408-20.
 22. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.811, de 14 de dezembro de 2006, Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da anticoncepção de emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país 2006 [online] [acessado em 12 Nov 2008]. Disponível em URL:
 23. http://www.portalmedico.org.Br/resolucoes/cfm/2006/1811_2006.htm.

Recebido: 9.5.2008 Aprovado: 16.7.2008

Contato

Miriam Ventura – venturaadv@oi.com.br