

# MORTES PREVENÍVEIS E EVITÁVEIS

## Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis

### DOSSIÊ

*“Em geral a discussão desta realidade do aborto polariza sobre o feto (...) como um subterfúgio para não querer ver a realidade destes seres humanos históricos, as mulheres, que na prática do aborto sofrem seqüelas físicas, emocionais, psicológicas e sociais, quando têm sorte de não perder a vida (...) Ao conhecermos toda a gama de violência que antecede o próprio ato (...) teremos, obrigatoriamente, que nos defrontar com a dupla moral, com a repressão sexual, com a fome, com a exploração da força de trabalho, com o machismo, com a política e a ideologia desta sociedade”*  
(Haidi Jarschel, teóloga, pastora luterana e professora universitária)

**Produção**

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Rede Feminista de Saúde

**Pesquisa**

Alacerte Leandro Martins

*Enfermeira da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná – SESA/ISEP;  
Integrante e ex-presidenta do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná;  
Mestre em Saúde Pública pela UEPG, Doutoranda em Saúde Pública, área de concentração  
materno infantil, pela FSP/USP (alacerteleandro@terra.com.br)*

Lígia Cardieri Mendonça

*Socióloga; Especialista em Saúde Pública e Epidemiologia; Integrante do Comitê  
Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná pelo  
Fórum Popular de Mulheres (ligia@netpar.com.br)*

**Colaboração**

Aníbal Faúndes e Carla Rodrigues

**Edição de Texto**

Fátima Oliveira e Mônica Bara Maia

**Revisão**

Gilberta Santos Soares e Libério Neves

**Coordenação Editorial**

Mônica Bara Maia

**Normalização Bibliográfica**

Edina Nunes de Carvalho

**Projeto Gráfico**

Moema Cavalcanti

**Editoração Eletrônica**

DOMUS Assessoria em Comunicação Ltda

**Apoio**

Fundação Ford

RSMLAC (Rede de Saúde de Mulheres Latino-americanas e do Caribe)

*Autorizamos a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.*

Março de 2005

M386d  
2005

Rede Feminista de Saúde

Dossiê Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis: dossiê.

– Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005.

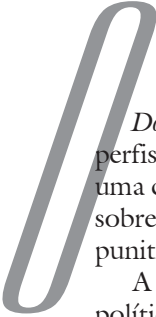
48p.; 30 cm

1. Aborto – Brasil 2. Saúde reprodutiva – políticas públicas.

3. Direitos reprodutivos – aborto. I. Rede Feminista de Saúde.

II. Título

CDU 616-007.29



*Dossiê Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis*, pesquisa de Alaerte L. Martins e Lígia C. Mendonça, traça perfis de mulheres que morreram por aborto no Brasil, de 1999 a 2002, que foram atendidas em hospitais. É uma contribuição da Rede Feminista de Saúde ao trabalho que será desenvolvido pela “Comissão Tripartite sobre o Aborto”, com vistas a remover o entulho patriarcal e criminalizador exposto na lei restritiva e punitiva existente.

A decisão de elaborar e publicar o *Dossiê Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis* revela o compromisso político da Rede Feminista de Saúde para com o direito à saúde e à vida das mulheres, em um momento singular do nosso país: pela primeira vez, em toda a história republicana, um governo afirma que considera a criminalização do aborto uma violação dos direitos humanos das mulheres e toma a atitude de, oficialmente, abrir o debate sobre o assunto e sinaliza que se esforçará para que as brasileiras que decidem interromper uma gestação inesperada e indesejada não adoçam, não fiquem com seqüelas para o resto de suas vidas e não morram.

Desejamos que, com base nos dados analisados, a sociedade brasileira e a “Comissão” possam conhecer e refletir mais sobre a realidade adversa, na qual as mulheres abortam, e compreendam melhor que em pleno século XXI é imoral permitir que mulheres fiquem seqüeladas e imolem suas vidas ao decidirem interromper uma gravidez inesperada e indesejada quando há meios seguros de tais fatos não acontecerem.

A pesquisa permite uma constatação geral: abortar de modo inseguro é injustiça social. As mortes por aborto, em sua maioria, são de solteiras ou separadas judicialmente; a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por aborto, para as negras (pardas e pretas), foi de 11,28/100 mil nascidos vivos, duas vezes a RMM para as brancas.

São atendidas pelo Sistema Único de Saúde cerca de 238 mil internações por abortamento/ano, a um custo médio unitário de R\$ 125,00, totalizando R\$ 29,7 milhões. Ou seja, US\$ 10 milhões de dólares – valor subestimado, pois não estão computados os custos com internações que ultrapassam o período de 24 horas: as que necessitam de cuidados em Unidade de Tratamento Intensivo e as internações prolongadas para tratar infecções, que são freqüentes, e os recursos adicionais necessários para atender às seqüelas – impossíveis de estimar a partir das atuais bases de dados sobre o tema.

Diante da possibilidade de descriminalização do aborto e de que os casos de abortamento seguro serão atendidos pelo SUS, pessoas contrárias ao direito ao aborto legal e seguro alegam que o País não suportará “os gastos astronômicos” que a nova realidade acarretará. Ou seja, partem da idéia de que as mulheres abortam por prazer e não por necessidade absoluta e que as mulheres que abortam não podem e não devem ser atendidas pelos serviços públicos de saúde, na tentativa desumana de negar-lhes o acesso universal ao direito humano à saúde, um direito humano básico!

Os dados contidos no *Dossiê Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis* evidenciam que o SUS já realiza um investimento de vulto na atenção às mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou inseguro. As estimativas revelam que a legalidade do abortamento seguro poderá salvar mais vidas e possibilitará que as mulheres não adoçam e não fiquem seqüeladas. Ou seja, se o problema é dinheiro, com certeza, os “gastos” serão menores.

Então, se não estamos diante de uma “questão econômica”, não há impedimentos para um Estado laico, isto é, que não professa nenhuma fé religiosa, como o Brasil, reservar leitos obstétricos para o aborto seguro, cumprindo assim o lema das Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro: “Aborto – a mulher decide, a sociedade respeita e o Estado garante”.

*Fátima Oliveira*, Secretária executiva da Rede Feminista de Saúde  
*Ana Maria da Silva Soares*, Secretária adjunta da Rede Feminista de Saúde

Dia Internacional da Mulher. Belo Horizonte, 8 de março de 2005

# Conteúdo

Introdução, 7  
Gravidez e aborto, 8

Visibilidade e ilegalidade, 10

Queda da fecundidade total, 13

Morbidade e procedimentos hospitalares, 15  
Corrigindo o sub-registro, 18  
Variação da morbidade por zona de residência, 19  
Custos de procedimentos hospitalares relacionados ao aborto, 20

Morbidade e diagnóstico de internação, 21  
Variação da morbidade por faixa etária, 22

Mortalidade por aborto, 23  
Série histórica por regiões, 23  
Morte por aborto *versus* idade, 25

Óbito por aborto, segundo fontes específicas ou bases especiais, 26  
Intencionalidade ou não do aborto, 27  
Intencionalidade do aborto *versus* faixa etária, 29  
Morte por aborto *versus* raça/etnia, 30  
Morte por aborto *versus* situação conjugal, 30  
Morte por aborto *versus* escolaridade, 30  
Morte por aborto *versus* ocupação, 31  
Morte por aborto *versus* número de gestações, 31  
Morte por aborto, uma realidade cruel, 31

Conclusão, 33

Anexo 1: Aborto, propostas para um consenso, 34

Anexo 2: Recomendações do IX Fórum Interprofissional abortamento inseguro como forma de violência contra a mulher, 36

Anexo 3: Serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e aborto previsto em lei, 37

Anexo 4: Proposições sobre aborto em tramitação no Congresso Nacional, 40

Anexo 5: Relato, 44

Referências Bibliográficas, 45

Páginas na Internet, 46

O que é a Rede Feminista de Saúde, 47

---

# Introdução

A pesquisa realizada para a elaboração do *Dossiê Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis* teve como área de concentração a análise de informações epidemiológicas que pudessem ajudar a traçar, de modo mais explícito, o quadro de morbimortalidade das brasileiras em decorrência do aborto inseguro, com vistas a contribuir para retirar o “manto de vergonha” que recobre estes episódios no âmbito familiar e a evidenciar a crueldade que significa, no contexto de um Estado separado das religiões, negar às mulheres um procedimento médico seguro.

A nossa contribuição, como feministas e pesquisadoras de saúde da mulher, ao debate em curso no Brasil sobre o direito ao aborto legal e seguro, buscou desvendar a realidade na qual as mulheres abortam e, sem dúvida, os dados nos dizem que a negação de um procedimento médico seguro permite que as mulheres adoçam e até morram

quando há meios médicos de evitar tais desfechos, resultando em grandes impactos negativos na saúde física e mental das mulheres, levando-as inclusive à morte. Entre os principais problemas decorrentes do aborto clandestino e inseguro, destacam-se: perfuração do útero, hemorragia e infecção, que podem acarretar diferentes graus de morbidade, seqüelas e morte.

---

Tanto faz o aborto ser ou não provocado, ao chegar a um serviço de emergência obstétrica com abortamento em curso ou com complicações decorrentes do aborto, as mulheres são tratadas como criminosas

---

Considerando que os direitos reprodutivos integram os direitos humanos e que o direito de decidir sobre o próprio corpo precisa ser aceito e respeitado, na medida em que o Estado nega proteção aos direitos reprodutivos, incluindo o acesso ao abortamento seguro, contribui, deliberadamente, para que as repercussões sobre a saúde mental feminina (culpa, depressão, etc.) sejam maximizadas e para que os impactos da morbidade e da mortalidade por aborto na organi-

zação familiar e na vida social em geral sejam também ampliados.

Uma morte decorrente do aborto clandestino tem o poder de impedir que as famílias vivenciem o processo de luto sem o peso da vergonha e que, sobretudo, familiares mais próximos, como mãe, irmãs e filhos(as) da vítima possam andar de cabeça erguida em seu meio social. Além disso, o aborto constitui importante causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde: retardo do atendimento, falta de interesse em escutar as mulheres, e discriminação explícita por meio de palavras e atitudes condenatórias.

Devido à supervalorização da maternidade em muitas culturas na construção da identidade feminina, o abortamento pode, equivocadamente, sugerir uma recusa ou repulsa à maternidade. Tal imaginário é, em geral, o alicerce cultural que leva muitos profissionais de saúde à adoção de posturas discriminatórias para com as mulheres que abortaram, tanto espontaneamente quanto de maneira insegura. Explica, também, as restrições para a realização de procedimentos de abortamento seguro.

É necessário ressaltar que a ilegalidade condena todas as mulheres. Tanto faz o aborto ser ou não provocado, ao chegar a um serviço de emergência obstétrica com abortamento em curso ou com complicações decorrentes do aborto, as mulheres são tratadas como criminosas, as últimas a serem atendidas, até que muitas fiquem seqüeladas ou morram.

Além disso, considerando os casos de mulheres que morreram, foram presas ou respondem a processos por terem abortado, é urgente apoiar, de forma sistemática, mães, famílias e amigos(as) de tais mulheres e as sobreviventes do aborto clandestino e inseguro. Assim como, no Brasil, há necessidade de esforços expressivos no sentido de ampliar a discussão e o ensino, de atenção médica qualificada ao abortamento inseguro e de práticas de abortamento seguro.

### GRAVIDEZ E ABORTO

Festejados ou repudiados, a gravidez e o aborto, como parte do ciclo da reprodução da vida, estão presentes em todas as sociedades humanas conhecidas e estudadas até os dias atuais. Mas, o que aparecia, muitas vezes, como uma fatalidade da natureza, seja destino ou castigo, foi sofrendo a intervenção humana, ditada pela política, direcionada pela religião ou influenciada pela ciência. Sacerdotes ou chefes políticos podiam ordenar o infanticídio ou o sacrifício de crianças aos deuses.

A temática da reprodução nunca foi um assunto privado e, menos ainda, um segredo só das mulheres, embora sobre o corpo delas tenha pesado a maioria das obrigações e interdições, pois o papel masculino na fecundação só foi elucidado no século XIX.

O ritmo de crescimento da população foi muito lento, durante milhares de anos, devido à fome, às guerras e às pestes. O equilíbrio demográfico era assunto de grande preocupação para os gover-

---

As sanções sobre a prática abortiva voluntária variam enormemente em todo o planeta e mesmo no interior de uma mesma religião

---

nantes cujo poder dependia, em parte, da extensão do território e do tamanho de sua população. Relata-se que após a Guerra dos Trinta Anos no século XVII, que devastou parte central da Europa, a Igreja Católica chegou a permitir que os homens possuíssem mais de uma esposa, com o objetivo de repovoar os territórios castigados pelo conflito.

O crescimento populacional só se tornou realidade – e seria visto como um problema por Malthus e muitos depois dele – com o avanço das técnicas agrícolas e a colonização das terras da América, que passaram a garantir alimentação mais abundante e maior expectativa de vida aos europeus a partir dos séculos XVII e XVIII.

O aborto espontâneo – a interrupção de uma gravidez antes da vigésima semana de gestação sem a intervenção humana – é uma das possibilidades para toda mulher que engravida. Estima-se que 10 a 15% de todas as gestações terminam em aborto por razões variadas, relacionadas ao zigoto ou às condições da mãe.

O aborto intencional também tem registro nas civilizações antigas da Europa e entre os nativos da América, com a utilização de ervas ou objetos

pontiagudos. As sanções sobre a prática abortiva voluntária variam enormemente em todo o planeta e mesmo no interior de uma mesma religião.

Importa aqui ressaltar o que é próprio do século XX e deste em relação ao aborto: (a) as conquistas do movimento feminista, consubstanciadas em documentos nacionais e internacionais, no sentido de a mulher ser considerada como capaz de tomar decisões éticas sobre sua sexualidade e reprodução; e (b) os avanços da medicina e da genética relacionados ao processo de fecundação, desenvolvimento do feto e embrião e à segurança dos métodos para interromper uma gravidez.

Esses conhecimentos vêm servindo de fundamento para políticas de saúde que assegurem menor risco de doenças, complicações e morte, para as mulheres exercerem sua função reprodutiva se e quando o desejarem.

Além disso, é necessário que prevaleça a separação constitucional entre Estado e Igreja e o respeito à pluralidade de convicções presente na sociedade, assegurando-se às pessoas o acesso a todos os métodos anticoncepcionais e também o direito de fazer ou não um aborto, caso ocorra uma gravidez indesejada.

---

# Visibilidade e Ilegalidade

Como na maioria dos países da América Latina, o aborto no Brasil só não é considerado crime em caso de estupro e de risco de vida para a mulher. Por decisão judicial, desde 1989 ocorrem interrupções de gestação em casos de anencefalia.

*Fonte: Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, 2004.*

A criminalização da prática do aborto tem sido muito eficiente em manter uma indústria rendosa de aborto ilegal, sustentada pelas mulheres que o podem realizar em condições seguras nas clínicas especializadas e, também, por aquelas que não dispõem dessas mesmas condições, mas assim mesmo o fazem e o pagam, segundo suas possibilidades, expondo-se às seqüelas e riscos de vida devido às condições inseguras. Para as negras e as pobres, em geral, restam seqüelas definitivas ou a morte, às quais o Estado brasileiro assiste de forma indiferente.

*Fonte: Carneiro, 2005.*

Além disso, há uma associação entre contracepção e comportamento responsável; interrupção da gravidez e compor-

tamento irresponsável. Junto com a ilegalidade, torna-se difícil para as mulheres partilharem suas experiências, ficando no isolamento e no silêncio. Mesmo quando o aborto se apresenta como solução de um problema, as mulheres se sentem obrigadas a falar dele como algo trágico e lamentável.

*Fonte: Rosado, 2004.*

Decorridos 30 anos desde o Ano Internacional da Mulher (1975), o tema aborto finalmente deixou as páginas policiais, a partir de 1997, e se transformou em um problema de saúde pública, constituindo hoje um dos importantes temas de debate político no País.

*Fonte: Pazello & Corrêa, 2002.*

Há vários projetos tramitando no Congresso Nacional que ampliam as possibilidades de aborto (ver Anexo 4). Argumenta-se que, na situação atual, predomina uma grande hipocrisia, na medida em que milhares de mulheres abortam por inúmeras razões, mas apenas as que possuem boa situação financeira o fazem com segurança. Muitas mortes poderiam ser evitadas se

---

A criminalização  
da prática do aborto  
tem sido muito  
eficiente em  
manter uma  
indústria rendosa  
de aborto ilegal

---



o procedimento fosse realizado por profissional habilitado, em clínicas e em hospitais.

O documento base do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), de 1985, ao elencar as principais necessidades das mulheres, afirma que o aborto “*é pouco estudado e as informações existentes são escassas e fragmentadas*”. Mais adiante explicita que é preciso evitar o “aborto provocado”, mediante a prevenção da gravidez indesejada, invocando a responsabilidade de o Estado brasileiro cumprir o acordado na Conferência de Bucarest (1974) de “*proporcionar informação e meios para que todos possam planejar suas famílias*”.

Fonte: Ministério da Saúde, 1985.

Nos documentos do Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), do Ministério da Saúde – modelo de execução do atual governo das diretrizes políticas e filosóficas do PAISM –, as discussões sobre atenção ao abortamento mostram mais visibilidade e densidade. O documento reconhece que as estatísticas são pouco confiáveis, devido à ilegalidade do ato, mas também que as internações no SUS (Sistema Único de Saúde) por curetagem pós-aborto parecem ter se estabilizado na última década, possivelmente em face do uso mais intensivo de anticoncepcionais e ao grande número de mulheres esterilizadas por laqueadura tubária.

## BREVE HISTÓRICO DA LUTA PELA DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO BRASIL

Vivenciamos um momento histórico de nosso país. É a primeira vez, desde que o aborto foi criminalizado no Brasil (1830), que o Estado acena com a possibilidade de rever a legislação criminalizadora e punitiva, porque até hoje (2004) só ampliava a criminalização! Relembremos que até 1830 aqui não havia leis sobre o aborto, ano em que foi elaborado o Código Criminal do Império, que alocou o aborto no capítulo “*contra a segurança das pessoas e da vida*”.

No Código Penal da República (1890), o aborto praticado por terceiros passou a ser penalizado, se, com ou sem aprovação da gestante, dele resultasse a morte desta; no auto-aborto, visando a “*ocultar de sonra própria*”, a pena era reduzida; e a noção de aborto legal ou necessário foi explicitada apenas para salvar a vida da gestante.

O Código Penal Brasileiro de 1940, elaborado no contexto do pós I Guerra Mundial – quando havia uma tendência ética mundial da condenação do estupro como arma de guerra –, inscreveu o aborto nos “*crimes contra a vida*” e prescrevia pena de um a quatro anos para quem o realizasse em outra pessoa; e de um

a três anos para o auto-aborto ou por consentir que outro o provocasse; manteve o aborto como crime que só não é punido se a gravidez é resultante de estupro e em caso de risco de vida da gestante.

Desde 1940, muitos foram os embates no legislativo com vistas à ampliação dos permissivos legais para o aborto, assim como para sua descriminalização, mas será a primeira vez que um governo apresentará uma proposta de legislação nesse sentido.

O propósito de revisar a legislação punitiva sobre aborto explicita uma agenda obrigatória para consolidar a laicidade do Estado brasileiro e um compromisso com a ampliação das liberdades democráticas. O processo da revisão em si, com vistas a remover o entulho criminalizador do direito de decidir, é uma pauta de ampliação da democracia e de justiça social. O governo brasileiro não pode mais continuar trilhando o caminho da crueldade, negando às suas cidadãs o acesso a um procedimento médico estabelecido e seguro, como o abortamento. A revisão da legislação criminalizadora do aborto constitui um compromisso ético do Estado brasileiro, assumido desde 1995.

**Fátima Oliveira** é médica e Secretária Executiva da Rede Feminista de Saúde.

Adaptado do artigo “O Plano Nacional, na visão de Fátima Oliveira”, Articulando 105, Articulação Brasileira de Mulheres, Ano III, 21 de dezembro de 2004, [www.ipas.org.br/arquivos/Plano\\_Nacional2004.doc](http://www.ipas.org.br/arquivos/Plano_Nacional2004.doc).

O debate sobre a descriminalização e a legalização do aborto no Brasil ganhou novo impulso no fim de 2004 com a decisão do governo federal, anunciada pela Ministra Nilcéa Freire, da SPM (Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres), de constituir uma Comissão Tripartite (governo, legislativo e sociedade civil) para rever a legislação restritiva e punitiva pertinente ao tema. Isso evidencia o cumprimento do compromisso assumido pelo Estado brasileiro nas Conferências do Cairo (1994) e de Beijing (1995) de garantir atenção humanizada ao aborto inseguro e rever as leis que punem o aborto “provocado”.

A Rede Feminista de Saúde, há muitos anos, vem realizando estudos, pronunciamentos, publicações e cotidiana ação política no tema. Como contribuição ao debate, destacam-se as publicações “Dossiê Aborto Inseguro”, de 1998, revisado e atualizado em 2001, e os folhetos especiais veiculados há anos por ocasião do 28 de setembro – Dia pela Descriminalização do Aborto na América Latina e no Caribe. As referidas publicações traçam um amplo panorama das muitas implicações do tema nos campos político, ético, religioso e de saúde. Reafirmam também a importância da participação das mulheres nessa discussão, que vem ganhando a atenção do grande público, e denunciam a desigualdade dos efeitos danosos da clandestinidade e da criminalização do aborto sobre a parte mais vulnerável de nossa população: as mulheres pobres e negras, com pouco estudo, as mais jovens e aquelas com menor acesso à informação. Como frutos das análises e preocupação da Rede Feminista de Saúde e de todas as articulações políticas do feminismo brasileiro, surgiram as Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro.

## JORNADAS BRASILEIRAS PELO DIREITO AO ABORTO LEGAL E SEGURO

As Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro objetivam estimular e organizar a mobilização nacional pelo direito ao aborto legal e seguro; apoiar projetos de lei que ampliem os permissivos legais para o aborto; contrapor-se aos projetos de lei que representem retrocessos; ampliar o leque de aliados para a descriminalização/legalização do aborto; e promover o debate.

As Jornadas foram definidas, enquanto articulação específica pelo acesso ao aborto legal e seguro, segundo a decisão da mulher, em Brasília, nos dias 5 e 6 de fevereiro de 2004, em reunião organizada e coordenada pela Rede Feminista de Saúde e realizada sob a coordenação metodológica do Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e Mídia (SP, SP). Participaram 28 organizações feministas de diferentes partes do País e as seguintes articulações políticas em formato rede ou organizações de âmbito nacional: Articulação de Mulheres Brasileiras/AMB, Articulação Nacional de ONGs de Mulheres Negras; Campanha 28 de Setembro – Ponto Focal do Brasil; Católicas pelo Direito de Decidir-Brasil; CLADEM-Brasil; Comissão de Cidadania e Reprodução/CCR; Rede Nacional de Parteiros Tradicionais/RNPT; RedeLAC/ Rede de Trabalhadoras Rurais da América Latina e do Caribe; Rede de Mulheres no Rádio; Rede Feminista de Saúde; e União Brasileira de Mulheres/UBM.

A sede das Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro é no Cunchã – Coletivo Feminista, João Pessoa, Paraíba (Ponto Focal no Brasil da Campanha 28 de Setembro pela Descriminalização do Aborto na América Latina e no Caribe).

**Coordenação Política:** Articulação de Mulheres Brasileiras/AMB, Articulação Nacional de ONGs de Mulheres Negras, Católicas pelo Direito de Decidir-Brasil, Cfemea, Comissão de Cidadania e Reprodução/CCR, Cunchã – Coletivo Feminista, Instituto Patrícia Galvão, Plataforma DhESC-Brasil, Rede Feminista de Saúde, SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia e Themis – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero.

**Secretária Executiva:** Gilberta Santos Soares

# Queda da fecundidade total

Como se vê na Tabela 01, a redução do número de filhos por mulher vem ocorrendo em todas as Regiões brasileiras, mais acentuadamente no Nordeste. Repete-se no País a tendência já observada na Europa e América do Norte, de famílias cada vez menores, decorrente dos processos acentuados de urbanização, escolarização e aumento da participação da mulher no mercado de trabalho.

O declínio da fecundidade, no Brasil, começa a ser notado a partir dos anos de 1970: a taxa de fecundidade total, que era de 6,2 filhos por mulher em 1950, passa para 5,8 em 1970, e mantém acentuado decréscimo nas décadas seguintes. Entretanto, persistem diferenças regionais, com taxas mais altas nas Regiões mais pobres, entre populações rurais e mulheres de baixa escolaridade.

Fonte: Meloni, 2003.

Por outro lado, devemos lembrar que os sistemas de informação mostram-se desigualmente implantados no País. De acordo com o Ministério da Saúde, podem ser considerados de boa qualidade, tanto na

As mulheres brasileiras não puderam escolher adequadamente entre as várias maneiras de regular sua fertilidade

TABELA 01 – FECUNDIDADE TOTAL, NÚMERO MÉDIO DE FILHOS POR MULHER, POR REGIÕES. BRASIL, 1991 E 2000 (ANOS CENSITÁRIOS)

Região	1991	2000
Norte	3,99	3,09
Nordeste	3,38	2,40
Centro-Oeste	2,60	2,13
Sudeste	2,28	2,09
Sul	2,45	2,14
<b>Brasil</b>	<b>2,73</b>	<b>2,30</b>

Fonte: Estimativas e contagens preliminares do IBGE e Nascidos Vivos do SINASC/MS.

captação quantitativa como na qualidade do preenchimento, os dados provenientes de cerca de 6 estados, a maior parte no Sul e Sudeste. A Região Norte, devido à sua enorme extensão territorial, problemas de transporte, de comunicação e de acesso a serviços de saúde, é aquela com menor consistência, tanto nos indicadores de morbidade como nos de mortalidade e nascimentos.

Fonte: MS/OPAS – IDB 2003 Brasil.

Um aspecto preocupante desta rápida queda na fecundidade total é que as mulheres brasileiras não puderam escolher adequadamente entre as várias maneiras de regular sua fertilidade. Apenas dois métodos, a laqueadura tubária e os hormonais orais, respondem por quase 80% da prática contraceptiva, em detrimento de outros métodos como DIU, camisinha, diafragma e vasectomia, muito mais frequentes nos países desenvolvidos.

*Fonte: BENEAM/PNDS (1996) citado em Ministério da Saúde, 2004.*

Além disso, o País mantém altas taxas de demanda reprimida por métodos contraceptivos: 9,3% das mulheres de áreas rurais e 4,5% das de áreas urbanas não têm satisfeitas suas necessidades em anticoncepção.

*Fonte: Ministério da Saúde, 2004.*

A ausência de um efetivo e amplo programa de Planejamento Familiar traz como consequência um elevado número de gravidezes indesejadas, contribuindo para a prática extensiva de abortos. Certamente, mesmo nos países com uso adequado de métodos modernos continuam a ocorrer abortos devido à gravidez indesejada, mas em número muito menor.

*Fonte: OMS & IWHC, 2004.*

Os dados demográficos mostram que continua crescendo, em todas as Regiões brasileiras, a população feminina em idade fértil, entre 10 e 49 anos: eram 53,6 milhões, em 1999, e passaram a 57,1 milhões, em 2002. Entretanto, parece haver uma estabilidade nos números de atendimentos por aborto nos registros do SUS. Esta relativa estabilidade, segundo interpretação da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, pode sugerir que mais mulheres estejam fazendo uso de

métodos anticoncepcionais, inclusive laqueadura tubária, com maior prevalência nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste.

*Fonte: Ministério da Saúde, 2004.*

Não há evidência consistente de que a rede pública de saúde esteja conseguindo atingir, com o Programa de Planejamento Familiar, as mulheres mais pobres da periferia urbana, as muito jovens e as rurais. Pode ser que tenha se intensificado a utilização da anticoncepção de emergência (alternativa que não deve substituir os métodos de uso contínuo) ou mesmo o uso mais disseminado do Cytotec. Consideramos que é preciso aprofundar o conhecimento dessa realidade, em diferentes faixas etárias, municípios, Regiões e estratos socioeconômicos.

A NOAS-SUS (Norma Operacional da Assistência à Saúde no Sistema Único de Saúde), de 2001, estabeleceu que as ações de Planejamento Familiar são integrantes da atenção básica e atribuições dos municípios. Por isso, a compra e distribuição de métodos, por parte do Ministério da Saúde, foi bastante reduzida nos últimos anos e, provavelmente, na maioria dos estados, comprometeram a meta de garantir cobertura de toda a população feminina sexualmente ativa.

Até 2004, o governo federal investia cerca de 40% do dinheiro necessário para colocar métodos contraceptivos reversíveis ao alcance das 58,6 milhões de brasileiras em idade fértil. Estimando que 1/3 delas não acessa com regularidade métodos contraceptivos, o Ministério da Saúde assumiu a totalidade dos investimentos e financiará 100% dos investimentos necessários à ampliação dos insumos em contracepção.

*Fonte: Jornal O Globo, 2005.*

---

# Morbidade e procedimentos hospitalares

A morbidade (capacidade de produzir doença) total devida ao aborto, sem dúvida, é maior do que mostram as internações registradas pelo SUS, não só porque esses dados ignoram os casos que não buscaram atendimento, mas também porque deixam de incluir os atendimentos realizados pela população que tem convênio saúde ou paga atendimento particular (cerca de 30% no País). Considerando estas limitações, os dados disponíveis são válidos e importantes para conhecermos como se comporta a morbidade por aborto.

Encontram-se dados de internações hospitalares no DATASUS, a partir de 1995, para acesso eletrônico; para o presente documento, selecionamos os anos de 1999 a 2002 (Tabela 02). A quantidade de Curetagens Pós-Aborto (CPA), no Brasil, registradas no procedimento código 35014016 e realizadas pelos hospitais com pagamento pelo SUS, vem se mantendo próxima a 238 mil/ano,

indicando tendência de redução em relação a 1997 (246 mil procedimentos) e 1998 (247 mil procedimentos).

*Fonte: Sorrentino, 2001.*

Em 2002 foram registrados 236,7 mil casos de Curetagem Pós-Aborto (CPA), um decréscimo de 2% em relação ao ano anterior. A explicação parece estar na forma de registrar os procedimentos: o código 35088010, para realização de AMIU (Aspiração Manual Intra-Uterina), passou a ser usado a partir de 2001, indicando outro tipo de procedimento para esvaziar a cavidade uterina (Tabela 02).

A realização de AMIU provavelmente esteja relacionada a intervenções legais para interrupção de gravidez resultante de estupro ou para proteger a vida da gestante, mas chama a atenção o número tão alto em alguns estados, como no Ceará (1.185 procedimentos em 2002) – onde

---

Em situação de abortamento,  
as mulheres nem sempre vão  
ao hospital, especialmente  
se a gravidez não era  
desejada, a menos que  
ocorra hemorragia  
intensa ou haja infecção

---

TABELA 02 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS POR DIAGNÓSTICO CURETAGEM PÓS-ABORTO E AMIU, SEGUNDO REGIÃO DA FEDERAÇÃO E ESTADOS. BRASIL, 1999 A 2002

	1999	2000	2001	2002	AMIU/2002
<b>Região Norte</b>	18.160	18.358	18.924	18.149	205
Rondônia	1.754	1.871	1.714	1.395	0
Acre	1.521	1.308	1.259	1.118	169
Amazonas	3.801	4.158	4.096	4.492	0
Roraima	926	430	708	2	0
Pará	8.582	8.680	8.542	8.212	26
Amapá	626	1.146	1.660	1.771	9
Tocantins	950	765	945	1.159	1
<b>Região Nordeste</b>	82.684	84.058	87.759	85.019	1.916
Maranhão	3.921	4.033	6.355	5.432	207
Piauí	4.917	5.552	5.159	4.734	0
Ceará	14.473	14.243	13.985	14.072	1.185
Rio Grande do Norte	3.450	2.991	3.452	3.129	0
Paraíba	1.579	1.881	2.444	2.644	2
Pernambuco	13.297	13.960	14.318	14.619	103
Alagoas	5.332	5.059	5.415	5.619	387
Sergipe	5.008	5.082	5.593	5.397	0
Bahia	30.707	31.257	31.038	29.373	32
<b>Região Sudeste</b>	99.683	99.257	97.534	99.992	325
Minas Gerais	24.405	24.028	23.933	22.954	104
Espírito Santo	5.245	4.765	4.368	4.560	24
Rio de Janeiro	23.856	23.615	23.149	22.085	46
São Paulo	46.177	46.849	46.084	47.393	151
<b>Região Sul</b>	21.064	22.116	22.048	21.577	448
Paraná	9.147	8.547	8.744	7.593	431
Santa Catarina	6.349	6.567	5.854	5.576	2
Rio Grande do Sul	5.568	7.002	7.450	8.408	15
<b>Região Centro-Oeste</b>	14.386	15.113	15.893	15.041	140
Mato Grosso do Sul	2.867	2.659	2.758	2.867	2
Mato Grosso	2.032	2.198	2.126	2.028	33
Goiás	4.530	4.989	5.506	5.720	100
Distrito Federal	4.957	5.267	5.503	4.426	5
<b>Brasil</b>	<b>235.977</b>	<b>238.902</b>	<b>242.158</b>	<b>236.778</b>	<b>3.034</b>

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

o procedimento tem sido largamente utilizado, inclusive para tratamento de aborto inseguro –, superando até São Paulo (151 procedimentos em 2002). Como o código para AMIU é relativamente recente, pode estar ocorrendo sub-registro ou lançamento em códigos antigos. Mas também ocorre resistência médica em adotar o procedimento.

Fonte: DATASUS, SIH.

No sistema de Informação do SUS, também se registram curetagens pós-aborto no código 34020039, para Mola Hidatiforme (câncer que resulta em um conjunto de vesículas cheias de líquido). A Tabela 03 mostra as diferenças regionais, comparando os percentuais de MOLA e AMIU sobre as CPA, no ano de 2002. Enquanto, no País, as curetagens por MOLA representam 0,66% das CPA, no Nordeste elas representam um terço desse valor, que aparece bem mais alto no Sul e no Centro-Oeste. No caso de AMIU se dá o inverso: o Nordeste

apresenta o maior percentual em relação ao total de CPA (2,25%) e o Sudeste o menor (0,33%).

Como a MOLA é um “produto anormal da concepção”, seria de esperar uma taxa mais ou menos estável e previsível. É possível que nas Regiões com maior número de usuárias fora do SUS ocorra maior subnotificação dos casos de MOLA e AMIU. Outra possibilidade é que casos de MOLA estejam servindo para encobrir intervenções para aborto provocado, sejam legais ou ilegais.

Obviamente, os casos de AMIU e de Mola Hidatiforme devem ser somados aos de CPA para se totalizarem as internações por aborto. Dessa forma, a Tabela 04 mostra o condensado das internações pelos três procedimentos possíveis de abortamento, mostrando a redução da curetagem pós-aborto e aumento da Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU), ao longo do tempo.

TABELA 03 – PERCENTUAL DE MOLA E AMIU SOBRE CURETAGENS PÓS-ABORTOS (CPA). BRASIL E REGIÕES, 2002

	Total CPA	Total MOLA	% MOLA/CPA	Total AMIU	% AMIU/CPA
Norte	18.149	152	0,84	205	1,13
Nordeste	85.019	267	0,31	1.916	2,25
Sudeste	96.992	784	0,78	325	0,33
Sul	21.577	199	0,92	448	2,08
Centro-Oeste	15.041	149	0,99	140	0,93
<b>Brasil</b>	<b>236.778</b>	<b>1.551</b>	<b>0,66</b>	<b>3.034</b>	<b>1,28</b>

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

TABELA 04 – DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO SUS, POR PROCEDIMENTOS DE CURETAGEM PÓS-ABORTO (CPA), MOLA HIDATIFORME E AMIU. BRASIL, 1999 A 2002

Código/Tipo de Procedimento	1999	2000	2001	2002	TOTAL
35014016 / CPA	235.977	238.902	241.801	236.778	953.815
34020039 / Mola Hidatiforme	1.121	1.545	1.631	1.551	5.848
35088010 / AMIU	0	0	202	3.034	3.236
<b>Brasil</b>	<b>237.098</b>	<b>240.447</b>	<b>243.991</b>	<b>241.3633</b>	<b>962.899</b>

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

Usando-se a média de internações por curetagens pós-aborto entre 1999 e 2002, observa-se que a taxa de CPA por 1.000 mulheres varia bastante entre as Regiões, com o menor

valor no Sul (2,65) e o maior no Nordeste (5,50). Esse tipo de variação só poderá ser esclarecido com estudos mais detalhados de cada realidade (Tabela 5).

TABELA 05 – DISTRIBUIÇÃO DAS CURETAGENS PÓS-ABORTO (CPA) SEGUNDO MÉDIA DE INTERNAÇÕES E TAXA POR MIL MULHERES, NA POPULAÇÃO FEMININA DE 10 A 49 ANOS. BRASIL E REGIÕES, DE 1999 A 2002

	Média de internações	População feminina 10-49 anos	Taxa CPA/1.000 mulheres
Região Norte	18.397	4.102.667	4,48
Região Nordeste	84.880	15.440.363	5,50
Região Sudeste	99.116	24.004.493	4,13
Região Sul	21.701	8.178.337	2,65
Região Centro-Oeste	15.019	3.951.657	3,80
<b>Brasil</b>	<b>239.113</b>	<b>55.677.517</b>	<b>4,29</b>

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH, População IBGE

### CORRIGINDO O SUB-REGISTRO

Para contornar essa importante questão do sub-registro, vários autores no Brasil vêm utilizando os dados de Curetagem Pós-Aborto (CPA) para estimar o número de abortos que ocorrem no País. É preciso lembrar, todavia, que uma parte considerável dessas CPA (cerca de 25%) pode ser decorrente de abortamentos espontâneos inevitáveis ou decorrentes de outros problemas clínicos. Seria importante obter dados dos países que realizam abortos legal-

mente há várias décadas para se achar um parâmetro do percentual, que deve permanecer estável, de abortos espontâneos e dos realizados intencionalmente. No Brasil, a condição de ilegalidade faz com que as estatísticas sejam pouco confiáveis nessa questão.

Dependendo do país e das condições de acesso a métodos contraceptivos, admite-se que apenas uma entre três, cinco ou sete mulheres necessite de hospitalização por aborto, e os casos restantes não se-



jam informados. Em situação de abortamento, as mulheres nem sempre vão ao hospital, especialmente se a gravidez não era desejada, a menos que ocorra hemorragia intensa ou haja infecção.

*Fonte: The Alan Guttmacher Institute, 1994.*

O Alan Guttmacher Institute propõe a seguinte metodologia para estimar o número de abortamentos provocados em um país onde o procedimento é ilegal:

Passo 1) Tomar o número total de curetagens por aborto realizadas no sistema de saúde;

Passo 2) Corrigir o dado em 12%, devido a estatísticas incompletas em face de procedimentos realizados por convênio e particulares;

Passo 3) Deduzir 25% do dado corrigido, relativos aos abortos espontâneos;

Passo 4) Multiplicar por um fator de correção que pode ser de 3, ou 5, ou 7, dependendo da fração de mulheres que se imagina que deixam de procurar os serviços de saúde em caso de abortamento.

No caso do Brasil, as pesquisadoras Corrêa & Freitas propõem utilizar no mínimo o fator 3,5 (três e meio) e, no máximo, 5 (cinco).

*Fonte: The Alan Guttmacher Institute, 1994; Corrêa & Freitas, 1997.*

#### VARIAÇÃO DA MORBIDADE POR ZONA DE RESIDÊNCIA

Os dados oficiais não permitem maior detalhamento para avaliar se há diferenças na taxa de internações por CPA entre cidades grandes e pequenas, áreas urbanas e rurais. Por isso, nos valem de estudo realizado recentemente no Paraná, entre 1998

e 2002. A taxa de internações por CPA por residência da mulher foi calculada por mil nascidos vivos (NV), para 5 grupos homogêneos de municípios: em Curitiba, ficou em 8,88 CPA/1.000 N.V.; em municípios de porte médio com bom nível socioeconômico, ficou em 6,59 CPA/1.000 N.V.; nos três grupos de municípios menores, com menor taxa de escolaridade e/ou mais pobres, caiu para 2,57 a 1,28 CPA/1.000 N.V.

*Fonte: Soares, 2004.*

Várias explicações podem ser sugeridas para essa diferença: dificuldade de acesso a hospitais em áreas rurais mais distantes e pobres, ou as mulheres procuram serviços longe de sua comunidade e dão endereço falso. É possível, também, que mulheres de áreas rurais recorram a práticas tradicionais de interrupção da gravidez ou, ainda, que aceitem a gravidez e a levem a termo. Pode-se comprovar que a taxa de fecundidade geral é efetivamente maior nos três grupos de município onde as taxas de curetagem são menores.

O PNAISM – Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – utiliza as estatísticas de menor cobertura de pré-natal e de parto hospitalar para concluir que, na zona rural, as mulheres têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Essas dificuldades seriam decorrentes não só das grandes distâncias, mas da precariedade da rede local do SUS e do despreparo dos gestores e de profissionais de saúde, bem como das desigualdades de gênero e de trabalho que sobrecarregam as mulheres.

*Fonte: Ministério da Saúde, 2004.*

#### Fazendo a correção para o Brasil, considerando que, entre 1999 e 2002, foram realizadas cerca de 240 mil curetagens pós-aborto/ano no SUS:

240.000 + 12% (curetagens por convênio ou particulares) = 268.800 CPA totais/ano

268.800 – 25% (abortos espontâneos) = 201.600 CPA por aborto provocado/ano

201.600 X 3,5 (fator de correção mínimo para o Brasil) = 705.600 abortos provocados/ano

201.600 X 5 (fator de correção máximo para o Brasil) = 1.008.000 abortos provocados/ano

Estudos sociológicos mostram que as condições de vida na cidade e o custo para cuidar de uma criança, além das aspirações e necessidades profissionais das mulheres urbanas, elevam a busca de meios para evitar a gravidez e reduzir o número de filhos. É certo que, também, é nas cidades maiores que se pode recorrer com menos receio às clínicas clandestinas de aborto, desde que se tenha o recurso financeiro para isso: atualmente, o preço do procedimento em uma clínica pode variar de R\$ 1.500,00 a R\$ 3.500,00. Também é possível adquirir Cytotec, com custo variando de R\$ 20,00 a R\$ 100,00 por comprimido, nas condições da clandestinidade.

#### CUSTOS DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES RELACIONADOS AO ABORTO

Em 1984, estatísticas oficiais registravam 259 mortes por aborto e 174 mil internações por curetagem pós-aborto (CPA). Isso resultou em um gasto anual de 7,6 milhões de dólares com tais procedimentos, correspondendo a 8% dos gastos com a área de obstetrícia em serviços próprios e conveniados do antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social).

*Fonte: Costa, 1993*

Em relação à Tabela de Pagamento de Procedimentos do SIH (Sistema de Informações Hos-

Considerando-se 238 mil procedimentos/ano, a um custo médio unitário de R\$ 125,00, o gasto anual do SUS é de R\$ 29,7 milhões com internações decorrentes de aborto

pitalares), de janeiro de 2004, há pouca variação no valor pago entre os três procedimentos de intervenção por aborto: todos consideram 01 dia de permanência hospitalar e o valor da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é de R\$ 119,86 para Mola; R\$ 124,83 para AMIU; e R\$ 129,73 para curetagem pós-aborto. A Portaria n.º 1027 do Ministério da Saúde, de 31/05/02, regulamenta algumas condições para inclusão e pagamento: os procedimentos são considerados atenção básica, aceitam anestesia e

não têm teto quantitativo. O valor cobre serviço hospitalar, serviço do profissional e exames complementares.

Considerando-se a média de 238 mil procedimentos por ano, a partir de 1999, a um custo médio unitário de R\$ 125,00, pode-se estimar que o gasto anual do SUS seria da ordem de R\$ 29,7 milhões (cerca de 10 milhões de dólares) com internações decorrentes de aborto. Não estão incluídos aqui os casos de abortamento infectado, que evoluem para septicemia e exigem internações prolongadas, administração de antibióticos de alto custo por muitos dias e até internação em CTI! Ou seja, 10 milhões de dólares ainda é uma estimativa aquém dos gastos reais.

# Morbidade e diagnóstico de internação

Para obter os dados oficiais de internação por aborto, disponíveis no *site* do DATASUS, pode-se entrar por “internações hospitalares” (procedimento – no caso foram identificados os três já citados: AMIU, Mola e CPA) ou por “morbidade” (diagnóstico – nesse caso, a classificação do CID). Notam-se diferenças significativas entre as informações oferecidas pela variável procedimento de curetagem pós-aborto e pela variável diagnóstico de aborto, sugerindo ser mais adequado o uso da informação do diagnóstico de internação “aborto” do que do procedimento curetagem pós-aborto (Tabela 06).

## CID - 10

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10), define os itens de Morbidade Hospitalar e Ambulatorial, compatibilizando o Sistema de Informação de Mortalidade com o de Morbidade.

A CID-10 contém vários capítulos. O Capítulo XV se refere aos óbitos por gravidez, parto e puerpério. Na versão anterior da CID (CID-09), o capítulo XI se referia aos óbitos por gravidez, parto e puerpério.

O procedimento 35014016 (Curetagem Pós-Aborto) e o 35088010 (AMIU) servem praticamente para todos os CID-10, de 001.0 a 008.9, com algumas variantes de um para outro. O procedimento 34020039 (Curetagem Uterina por Mola Hidatiforme) é exclusivo para os CID-10 001.0, 001.1 e 001.9.

TABELA 06 – DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR DIAGNÓSTICO DE ABORTO NO SUS, SEGUNDO REGIÃO. BRASIL, 1999 A 2002

	1999	2000	2001	2002	TOTAL
Região Norte	18.970	19.140	19.680	19.102	76.892
Região Nordeste	84.704	85.950	89.634	88.473	348.761
Região Sudeste	104.405	103.170	100.350	100.316	408.241
Região Sul	21.144	23.863	23.559	23.260	91.826
Região Centro – Oeste	15.268	15.761	16.402	16.005	63.436
<b>Brasil</b>	<b>244.491</b>	<b>247.884</b>	<b>249.625</b>	<b>247.156</b>	<b>989.156</b>

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

No DATASUS é possível obter os dados de internações por aborto classificados em três diagnósticos: “espontâneo”, “aborto por razões médicas” e “outras gravidezes que terminam em aborto”. Não fica esclarecido como é feito

esse diagnóstico e nem por que não é utilizada toda a classificação da CID-10. Entre 1999 e 2002, do total de 989.156 abortos registrados, os espontâneos totalizaram 40,7% (Tabela 07).

TABELA 07 – DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES PELO SUS POR DIAGNÓSTICOS DE ABORTO. BRASIL, ENTRE 1999 E 2002

	1999		2000		2001		2002		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Espontâneo	95.776	39,2	98.282	39,6	97.158	39,0	111.828	45,2	403.044	40,7
Razões médicas	1.517	0,6	946	0,4	878	0,3	946	0,4	4.287	0,4
Outras	147.198	60,2	148.656	60,0	151.589	60,7	134.382	54,4	581.825	58,8
<b>Brasil</b>	<b>244.491</b>	<b>100</b>	<b>247.884</b>	<b>100</b>	<b>249.625</b>	<b>100</b>	<b>247.156</b>	<b>100</b>	<b>989.156*</b>	<b>100</b>

Nota: \*O total inclui todas as faixas etárias, com idade identificada entre 05 e 80 anos, demonstrando a permanência de erro no preenchimento do SIH/SUS.  
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

#### VARIAÇÃO DE MORBIDADE POR FAIXA ETÁRIA

Entre 1999 e 2002, selecionando-se apenas as mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, totalizam 985.709 internações por aborto e observa-se a seguinte distribuição por faixa etária: 1,2% em meninas de 10 a 14 anos; 20,0% entre 15 e 19 anos; 52,1% entre 20 e 29 anos; 22,1% de 30 a 39 anos; e 4,6% acima de 40 anos.

É possível encontrar dados por estado, por tipo de procedimento ou por diagnóstico, mas nada foi encontrado com relação às variáveis como raça, ocupação ou escolaridade das mulheres que se internam devido ao aborto. Apenas estudos localizados e aprofundados poderão completar o esboço do perfil da morbidade por aborto mostrado aqui.

---

# Mortalidade por aborto

Buscamos compreender melhor **quem são as mulheres que morrem por aborto**, do ponto de vista de sua condição socioeconômica (ocupação, escolaridade, renda, origem étnica), além do estado civil e idade, que são variáveis normalmente apresentadas. Entretanto, além da dificuldade notória de se quantificarem com exatidão as mortes por aborto no País, deparamo-nos com ausência de dados que permitam traçar um perfil mais preciso das mortes a partir dos registros do DATASUS/SIM disponíveis na *Internet*.

Nem mesmo o detalhamento **por tipos de aborto** (códigos de causas de três e quatro dígitos), antes publicados nos livros de Estatísticas de Mortalidade, estavam disponíveis para consulta. Foi possível somente analisar essas variáveis a partir de bases especiais de declarações de óbitos de alguns estudos, descritos no Capítulo “Óbito por aborto, segundo fontes específicas ou bases especiais”.

## SÉRIE HISTÓRICA POR REGIÕES

Os dados oficiais do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) são disponibilizados pelo DATASUS/MS, em série histórica, desde 1979. Na última década o SIM melhorou bastante e vem captando um número maior de óbitos, por todas as causas, em todo o País. Mas, os registros ainda são insatisfatórios para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e para as áreas rurais de muitos estados.

Com relação às mortes maternas, com toda certeza se pode dizer que ainda é grande a sub-notificação, conforme demonstram os cuidadosos trabalhos de investigação de óbitos maternos que vêm sendo realizados por alguns Comitês de Prevenção da Morte Materna, há mais de 10 anos. O Comitê Estadual de Prevenção da Morte Materna do Paraná, que há 15 anos investiga quase 90% dos óbitos das mulheres em idade fértil, ainda encontra cerca de 40% de óbitos maternos não registrados como tal.

A condição de ilegalidade do aborto no Brasil contribui para ocultar ainda mais essa causa específica de morte relacionada à gravidez, às vezes mascarada entre as infecções ou hemorragias, ou entre os óbitos por “causa mal definida”. Portanto, os dados oficiais podem servir de ponto de partida para o primeiro diagnóstico, mas sempre deverão ser complementados e analisados a partir de uma pergunta essencial: há no município e/ou estado um Comitê que investiga todos os óbitos de mulheres em idade fértil? Caso não haja, deve-se estimar um fator de correção para os óbitos maternos de 1,4 a 1,7 vezes, dependendo do Estado.

*Fonte: Laurenti, 2002.*

Em 1998, no Brasil, entre as causas diretas de morte materna, o aborto era a quarta causa, com 4,7%, sendo 1,3 % de abortos espontâneos e 3,4 % de provocados. A eclâmpsia (21,2%), as síndromes hemorrágicas (12,4%)

e a infecção puerperal (7,0%) são, respectivamente, a primeira, segunda e terceira causa de morte materna.

Fonte: *Tamaka, 2001*

Estudos continuados e rigorosos do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (CEPMM) asseguram que 85% dos óbitos maternos são evitáveis, dependendo em grande parte que se melhore a assistência médica e hospitalar.

A partir de 1980, no Brasil, pode-se notar uma tendência de queda, tanto no total das mortes maternas como nos óbitos por aborto (Tabela 08): de 13,5% dos óbitos maternos em 1980 para 11,9% em 1990 e 7,0% em 2002, quase a metade de 22 anos atrás. Várias(os) estudiosas(os) concordam que, embora ainda ocorram subnotificações, pode-se confiar que a tendência seja realmente decrescente.

TABELA 08 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS, TOTAL E POR ABORTO, SEGUNDO REGIÃO DA FEDERAÇÃO. BRASIL, 1980, 1990, 1999 A 2002

	1980		1990		1999		2000		2001		2002	
	Total	Aborto	Total	Aborto	Total	Aborto	Total	Aborto	Total	Aborto	Total	Aborto
Norte	326	27	147	13	179	16	181	15	151	16	160	11
Nordeste	682	92	414	49	512	31	535	26	539	52	585	37
Sudeste	1.014	143	694	83	703	63	596	50	529	54	531	44
Sul	364	56	284	32	299	27	243	30	243	16	232	9
Centro-Oeste	165	26	94	17	132	10	91	7	125	10	142	14
<b>Brasil</b>	<b>2.551</b>	<b>344</b>	<b>1.633</b>	<b>194</b>	<b>1.825</b>	<b>147</b>	<b>1.646</b>	<b>128</b>	<b>1.587</b>	<b>148</b>	<b>1.650</b>	<b>115</b>

Fonte: *Ministério da Saúde, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), óbitos por residência.*

Com atividade consistente de Comitês de Prevenção da Morte Materna, o Paraná pode servir de parâmetro: a mortalidade por aborto sobre o total de óbitos maternos caiu de 10,0% em 1990 para 4,9% em 2000, assim como declinou o número de mortes por aborto sobre o total de nascidos vivos. Em São Paulo, o percentual de abortos sobre os totais de óbitos maternos caiu de 16,1% em 1980, para 7,8% em 2002.

Pode-se atribuir esse declínio ao maior acesso a métodos anticoncepcionais, inclusive os métodos irreversíveis como a laqueadura, e à difusão do uso do Cyto-tec – apesar de o produto não ter venda legalizada no País – para a realização do processo de abortamento com menor risco de complicações e de morte.

A velocidade da queda da mortalidade por aborto, assim como a confiabilidade dos dados, é variável

conforme a Região. Pode-se esperar, ainda, um crescimento dos registros na Região Norte se forem implantados Comitês de Prevenção da Morte Materna. A Região Centro-Oeste demonstra tendência instável e o maior percentual em 2002 (9,9%), com possível aumento nos registros se houver maior trabalho de investigação.

Além dos dados brutos, é importante considerar o tamanho da população feminina exposta ao risco de morrer em decorrência de abortamento inseguro. A Tabela 09 apresenta as taxas de morte por aborto por cem mil mulheres de 10 a 49 anos em 1980, 1990 e entre 1999 e 2002, por Região (o denominador de nascidos vivos não foi utilizado porque os registros ainda são pouco confiáveis na maior parte do País). Verifica-se, para o Brasil, que a taxa média de mortes por aborto, por 100 mil mulheres entre 10 e 49 anos, caiu 4,6 vezes entre 1980 e 2002.

TABELA 09 – COMPARAÇÃO DA TAXA DE MORTE POR ABORTO, POR CEM MIL MULHERES (10-49 ANOS). BRASIL E REGIÕES, ANOS 1980, 1990, 1999 A 2002

	1980 (a)	1990	1999	2000	2001	2002 (b)	a/b
Norte	1,59	0,44	0,41	0,36	0,34	0,25	6,4
Nordeste	0,88	0,37	0,20	0,16	0,33	0,23	3,8
Sudeste	0,87	0,41	0,27	0,20	0,22	0,17	5,1
Sul	0,92	0,45	0,33	0,36	0,19	0,10	9,2
Centro – Oeste	1,11	0,56	0,26	0,17	0,24	0,34	3,3
<b>Brasil</b>	<b>0,93</b>	<b>0,42</b>	<b>0,27</b>	<b>0,23</b>	<b>0,26</b>	<b>0,20</b>	<b>4,7</b>

Fonte: Óbitos do SIM, Ministério da Saúde, DATASUS; População IBGE.

Para estimar, de maneira provavelmente aquém da realidade, o total de mulheres que morreram por aborto entre 1980 e 2002, pode-se multiplicar a média anual de 1999 a 2002 (135 óbitos por aborto/ano) por 22 anos, chegando-se a 2.970 mulheres; ou multiplicar 200 óbitos por aborto/ano (pois eram 344 casos em 1980) por 22, chegando-se a 4.400 óbitos por aborto, registrados no SIM. Esse cálculo ainda deixa de fora todas as mortes subnotificadas ou incluídas erroneamente em outros grupos de causas.

### MORTE POR ABORTO VERSUS IDADE

Entre 1999 e 2002, o total de óbitos de morte materna (por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério), entre mulheres de 10 a 59 anos de idade, foi de 6.301 casos. Observando-se a distribuição por faixa etária, na Tabela 10, constata-se que, em média, as mortes por aborto representam 8,5 % do total das mortes maternas, mas aparecem com maior peso entre as mulheres mais jovens: 14,0% de 10 a 14 anos.

TABELA 10 – MORTES POR ABORTO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SOBRE TOTAL DE MORTES RELACIONADAS À GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO. BRASIL, 1999 A 2002

	10 a 14		15 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 59		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nº óbitos por gravidez, parto e puerpério (A)	57	0,9	910	14,4	2.637	41,9	2.168	34,4	529	8,4	6.301	100,0
Nº óbitos por aborto (B)	8	1,5	84	15,6	254	47,2	165	30,7	27	5,0	538	100,0
B/A (% de óbitos por aborto sobre total de óbitos)	14,0		9,2		9,6		7,6		5,1		8,5	

Fonte: Ministério da Saúde, SVS/DASIS/SIM, óbitos por residência.

Os dados indicam que as meninas até 15 anos e as mulheres entre 30 e 39 anos aparecem com maior peso na mortalidade por aborto do que na morbidade. Para confirmar esse indicativo se-

ria necessário calcular a Taxa ou Razão de Morte Materna por aborto, tendo por denominador o número de nascidos vivos por faixa etária das mães.

---

# Óbitos por aborto, segundo fontes específicas ou bases especiais

Os dados de óbitos maternos de “bases especiais” são de menor abrangência do que o SIM, que é um sistema de base nacional, mas apresentam maior detalhamento, pois são as próprias declarações de óbito, investigadas e analisadas por pesquisadores(as) e/ou Comitês de Prevenção de Mortes Maternas.

Essas fontes já foram utilizadas como base para o estudo “Diferenciais Raciais nos Perfis e Indicadores de Mortalidade Materna para o Brasil” (2004) e são constituídas pela listagem de óbitos e/ou pelas declarações de óbitos analisadas e corrigidas, provenientes de:

1. óbitos maternos ocorridos nas capitais brasileiras, no primeiro semestre de 2002, dos dados coletados no “Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil” (2002), totalizando 115 óbitos, com identificação de raça/cor constante das próprias Declarações de Óbito (DO). As capitais de Natal e Porto Velho não participaram do estudo. Esta base foi denominada CAPITAIS;

2. óbitos maternos ocorridos no município de São Paulo, entre os anos de 1999 a 2001, procedentes do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, totalizando 390 óbitos (a variável raça é investigada desde 1993). Base denominada SÃO PAULO;

3. óbitos maternos ocorridos nas cidades de Alagoinhas, Feira de Santana e Salvador, entre 2000 e 2002, totalizando 84 óbitos, com investigação de raça/cor realizada pelos respectivos Comitês e Secretaria Municipi-

pal de Saúde. Base denominada BAHIA; e

4. óbitos maternos ocorridos no estado do Paraná entre 2000 e 2002, totalizando 360 casos, do banco de dados do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, que investiga raça desde 1993. Base denominada PARANÁ.

Os dados do SIM sobre mortalidade materna total (MM) e por aborto, no Brasil, divergem quando se comparam com os dados que aparecem nas bases especiais investigadas pelos Comitês de Morte Materna. Por exemplo, entre 2000 e 2002, no Paraná, eram 24 casos de MM pelo SIM, mas o Comitê analisou 22; entre 1999 e 2001, para o estado de São Paulo, foram registrados 72 casos pelo SIM, mas só a cidade de São Paulo teve 37 casos analisados pelo Comitê.

Do total de 949 mortes maternas das bases especiais listadas acima, 89 foram por aborto (Tabela 11). Observe-se que o percentual de mortes por aborto é significativamente maior na base BAHIA, requerendo estudo mais localizado para confirmar e esclarecer esse comportamento atípico, que tanto pode significar maior gravidade do quadro de mortes por aborto como sub-registro das demais causas de óbito materno.

Mesmo nessas bases especiais verifica-se imprecisão na coleta de dados. No caso do Paraná, a variável renda, por exemplo, não foi preenchida em 10



dos 22 casos. Nas demais, 06 tinham renda entre 1 e 2 salários mínimos, 05 de 3 a 5 e apenas 01 tinha renda familiar acima de 5 salários.

Por preconceito, por machismo ou por credence, as brasileiras – as pobres, é claro, as que não têm dinheiro para abortar numa boa clínica clandestina – estão morrendo. Primeiro, a lei as condena ao crime. Depois, à morte.

Fonte: Petry, 2004.

### INTENCIONALIDADE OU NÃO DO ABORTO

Os óbitos por aborto não se referem apenas ao aborto voluntário/provocado, considerado ilegal, mas também aos espontâneos ou relacionados a doenças da gravidez ou associadas a ela. Eis uma questão importante, já mencionado em estudos anteriores: quantos dos óbitos decorrentes de abortamento são oriundos de abortos inseguros e quantos decorrem de aborto espontâneo ou por problemas de gravidez ectópica, aborto retido e mola hidatiforme, já que todos se vêm contidos no mesmo grupo de codificação na CID?

**TABELA 11 – TOTAL DE ÓBITOS MATERNOS E RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (RMM), TOTAL DE ÓBITOS POR ABORTO E PERCENTUAL SEGUNDO FONTES ESPECÍFICAS E BASES DE DADOS ESPECIAIS, BRASIL**

Fontes de Dados*	Óbitos maternos		Óbitos por aborto	
	N**	RMM***	N	%
Capitais	115	65,86	12	10,4
Bahia	84	53,44	18	21,4
Paraná	360	70,45	22	6,1
São Paulo	390	63,29	37	9,5
<b>Total</b>	<b>949</b>		<b>89</b>	<b>9,4</b>

\* População definida no desenho do estudo.

\*\* Há supernumeração de 12 óbitos em Salvador e 01 em Curitiba, computados na base Capitais, Bahia e Paraná.

\*\*\*Por 100.000 nascidos vivos, incluídos os óbitos tardios.

Em geral, nas discussões e debates do feminismo, o destaque tem sido para o aborto, atualmente denominado de inseguro (clandestino e provocado), como agravante que acarreta maior risco de vida para a mulher. Para o Brasil, em 1998, entre as causas

**TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR ABORTO SEGUNDO CAUSA BÁSICA E FONTE DE DADOS, CIDADES BRASILEIRAS SELECIONADAS, 1999 A 2002**

	Capitais		Bahia		São Paulo		Paraná		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
000 Gravidez ectópica	4	33,3	4	22,2	3	8,1	3	13,6	14	15,7
001 Mola hidatiforme	-	0,0	2	11,1	1	2,7	1	4,5	4	4,5
002 Outros produtos anormais da concepção	1	8,3	1	5,6	-	0,0	1	4,5	3	3,4
003 Aborto espontâneo	1	8,3	2	11,1	-	0,0	9	40,9	12	13,5
<b>Subtotal</b>	<b>6</b>	<b>50,0</b>	<b>9</b>	<b>50,0</b>	<b>4</b>	<b>10,8</b>	<b>14</b>	<b>63,9</b>	<b>33</b>	<b>37,1</b>
004 Aborto por razões médicas e legais	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
005 Outros tipos de aborto	2	16,7	1	5,6	-	0,0	4*	18,2	7	7,9
006 Aborto não especificado	4*	33,3	7	38,9	-	0,0	4	18,2	15	16,9
007 Falha na tentativa de aborto	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
<b>Subtotal</b>	<b>6</b>	<b>50,0</b>	<b>8</b>	<b>44,4</b>	<b>-</b>	<b>0,0</b>	<b>8</b>	<b>36,4</b>	<b>22</b>	<b>24,7</b>
008 Complicações cons. a aborto e gravidez ectópica ou molar	-	0,0	1	5,6	33	89,2	-	0,0	34	38,2
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Nota: \*Inclui 1 óbito tardio.

Fonte: Fontes específicas e bases de dados especiais.

diretas de morte materna, o aborto é a quarta causa, com 4,7% (1,3 para espontâneos e 3,4 para provocados). No Rio Grande do Norte, Mato Grosso e Pará, o aborto foi a causa de 8,7% dos óbitos maternos, sendo 4,3 por infecção pós-aborto espontâneo e 4,3 por aborto provocado, em 1997.

Fonte: Tanaka & Mitsuki, 1999; Tanaka, 2001.

Propõe-se aqui um esboço de classificação para os óbitos analisados:

a) considerar como **abortos não provocados** aqueles casos codificados pela CID-10 com causa básica O00, O01, O02 e O03: gravidez ectópica, mola hidatiforme e outros produtos anormais da concepção e aborto espontâneo;

b) considerar como **possivelmente provocados** aqueles com código O05 e O06 da CID-10: outros tipos de aborto e aborto não especificado; e

c) considerar como **impossíveis de classificar** aqueles de código O08 da CID-10, que englobam complicações tanto resultantes de aborto como de mola hidatiforme e gravidez ectópica.

Incluindo todas as fontes específicas e bases especiais de informação, têm-se 37,1% dos óbitos por aborto espontâneo, 24,7% por aborto provocado e 38,2% impossíveis de classificar (Tabela 12).

Quando uma mulher chega a uma maternidade em processo de abortamento, ela é vista e tratada como potencialmente culpada de um crime.

Na maioria dos casos das fontes específicas ou bases especiais não há um parecer conclusivo com relação à condição de intencionalidade do aborto, o que é bastante compreensível em face da situação de ilegalidade do procedimento. Mesmo profissionais de saúde têm receio de se verem envolvidas(os), ainda que apenas como testemunhas, em processo ou queixa-crime contra a mulher, pelo fato de ter atendido a um caso de aborto não autorizado pela justiça (inviabilidade fetal) ou fundamentado nas atuais razões médicas legais (estupro e risco de vida para a mãe).

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR ABORTO SEGUNDO CAUSA BÁSICA E FONTE DE DADOS, CIDADES BRASILEIRAS SELECIONADAS, 1999 A 2002

	Capitais		Bahia		Paraná		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
000 Gravidez ectópica	4	33,3	4	22,2	3	13,6	11	21,1
001 Mola hidatiforme	-	0,0	2	11,1	1	4,5	3	5,8
002 Outros produtos anormais da concepção	1	8,3	1	5,5	1	4,5	3	5,8
003 Aborto espontâneo	1	8,3	2	11,1	9	40,9	12	23,1
<b>Subtotal</b>	<b>6</b>	<b>50,0</b>	<b>9</b>	<b>50,0</b>	<b>14</b>	<b>63,6</b>	<b>29</b>	<b>55,8</b>
004 Aborto por razões médicas e legais	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
005 Outros tipos de aborto	2	16,7	1	5,5	4*	18,2	7	13,5
006 Aborto não especificado	4*	33,3	7	38,9	4	18,2	15	28,8
007 Falha na tentativa de aborto	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
<b>Subtotal</b>	<b>6</b>	<b>50,0</b>	<b>8</b>	<b>44,4</b>	<b>8</b>	<b>36,4</b>	<b>22</b>	<b>42,3</b>
008 Complicações cons. a aborto e gravidez ectópica ou molar	-	0,0	1	5,6	-	0,0	1	1,9
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Nota\*: inclui 1 óbito tardio.

Fonte: Fontes específicas e bases de dados especiais.

Chama a atenção que nenhum caso tenha sido classificado como O04, óbito por “aborto por razões médicas e legais” e O07, “falha na tentativa de aborto”. Como os dados disponíveis no DATASUS sobre mortalidade não identificam as categorias da causa básica de aborto, não há comparação com os dados oficiais.

Observa-se nas Tabelas 12 e 13, excluindo-se os dados da cidade de São Paulo, que teve todos os óbitos classificados como O08, que a ilegalidade do aborto leva ao óbito materno: em caso de aborto – provocado, clandestino ou espontâneo – as mulheres são tratadas da mesma forma quando

chegam às maternidades. Ou seja, quando uma mulher chega a uma maternidade em processo de abortamento, ela é vista e tratada como potencialmente culpada de um crime; então, tanto o aborto quanto o tratamento, em geral, são cruéis e desumanos.

Uma divisão preliminar a partir das causas básicas mostra que, no conjunto, 29 (55,8%) dos óbitos não foram decorrentes de aborto provocado: são 11 casos de gravidez ectópica; 3 por Mola; 3 de outro tipo; e 12 classificados como espontâneos. Entre os demais 23 (44,2%), certamente uma parte considerável pode ser atribuída a abortos intencionais.

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNNOS POR ABORTO, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E CAUSA BÁSICA, BASES SELECIONADAS. BRASIL, 1999 A 2002

	10 a 19		20 a 29		30 a 39		+ de 40		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
000 Gravidez ectópica	-	0,0	6	17,1	6	16,7	2	40,0	14	15,7
001 Mola hidatiforme	3	21,4	1	2,9	-	0,0	-	0,0	4	4,5
002 Outros produtos anormais	-	0,0	1	2,9	2	5,6	-	0,0	3	3,4
003 Aborto espontâneo	2	14,3	3	8,6	6	16,7	1	20,0	12	13,5
005 Outros tipos de aborto	2	14,3	1	2,9	4	11,1	-	0,0	7	7,9
006 Aborto não especificado	5	35,7	4	11,4	6	16,7	1	20,0	15	16,9
008 Complicações de cons. aborto, gravidez ectópica ou molar	2	14,3	19	54,3	12	33,3	1	20,0	34	38,2
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Fonte: Fontes específicas e bases de dados especiais.

#### INTENCIONALIDADE DO ABORTO VERSUS FAIXA ETÁRIA

Com relação à faixa etária, os óbitos ocorreram, em sua maioria (71 casos, 79,8%), em mulheres entre 20 e 39 anos, conforme mostra a Tabela 14. A maior incidência de aborto inseguro ocorre em mulheres entre 20 e 35 anos. As mortes por aborto em menores de 19 anos foram 14 casos (15,7%), sendo que, destas, 35,7% por mola (3 casos) e aborto espontâneo (2 casos).

Entre mulheres mais jovens, cai para 28,6% os

abortos classificados como não intencionais, enquanto na faixa de 30 a 39 anos esse percentual chega a 36%. É um indício de que o aborto provocado pode estar fazendo mais vítimas entre as mulheres mais jovens.

Dados de 1992 (Tabela 15) parecem indicar na mesma direção. Foram registrados 184 óbitos por aborto, ou 12% do total de óbitos maternos. Destes, 34,8% (64 casos) se classificam como tipos não intencionais de aborto (códigos 630, 632, 633 e 634

da CID-9, em vigência no período da coleta dos dados). Por outro lado, a CID-9 possuía o código 636, que não tem equivalência na CID-10, que era mais explícito e indicava casos de “aborto induzido sem indicação de autorização legal”, com 53 casos (28,8%).

#### MORTE POR ABORTO *VERSUS* RAÇA/ETNIA

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) por aborto, para mulheres negras (pardas e pretas), foi de 11,28/100 mil nascidos vivos, duas vezes a RMM para as mulheres brancas, de 5,42/100 mil n.v.

Fonte: Martins, 2004.

Ocorreram 43 casos de aborto em mulheres brancas (48,3% do total) e 37 com negras (41,6%). Assim, a RMM foi de 5,59/100 mil nascidos vivos para as brancas; 9,98 para as pardas; e 36,23 para as pretas. Para as negras (pretas + pardas), a RMM foi de 11,83/100 mil nascidos vivos (Tabela 16).

Em relação às causas específicas de aborto, as mulheres pretas tiveram 50% dos óbitos entre O00 e O03 (não provocado) e apresentaram risco relativo, em relação às mulheres brancas, de 6,48; às negras, de 2,1.

TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DAS MORTES MATERNAS POR ABORTO SEGUNDO TIPO E FAIXA ETÁRIA. BRASIL, 1992

CID 9	CID 10	Causa básica	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	Total	
								N	%
630	001	Mola hidatiforme	-	3	1	1	3	08	4,3
632	002.1	Aborto retido	-	2	2	2	1	07	3,8
633	000	Gravidez ectópica	-	5	20	10	3	*41	22,3
634	005	Aborto espontâneo	-	2	4	2	-	08	4,3
636	—	Aborto induzido sem indicação adm. legal	1	8	28	16	-	53	28,8
637	006	Aborto não especificado	1	7	22	17	3	**51	27,7
638	007	Tentativa de aborto	-	-	1	-	-	01	0,5
639	008	Complicações de aborto, gravidez ectópica ou molar	-	-	12	1	2	15	8,2
<b>Total</b>			<b>2</b>	<b>27</b>	<b>90</b>	<b>49</b>	<b>12</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
Gr.XI		Total óbitos maternos	12	207	663	497	127	1.506	
%		(no gr. XI)	16,7	13,0	13,6	9,9	9,4	12,0	
		Total óbitos mulheres em idade fértil	2.488	3.970	10.960	16.063	23.464	56.945	

Nota: Códigos CID 10 e CID 9: correspondência para subtipos de morte materna por aborto, ver páginas 692 a 697 do livro CID 10, vol I, para detalhamento do quarto dígito.

\* Inclui 3 óbitos, de idade ignorada.

\*\* Inclui uma mulher com mais de 50 anos.

Fonte: Mortalidade Brasil, Ministério da Saúde/FNS, Brasília, 1996.

#### MORTE POR ABORTO *VERSUS* SITUAÇÃO CONJUGAL

Os óbitos ocorreram, em sua maioria, em mulheres solteiras ou separadas judicialmente (Tabela 17).

#### MORTE POR ABORTO *VERSUS* ESCOLARIDADE

Com relação à escolaridade, observa-se na Tabela

18 que o óbito por aborto pode acometer todas as mulheres, ocorrendo com mais frequência nas analfabetas e nas de escolaridade ignorada, que são as mais pobres e negras. Isso nos leva a pensar no des-caso como são tratadas essas mulheres e como vivem, adoecem e morrem.

TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNNOS POR ABORTO, SEGUNDO RAÇA E CAUSA BÁSICA, BASES SELECIONADAS. BRASIL, 1999 À 2002

	Branca		Parda		Preta		Ignorada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
000 Gravidez ectópica	6	14,0	5	17,2	1	12,5	2	22,2	14	15,7
001 Mola hidatiforme	2	4,7	1	3,4	1	12,5	-	0,0	4	4,5
002 Outros produtos anormais	1	2,3	2	6,9	-	0,0	-	0,0	3	3,4
003 Aborto espontâneo	8	18,6	1	3,4	2	25,0	1	11,1	12	13,5
005 Outros tipos de aborto	2	4,7	3	10,3	-	0,0	2	22,2	7	7,9
006 Aborto não especificado	4	9,3	7	24,1	-	0,0	4	44,4	15	16,9
008 Complicações cons. aborto, gravidez ectópica ou molar	20	46,5	10	34,5	4	50,0	-	0,0	34	38,2
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Nota: 1 mulher amarela no Paraná e 2 em São Paulo, respectivamente 0,3% e 0,51%; não foi identificada nenhuma mulher indígena no estudo.  
Fonte: Fontes específicas e bases de dados especiais.

### MORTE POR ABORTO VERSUS OCUPAÇÃO

Outra informação possível nas declarações de óbito é a ocupação. Identificou-se que, correspondente à escolaridade, 18 mulheres eram do lar e 35 trabalhavam em serviços domésticos.

### MORTE POR ABORTO VERSUS NÚMERO DE GESTAÇÕES

Na base de dados do estado do Paraná, computamos, em relação ao número de gestações: 07 mulheres eram primigestas; 02 secundigestas; e 13 apresentaram 03 ou mais gestações. Entre estas 13 multíparas, sete eram de 003 (aborto espontâneo), o que evidencia que os serviços de pré-natal necessitam avaliar na história obstétrica as gestações anteriores e que abortos constituem fator de risco gestacional. Em relação à procedência dessas mulheres, 02 eram da capital, 10 de cidades pólo do interior e 10 de cidades menores, inclusive zona rural, não havendo diferença significativa se aborto espontâneo ou provocado.

### MORTE POR ABORTO, UMA REALIDADE CRUEL

RMP, 34 anos, casada, de cor parda, do lar, com escolaridade básica entre 4 e 7 anos, residente em zona urbana, com 2 filhos nascidos de parto normal. Em consulta ginecológica para planejamento

familiar, foi-lhe prescrito hormonal injetável. Ignorando que poderia estar grávida, tomou uma injeção de Medroxiprogesterona 150 mg/dia, 14 dias após sua última menstruação.

Quase 3 meses após iniciar o uso do hormonal injetável, RMP apresentou febre, vômitos, calafrios, dor de cabeça. Sem estabelecer um diagnóstico, o médico prescreveu Buscopan e deu alta. No dia seguinte, a paciente retornou ao serviço com a mesma queixa. Foi diagnosticada uma entero-infecção. O abortamento espontâneo ocorreu no próprio consultório do ginecologista.

RMP foi encaminhada ao hospital, com aborto incompleto, acompanhada do feto, que pesou 220 gramas e exalava odor fétido. Foi submetida à curagem uterina. No dia seguinte foi diagnosticado septicemia, e ela foi transferida de hospital para internação em UTI. Morreu na noite do mesmo dia.

Segundo o Comitê de Morte Materna que investigou o caso, essa morte poderia ter sido evitada se tivesse havido melhor diagnóstico hospitalar; acesso a tratamento adequado das emergências obstétricas; acesso a tratamento adequado das complicações

TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNS POR ABORTO, SEGUNDO ESTADO CIVIL E CAUSA BÁSICA, BASES SELECIONADAS. BRASIL, 1999 A 2002

	Casada		Solteira		Ignorada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
000 Gravidez ectópica	4	14,3	10	17,9	-	0,0	14	15,7
001 Mola hidatiforme	-	0,0	4	7,1	-	0,0	4	4,5
002 Outros produtos anormais	2	7,1	1	1,8	-	0,0	3	3,4
003 Aborto espontâneo	9	32,1	2	3,6	1	20,0	12	13,5
005 Outros tipos de aborto	1	3,6	4	7,1	2	40,0	7	7,9
006 Aborto não especificado	3	10,7	11	19,6	1	20,0	15	16,9
008 Complicações. cons. aborto, gravidez ectópica ou molar	9	32,1	24	42,9	1	20,0	34	38,2
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
	<b>31,5</b>		<b>62,9</b>		<b>5,6</b>			

Fonte: Fontes específicas e bases de dados especiais.

puerperais ambulatoriais e hospitalares; acesso a métodos contraceptivos adequados; e melhores condições de renda familiar e de escolaridade.

LAS, 21 anos, de cor branca, em união consensual, com escolaridade básica 3 anos de primeiro grau. Apresentava histórico de 2 gravidezes: um parto normal e um aborto. LAS, grávida de 3 meses, sentiu forte dor e foi internada com sangramento vaginal. A ecografia mostrou abortamento incompleto. Foi encaminhada

à curetagem uterina. Na alta, recebeu uma receita, para a qual afirmou não ter dinheiro. Após 3 semanas, foi internada com palidez intensa, tosse, dispnéia, dor abdominal difusa, vômitos, diarreia e desidratação acentuada. Os exames mostraram anemia e septicemia. Foi tratada com hemoderivados e antimicrobianos de largo espectro. Morreu 5 dias depois de ser internada. O Comitê de Morte Materna, que investigou o caso, concluiu que sua morte ocorreu por responsabilidade do atendimento médico hospitalar.

TABELA 18 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNS POR ABORTO, SEGUNDO ESCOLARIDADE E CAUSA BÁSICA, BASES SELECIONADAS. BRASIL, 1999 À 2002

	0 e Ignorado		01 a 03		04 a 07		08 a 11		+ de 12		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
000 Gravidez ectópica	2	7,4	-	0,0	4	13,8	7	38,9	1	16,7	14	15,7
001 Mola hidatiforme	-	0,0	-	0,0	3	10,3	1	5,6	-	0,0	4	4,5
002 Outros produtos anormais	-	0,0	-	0,0	1	3,4	-	0,0	2	33,3	3	3,4
003 Aborto espontâneo	5	18,5	3	33,3	3	10,3	1	5,6	-	0,0	12	13,5
005 Outros tipos de aborto	1	3,7	3	33,3	2	6,9	1	5,6	-	16,7	7	7,9
006 Aborto não especificado	4	14,8	3	33,3	4	13,8	3	16,7	1	16,7	15	16,9
008 Complicações cons. aborto, gravidez ectópica ou molar	15	55,6	-	0,0	12	41,4	5	27,8	2	33,3	34	38,2
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Fonte: Fontes específicas e bases de dados especiais.

---

# Conclusão

Mesmo depois de analisarmos tantos quadros e tabelas, ainda estamos longe de poder fazer afirmações conclusivas sobre o perfil de morbimortalidade por aborto no Brasil. Mais do que respostas, apresentam-se pontos de reflexão e pesquisa.

Entretanto, em um cenário de queda acelerada da fecundidade e de permanentes dificuldades de acesso contínuo e gratuito aos métodos anticoncepcionais, pode-se afirmar que são as mulheres mais pobres e mais jovens, com menor escolaridade, aquelas que mais se expõem aos riscos do aborto inseguro.

Mesmo que as taxas de mortalidade por aborto apresentem queda, permanecem estáveis os números de Curetagens Pós-Aborto. É necessário conhecer melhor, em cada estado brasileiro, quem são as 238 mil mulheres que, a cada ano, buscam os hos-

pitais do SUS para realizar esse procedimento. É fundamental melhorar a qualidade de preenchimento das fichas e registros, bem como atrair a atenção de estudantes e pesquisadores para o assunto.

Entre os 89 casos de óbitos de mulheres por aborto analisados a partir das fontes específicas, identificou-se que 41,6% eram negras, 62,9% eram solteiras ou separadas, 60% trabalhavam como domésticas ou eram donas de casa, 73% tinham escolaridade inferior a 8 anos de estudo e 55% tinham menos de 29 anos de idade. Entretanto, a questão sobre proporção de abortos espontâneos e intencionais continua pendente.

Levantou-se, apenas, mais um dos muitos véus que encobrem o sofrimento e a morte de mulheres que abortam clandestinamente no Brasil.

## ANEXO 1: ABORTO, PROPOSTAS PARA UM CONSENSO

*Carla Rodrigues, jornalista e colunista de [www.nominimo.com.br](http://www.nominimo.com.br)*

Embora seja proibido por lei no Brasil, o aborto é amplamente realizado de forma ilegal, o que aumenta o risco de vida para as mulheres, sobretudo as pobres, que realizam os abortos em condições precárias. Para as que têm recursos, o aborto está disponível em clínicas particulares com métodos tecnologicamente avançados, com direito a acompanhamento posterior do ginecologista pessoal. A proibição, que se estende a 40% dos países do mundo, não impede que entre 42 e 50 milhões de abortos sejam realizados por ano, cerca de metade deles ilegais e de risco. A estimativa aceita pela Organização Mundial de Saúde é utilizada no livro *O drama do aborto – em busca de um consenso*, dos ginecologistas Aníbal Faúndes e José Barzelatto.

Os dois médicos abordam o tema de maneira corajosa e oportuna: o Supremo Tribunal Federal deverá julgar o mérito da ação que autoriza a interrupção de gravidez em casos de feto anencefálico. A perspectiva de uma decisão do STF tem mobilizado tanto organizações feministas, defensoras do direito ao aborto, quanto instituições religiosas contrárias à autorização. Como foi escrito por dois médicos, o livro contempla de forma objetiva as diversas implicações de saúde decorrentes do aborto de risco, como 13% das mortes maternas no mundo. Em termos estatísticos, os autores chamam atenção para a dificuldade em obter números precisos a respeito do aborto, que muitas vezes não é registrado como causa de morte.

Sempre com o cuidado de observar que estão trabalhando com estimativas, os autores contabilizam cerca de 585 mil mortes maternas no mundo, das quais entre 70 e 80 mil seriam resultado de aborto. Enquanto o risco de vida como consequência de um aborto legal é de 1 para 100.000 nos Estados Unidos, o risco de vida por abortamento ilegal e inseguro em países em desenvolvimento varia entre 1 em cada 100 para 1 em cada 1.000 mulheres que abortam, o que novamente prejudica mais as pobres do que as ricas. Essa perspectiva internacional é fundamental no trabalho, porque amplia o debate para além do caso brasileiro, onde se sabe que tanto Igreja Católica quanto denominações evangélicas têm acirrado suas posições contrárias ao aborto nos últimos 10 anos.

Prova de que a proibição não impede a realização de aborto, apenas aumenta o risco de vida para as mulheres,

está no exemplo citado no livro. Na Romênia, até 1966 o aborto era legalizado, e a mortalidade materna associada ao aborto era de menos de 20 mulheres por 100.000. A partir daí, o aborto foi proibido e, embora a mortalidade materna não associada ao aborto tenha continuado a cair nos 20 anos seguintes, a mortalidade associada ao aborto aumentou oito vezes.

Embora sejam médicos, e tragam no livro informações relevantes sobre questões de saúde para a mulher, é na abordagem do aspecto religioso da proibição do aborto que Faúndes e Barzelatto dão grande contribuição. Ao reconhecerem que as questões religiosas são as que mais contribuem para impedir a legalização do aborto no mundo, os autores discutem as duas principais posições religiosas contrárias ao aborto. A primeira considera que sexo que não seja para procriação é perversão. Como defende que o objetivo da relação sexual é a procriação, condena o aborto por classificá-lo “um pecado que interfere nesse propósito, sem nenhuma consideração com o embrião ou o feto”.

A segunda corrente religiosa contrária ao aborto é a “ontológica” e confere ao embrião *status* de pessoa. “Essa posição da Igreja Católica baseia-se na aceitação de que o zigoto, embrião ou feto é considerado um ser humano completo desde o momento da fertilização, e que não há absolutamente nenhuma justificativa moral para matar uma vida inocente. Essa posição rejeita a noção de que no início da gravidez existe um ser humano em ‘potencial’. Ao contrário, entende que sempre há um ser humano completo desde o momento da fertilização, e que este continuará seu desenvolvimento no ventre da mulher e ao longo de toda a sua vida”, explicam os autores.

Esse argumento tem sido amplamente utilizado no Brasil, inclusive nas pressões contra a aprovação do direito ao aborto em caso de feto anencefálico, contra a lei que permite o uso de células-tronco em pesquisas e contra o acesso a técnicas de reprodução assistida, que hoje permitem que as mulheres descartem as sobras de embriões utilizados na fertilização *in vitro*. Faúndes e Barzelatto lembram que a modernização das técnicas de ultra-sonografia contribuiu para dar ao embrião o *status* de pessoa – a visualização do feto, do sexo, e a possibilidade de ouvir seus batimentos cardíacos reforçam essa política de proteção ao embrião.



Outro aspecto importante do trabalho é a abordagem dos aspectos mais hipócritas que envolvem o assunto. Sem citar nomes, Faúndes e Barzelatto contam a história de um ginecologista publicamente contrário ao aborto, porém capaz de mudar de opinião diante do drama pessoal: tendo a própria filha de 15 anos grávida, vítima de um estupro, esse médico procurou os colegas para conseguir uma indicação de uma clínica segura para a realização do aborto. O exemplo serve para que os médicos demonstrem que mesmo aqueles teoricamente contrários ao aborto mudam de opinião diante de uma experiência pessoal com o problema da gravidez indesejada. O relato é reforçado por estatísticas que mostram que, nos EUA, as mulheres católicas apresentam as mesmas taxas de aborto das outras mulheres da população, mas em percentual mais alto do que o das protestantes, indicadores de que, na prática, as mulheres mostram-se capazes de conciliar fé, ética, moral e a decisão de abortar.

#### **Efeito Bush e consenso**

Faúndes e Barzelatto defendem a idéia de que é possível haver um consenso em relação à legalização do aborto. Partem de três princípios básicos: ninguém gosta de fazer um aborto, existem abortos demais, que deveriam ser evitados, e o aborto inseguro é um problema de saúde pública de grandes dimensões. Partindo dessa idéia eles demonstram que a proibição ao aborto não traz nenhum resultado positivo: não impede que eles sejam realizados, e ainda expõem as mulheres a riscos de saúde que poderi-

am ser controlados em caso de legalização. Segundo eles, o avanço das forças antiaborto só aumentam os efeitos desse impasse: o livro lembra que a decisão do presidente George W. Bush de se negar a transferir para o Fundo de População das Nações Unidas sua contribuição anual de 34 milhões de dólares foi responsável por dois milhões de gravidezes não desejadas e 800 mil abortos, incluindo 4.700 mortes maternas adicionais na China. “Desta forma, aqueles que chamam a si mesmos de antiaborto contribuem para aumentar o número de abortos na China e no mundo”, argumentam os médicos.

Para defender a idéia do consenso, os dois autores enumeram nove pontos que poderiam orientar um diálogo entre todos os envolvidos no debate: 1) reduzir o número de gravidez não desejada, de forma a reduzir o número de abortos preveníveis; 2) o respeito a posições religiosas diferentes, sem que nenhuma imponha sobre outra a sua fé; 3) aumento da igualdade entre os sexos, como forma de melhorar o controle das mulheres sobre a sua vida sexual; 4) uma política de educação sexual; 5) acesso gratuito a métodos contraceptivos; 6) apoio a mulheres grávidas que queiram levar a gestação adiante; 7) descriminalizar o aborto; 8) acesso a aborto seguro; 9) respeitar as mulheres que tenham decidido fazer um aborto.

Resta saber se argumentos objetivos como os de Faúndes e Barzelatto são suficientes para vencer preconceitos, superar o fundamentalismo religioso e, sobretudo, respeitar o direito das mulheres ao próprio corpo.

*A reprodução deste texto em outros destinos impressos é totalmente vedada.*

*Fonte: <http://nominimo.ibest.com.br/notitia/servlet/newstorm.notitia.presentation.NavigationServlet?publicationCode=1&pageCode=26&textCode=14511>*

## ANEXO 2: RECOMENDAÇÕES DO IX FÓRUM INTERPROFISSIONAL ABORTAMENTO INSEGURO COMO FORMA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

*Anibal Faúndes, Professor Titular de Obstetria da UNICAMP e Coordenador do Comitê de Direitos Sexuais e Reprodutivos da Federação Latino-americana de Sociedades de Ginecologia e Obstetria (FLASOG).*

O IX Fórum, realizado em Guarulhos-SP (9 e 10 de setembro, 2004), foi organizado pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, FEBRASGO, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos e Cemicamp. Suas recomendações foram:

### 1. Como melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao abortamento permitido por lei no Brasil

- Incluir o atendimento às vítimas de violência na pontuação para classificação do hospital;
- Fazer gestão, junto aos Conselhos de Saúde e de Defesa dos Direitos da Mulher, para o exercício do controle social, no que tange ao cumprimento da legislação e a implantação das normatizações do Ministério da Saúde (MS);
- Assegurar o suprimento dos insumos, incluindo misoprostol, instrumentais de aspiração manual intra-uterino (AMIU) e métodos contraceptivos, para uso no pós-aborto imediato;
- Garantir o treinamento das equipes de profissionais nas técnicas médicas e cirúrgicas de interrupção da gravidez;
- Divulgar, para todos os serviços, o consenso sobre a interrupção medicamentosa da gravidez e prover sua aplicação nos serviços;
- Criar estratégias para que a técnica de indução do aborto e o esvaziamento uterino sejam dominadas por todos(as) os(as) obstetras;
- Fomentar parcerias do Ministério da Saúde com FEBRASGO, Universidades, IPAS, Rede Feminista de Saúde, BEMFAM e outras ONGs; e
- Elaborar uma resolução do Conselho Federal de Medicina que contemple a questão do aborto previsto em lei e que normatize a interrupção da gravidez prevista em lei.

### 2. Medidas que devem ser implantadas para prevenir e atender com dignidade aos abortamentos provocados

- Melhorar a informação sobre sexualidade e contracepção;
- Facilitar o acesso aos anticoncepcionais de alta eficácia, incluindo Contracepção de Emergência;
- Tomar medidas para acelerar o empoderamento das mulheres;
- Realizar treinamento para humanizar o atendimento;
- Divulgar a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento; e
- Fortalecer os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e outras formas de incentivos do Ministério da Saúde e Secretarias de Estado da Saúde.

### 3. Mudanças desejáveis na legislação brasileira sobre abortamento

É necessário revisar a legislação, para descriminalizar o abortamento, pois a sua criminalização não é eficaz para evitá-lo, não resolve esse grave problema de saúde pública e traz um custo social muito elevado. Entre os fundamentos éticos e constitucionais que justificam mudar a lei atual sobre aborto incluiu-se o de não poder criminalizar nenhuma conduta social, fazendo-se crer que o problema está resolvido, em face da mera existência de uma lei repressiva. No caso do aborto, a manutenção de sua criminalização não tem tido nenhuma eficácia e representa uma forma inaceitável de solução meramente formal do problema, apenas para satisfazer a opinião pública.

A descriminalização do abortamento pode ser obtida pela revogação dos artigos 124 e 126 do Código Penal, ou mediante argumentação da inconstitucionalidade destes dispositivos ao Supremo Tribunal Federal, alegando-se violação e descumprimento de preceito constitucional. Como alternativa, pode-se propor ampliação do artigo 128 do Código Penal (excludente de licitude), abrangendo-se a proteção da saúde física e mental das mulheres e a interrupção de gestações nos casos de malformações fetais graves.

**ANEXO 3: SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS  
DE VIOLÊNCIA SEXUAL E ABORTO PREVISTO EM LEI**

**REGIÃO SUL - Total de serviços: 08**

Paraná	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital das Clínicas do Paraná Contato: Dr. Rosires Pereira de Andrade – Tel/Fax: (41) 360-1865</li> <li>2. Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – FEPAR Contato: Dra. Celeste Semeterco – Tel: (41) 240-5000</li> </ol>
Rio Grande do Sul	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas – Porto Alegre Contato: Dr<sup>a</sup>. Jussara Rodrigues Vidal – Tel/Fax: (51) 287-7312</li> <li>2. Hospital das Clínicas de Porto Alegre Contato: Dr. Fernando Freitas – Tel: (51) 316 8117 e 222-1455 ou Fax: (51) 316-8148</li> <li>3. Hospital Femina – Porto Alegre Contato: Dr. Jorge Inácio Hartmann – Tel: (51) 311-0744</li> <li>4. Hospital N. Sa. Conceição – Porto Alegre Contato: Dr. José Bornelli Ricon – Tel: (51) 222-1455 e 341-1300 ou Fax: (51) 222-1556</li> <li>5. Hospital Geral – Caxias do Sul Contato: Dr<sup>a</sup>. Sônia Madi – Tel: (54) 229-4444</li> </ol>
Santa Catarina	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital Universitário – Florianópolis Contato: Dr<sup>a</sup>. Beatriz K. Gil – Tel: (48) 331-9137 e 331-9100 ou Fax: (48) 244-3014</li> </ol>

**REGIÃO SUDESTE - Total de serviços: 16**

Espírito Santo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – Vitória Contato: Dr<sup>a</sup>. Margarita Martin de Mateos – Tel: (27) 3335-7184</li> </ol>
Minas Gerais	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital Júlia Kubitschek – Belo Horizonte Contato: Dr. Antonio Guimarães Filho Tel: (31) 3322-2727, 3322-2723, 3322-2721 e 3322-2722</li> <li>2. Hospital das Clínicas da UFMG – Belo Horizonte Contato: Dr. Ricardo Castanheira Pimenta Figueiredo Tel: (31) 3248-9379 ou Fax: (31) 3248-9380</li> <li>3. Maternidade Pública de Betim* Contato: Dr<sup>a</sup>. Paula Elisabete – Tel: (31) 3591-3411</li> <li>4. Universidade Estadual de Montes Claros* Contato: Dr. Hubert Caldeira – Tel: (38) 3229-8529</li> <li>5. CAISM – Uberaba* Contato: Dr<sup>a</sup>. Zélia de Oliveira Barbosa – Tel: (34) 3314-6608</li> <li>6. Maternidade Pública Municipal de Contagem* Contato: Dr. Jefferson Ambrósio Brandão – Tel: (31) 3363-5301 / 3363-5298</li> </ol>

*\*Serviço está implantado, mas não houve nenhuma solicitação até fevereiro de 2005*

- Rio de Janeiro 1. Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães – Rio de Janeiro  
Contato: Dr<sup>a</sup>. Carmen Athayde – Tel: (21) 2580-8343 – ramal 231 ou Fax: (21) 2580-1132
- São Paulo 1. Hospital Municipal do Jabaquara – São Paulo  
Contato: Dr. Jorge Andalaft Neto – Tel: (11) 5575-8866 ou Fax: (11) 5082-2962
2. Maternidade Vila Nova Cachoeirinha – São Paulo  
Contato: Dr. Osmar Ribeiro Colas – Tel: (11) 3859-4122 ou Fax: (11) 3721-9168
3. Maternidade Leonor Mendes de Barros – São Paulo  
Contato: Dr. Cristiano Fernando Rosas – Tel: (11) 6694-0989 ou Fax: (11) 6694-4925
4. Pérola Bayghton – São Paulo  
Contato: Dr. José Antonio Marques – Tel: (11) 3105-5041
5. Faculdade de Medicina do ABC – São Bernardo do Campo  
Contato: Dr<sup>a</sup>. Maria Auxiliadora Vertamatti  
Tel: (11) 4335-6995 e 4335-3214 ou Fax: (11) 756-1501
6. CAISM – São Bernardo do Campo  
Contato: Dra. Maria Auxiliadora Vertamati – Tel: (11) 4335-6995 ou Fax: (11) 4335-2629
7. Hospital das Clínicas de Botucatu (Faculdade de Medicina) – Botucatu  
Contato: Dr. Joelcio Francisco Abbade – Tel: (14) 6802-6227 ou Fax: (14) 6822-1933
8. Hospital Estadual de Sumaré – Sumaré  
Contato: Dr. Renato Passini – Tel: (19) 3828-5530
- 

**REGIÃO CENTRO-OESTE - Total de serviços: 04**

- Distrito Federal 1. Hospital Materno-Infantil de Brasília  
Contato: Dr. Avelar de Holanda Barbosa  
Tel: (61) 403-2326 e 248-4186 ou Fax: (61) 403-2362
- Goiás 1. Hospital Materno-Infantil de Goiânia  
Contato: Enf. Maria do Rosário Aparecida – Tel: (62) 291-4900 ou Fax: (62) 291-9265
- Mato Grosso 1. Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal do Mato Grosso – Cuiabá  
Contato: Dr. Sebastião Medeiros – Tel: (65) 615-7100 e 615-7330 ou Fax: (65) 615-7272
2. Pronto Socorro Municipal e Hospital Municipal de Várzea Grande – Várzea Grande  
Tel: (65) 642-4751 e 686-3030

**REGIÃO NORTE - Total de serviços: 05**

Acre	1. Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora – Rio Branco Contato: Dr. Wellington Ferreira Brum – Tel: (68) 224-0700 e 224-7799 ou Fax: (68) 229-1270
Amazonas	1. Hospital Universitário Getúlio Vargas – Manaus Contato: Dr. Ricardo Torres Santana – Tel: (92) 622-2068 e 622-1838 ou Fax: (92) 232-8837
Amapá	1. Hospital da Mulher Mãe Luzia – Macapá Contato: Dr <sup>a</sup> . Neida – Tel: (96) 212- 6151 e 222-2712 ou Fax: (96) 223-0783
Pará	1. Fundação Santa Casa de Misericórdia Pará – Belém Contato: Dr <sup>a</sup> . Neila Maria Dahas Jorge Rocha – Tel: (91) 242-5381 e 242-1453 ou Fax: (91) 210-2200
Rondônia	1. Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro – Porto Velho Contato: Dr <sup>a</sup> . Maria da Conceição R. Simões – Tel: (69) 216-5711 e 222-4283 ou Fax: (69) 224-1974

**REGIÃO NORDESTE - Total de serviços: 13**

Bahia	1. Maternidade do IPERPA – Salvador Contato: Dr. David da Costa Nunes Júnior – Fax: (71) 452-4766 ou Tel: (71) 452-4766  2. Municipal Esaú Matos – Vitória da Conquista Contato: Dr <sup>a</sup> . Júnia Eugênia Ferraz – Tel: (77) 3422-8100
Ceará	1. Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) – Fortaleza Contato: Dr. Oswaldo José Queiroz Dias – Tel: (85) 288-8537 e 288-8577 ou Fax: (85) 288-8521
Maranhão	1. Unidade Materno-Infantil do Hospital Universitário (UFMA) – São Luís Contato: Dr <sup>a</sup> . Maria Bethânia Coeharília da G. Martins – Tel: (98) 248-4445, 219-1132 e 231-0131  2. Maternidade Marly Sarney – São Luís Contato: Dr. Raimundo Francisco Rabelo Júnior – Tel: (98) 245-2323
Paraíba	1. Maternidade Frei Damião – João Pessoa Contato: Dr <sup>a</sup> . Yara Leite Pereira – Tel: (83) 224-3349 ou Fax: (83) 215-6007
Pernambuco	1. Hospital Agamenon Magalhães – Recife Contato: Dr. Eugênio Marcelo Pita Tavares - Tel: (81) 3441-5098 ou Fax: (81) 3441-5789  2. Maternidade da Encruzilhada – Centro de Saúde Amaury de Medeiros – Recife Contato: Dr. Rivaldo Mendes – Tel: (81) 3427-3700 e 3427-3911 ou Fax: (81) 3427-3639  3. Maternidade Municipal Prof. Bandeira Filho – Recife Contato: Dr <sup>a</sup> . Clara Goldman – Tel: (81) 3428-6918 e 3428-4788  4. Maternidade Municipal Prof. Barros Lima – Recife Contato: Dr <sup>a</sup> . Adriana Rita Carneiro – Tel: (81) 3268-7623 e 3441-5488
Rio Grande do Norte	1. Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Hospital Santa Catarina) – Natal Contato: Dr <sup>a</sup> . Maria Izaura de A. Paes – Tel: (84) 214-3881/232-7701/232-7714 ou Fax: (84) 232-7716  2. Maternidade Escola Januário Cicco da UFRN – Natal Contato: Dra. Stênia Lins Leão Lima – Tel: (84) 202-3402 e 215-4385 / Fax: (84) 202-3398 / 215-4386
Sergipe	1. Centro de Referência da Mulher – Aracaju Contato: Enf. Maria Augusta Garcez Almeida – Tel: (79) 259-2885

## ANEXO 4: PROPOSIÇÕES SOBRE ABORTO EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO NACIONAL

PROPOSIÇÃO	EMENTA	SITUAÇÃO ATUAL/DATA DA ÚLTIMA AÇÃO
<b>PL 20/91</b> Dep. Eduardo Jorge (PT/SP)Obs: Possui 2 recursos para que não seja conclusivo nas Comissões	Obriga o SUS a atender casos de aborto previstos no Código Penal	No Plenário da Câmara dos Deputados, pronto para a Ordem do Dia. <b>05/12/1997</b>
<b>PL 1135/91</b> Dep. Eduardo Jorge (PT/SP) Sandra Starling (PT/MG)	Suprime o Art. 124 do Código Penal que caracteriza crime o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento.	Na CSSF, parecer da relatora Dep. Jandira Feghali (PCdoB/RJ), com apresentação de substitutivo. <b>19/11/03</b> , retirado de pauta.
Projetos Apensados: - PL 1174/91 Dep. Eduardo Jorge (PT/SP)	Dá nova redação ao Art. 128 do Código Penal, autorizando aborto quando a gravidez representar risco de vida e para a saúde física ou psíquica da gestante.	
- PL 3280/92 Dep. Luiz Moreira (PTB/BA)	Autoriza interrupção da gravidez até a 24ª semana, quando o feto for portador de graves e irreversíveis anomalias físicas ou mentais, precedida de indicação médica.	
- PL 176/95 Dep. José Genoíno (PT/SP)	Autoriza interrupção da gravidez até 90 dias de gestação, na rede pública, bastando pedido da gestante.	
- PL 1956/96 Dep. Marta Suplicy (PT/SP)	Autoriza interrupção da gravidez quando o produto da concepção apresentar malformação incompatível com a vida ou doença degenerativa de vida extra-uterina, com o consentimento da gestante ou representante legal.	
- PL 2929/97 Dep. Wigberto Tartuce (PPB/DF)	Permite interrupção de gravidez para mulheres estupradas por parentes.	
- PL 4703/98 Dep. Francisco Silva (PPB/RJ)	Inclui como crime hediondo o aborto provocado pela gestante, ou por terceiros, com o seu consentimento.	
- PL 4917/01 Dep. Givaldo Carimbão (PSB/AL)	Tipifica aborto como crime hediondo.	
- PL 7235/02 Dep. Severino Cavalcanti (PP/PE)	Revoga dispositivo que autoriza aborto nos casos de risco de vida da gestante e gravidez resultante de estupro.	
- PL 1459/03 Dep. Severino Cavalcanti (PP/PE)	Acrescenta parágrafo ao Art. 126 do Código Penal, aplicando pena para aborto em razão de anomalia fetal.	

PROPOSIÇÃO	EMENTA	SITUAÇÃO ATUAL/DATA DA ÚLTIMA AÇÃO
- PL 3744/04 Dep. Coronel Alves (PL/AP)	Dá nova redação ao art. 128 do Decreto- Lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940, Código Penal, autorizando aborto para gravidez resultante de atentado violento ao pudor ou outra forma de violência.	
- PL 4304/04 Dep. Eduardo Valverde (PT/RO)	Despenaliza a interrupção voluntária da gravidez nas condições estabelecidas nesta Lei.	
- PL 4403/04 Dep. Jandira Feghali (PCdoB/RJ)	Acrescenta inciso ao art. 128 do Decreto-Lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940, Código Penal, isentando de pena a prática de “aborto terapêutico” em caso de anomalia do feto que implique impossibilidade de vida extra-uterina.	
<b>PDC 737/98</b> Dep. Severino Cavalcanti (PP/PE)	Susta a aplicação da Norma Técnica do Ministério da Saúde de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência	Desarquivado e aguardando deliberação de recurso na CCJR da Câmara dos Deputados contra a inconstitucionalidade. <b>03/04/2003</b>
<b>PL 343/99</b> Dep. Chico da Princesa (PTB/PR)	Institui a “Semana de Prevenção do Aborto” na 1ª. semana de maio.	Aprovado o substitutivo do relator, dep. Milton Cárdis (PTB/RS), instituindo a Semana Nacional da Saúde Sexual e Reprodutiva. <b>27/11/2003</b> , aguardando relatoria na CCJR da Câmara dos Deputados.
<b>PL 947/99</b> Dep. Severino Cavalcanti (PP/PE)	Institui o “Dia do Nascituro”, no dia 25 de março de cada ano, e prescreve medidas a serem adotadas pelos Poderes para sua comemoração.	Na CSSF, com parecer favorável da relatora, dep. Ângela Guadagnin (PT/SP). <b>19/11/2003</b> , retirado de pauta por requerimento de deputados.

PROPOSIÇÃO	EMENTA	SITUAÇÃO ATUAL/DATA DA ÚLTIMA AÇÃO
<p><b>PL 60/99</b> Dep. Iara Bernardi (PT/SP)</p> <p>Projetos Apensados: - PL 1278/99 Dep. Freire Junior (PMDB/ TO)</p> <p>- PL 2863/00 Dep. Enio Bacci (PDT/RS)</p>	<p>Dispõe sobre o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual.</p> <p>Atendimento às vítimas de violência sexual.</p> <p>Determina o custeio, pelo SUS, do tratamento psicológico às vítimas de violência sexual.</p>	<p>Despacho mudando a forma de apreciação da proposição para “sujeita a apreciação do Plenário”.</p> <p><b>26/11/2002</b></p>
<p><b>PLC 18/01</b> (PL 605/99 na origem) Dep. Professor Luizinho (PT/SP)</p>	<p>Obriga as delegacias de polícia a informarem sobre o direito ao aborto legal às vítimas de estupro.</p>	<p>Na CAS. Designado relator, sen. Antero Paes de Barros (PSDB/MT)</p> <p><b>27/02/2003</b></p>
<p><b>PL 6960/02</b> Dep. Ricardo Fiúza (PPB/PE)</p>	<p>Altera o Novo Código Civil</p>	<p>Na CCJR da Câmara dos Deputados, com o parecer do relator dep. Vicente Arruda (PSDB/CE), favorável, com substitutivo</p> <p><b>03/02/2004</b></p>
<p><b>PEC 571/02</b> Dep. Paulo Lima (PMDB/SP)</p> <p>PEC apensada: - PEC 62/03 Dep. Severino Cavalcanti (PP/PE) Dep. Elimar M. Damasceno (PRONA/SP)</p>	<p>Acrescenta inciso ao Art. 5º. da Constituição Federal: a vida do nascituro se inicia com a concepção, sendo inviolável e digna de todo respeito e serão punidas, severamente, as práticas que resultem em sua morte, sofrimento ou mutilação, na forma da lei, devendo ser procuradas formas alternativas de pesquisa e desenvolvimento científico que não prejudiquem o embrião ou feto.</p> <p>Dá nova redação ao <i>caput</i> do Art. 5º. da Constituição Federal, incluindo o trecho “desde a concepção” no texto constitucional.</p>	<p>Na CCJR da Câmara dos Deputados. Designada Relatora Dep. Sandra Rosado (PMDB/RN).</p> <p><b>01/08/2003</b></p>
<p><b>PL 21/03</b> Dep. Roberto Gouveia (PT/SP)</p>	<p>Suprime o Art. 124 do Código Penal que caracteriza como crime o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento.</p>	<p>Na CSSF da Câmara dos Deputados, com parecer contrário do relator, Dep. Durval Orlato (PT/SP)</p> <p><b>05/05/2004</b>, não deliberado.</p>



PROPOSIÇÃO	EMENTA	SITUAÇÃO ATUAL/DATA DA ÚLTIMA AÇÃO
<b>PL 849/03</b> Dep. Elimar M. Damasceno (PRONA/SP)	Autoriza o Poder Executivo a criar central telefônica para denúncias de abortos clandestinos.	Na CSSF da Câmara dos Deputados, com parecer do relator, Dep. Amauri Robledo Gasques (PRONA/SP) pela aprovação, com substitutivo. <b>28/11/2003</b>
<b>PL 1091/03</b> Dep. Durval Orlato (PT/SP)	Dispõe sobre exigência para que hospitais implantem programa de orientação à gestante sobre os efeitos e métodos utilizados no aborto, quando este for autorizado legalmente.	Designado relator na CSSF da Câmara dos Deputados, dep. José Linhares (PP/CE). <b>06/08/2003</b>
<b>PL 809/03</b> Dep. Elimar M. Damasceno (PRONA/SP)	Dispõe sobre assistência à mãe e ao filho gerado em decorrência de estupro.	Na CSSF da Câmara dos Deputados, com parecer do relator, Dep. Pastor Francisco Olímpio (PSB/PE). <b>10/12/2003</b>
<b>PL 3725/04</b> Dep. Elimar M. Damasceno (PRONA/SP)	Dispõe sobre sepultamento e assentamento do óbito em caso de perdas fetais.	Na CSSF da Câmara dos Deputados, aguardando designação do relator. <b>18/06/2004</b>
<b>PLS 227/04</b> Sen. Mozarildo Cavalcanti (PPS/RR)	Altera a redação do Art. 128 do Decreto- Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, para não punir a prática do aborto realizado por médico em caso de anencefalia	Designado relator na CCJC do Senado, sen. Tião Viana (PT/AC). <b>29/09/2004</b>
<b>PLS 312/04</b> Sen. Marcelo Crivella	Altera redação do Decreto-Lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1.940, Código Penal, para acrescentar o inciso III ao artigo 128, incluindo entre as suas excludentes de antijuridicidade, hipótese permissiva de interrupção de gravidez.	Na CCJC do Senado aguardando relatoria. <b>15/11/2004</b>
<b>PLS 183/04</b> Sen. Duciomar Costa (PTB/PA)	Altera redação do Decreto-Lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1.940, Código Penal, para incluir o caso de aborto de feto anencéfalo.	Na CCJC do Senado, aguardando designação de relator. <b>24/02/2004</b>

PL – Projeto de Lei; PDC – Projeto de Decreto Legislativo; CSSF – Comissão de Seguridade Social e Família; CCJR – Comissão de Constituição, Justiça e Redação da Câmara dos Deputados; CAS – Comissão de Assuntos Sociais; CCJC – Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado.

Fontes: Saar, 2004; Centro Feminista de Estudos e Assessoria ([www.cfemea.org.br/pdf/proposicoesabortocn.pdf](http://www.cfemea.org.br/pdf/proposicoesabortocn.pdf)).

## ANEXO 5: RELATO

*Autora: Rubia Paula Fraga (Rapper do grupo RPW)*

É muito fácil culpar, me taxar  
Pôr o dedo na minha cara vir aqui me condenar  
Só eu sei a dor que existe dentro de mim  
Só não sei se essa dor um dia terá fim  
Meu corpo curou, se recuperou, passou  
Mas minha alma da agonia não se libertou  
Cenas de horror, medo em tempo real  
Se não fosse a boa alma meu final seria fatal  
O dia raiou e eu no corredor do hospital  
Expiando minha culpa, minha pena capital  
Condenada sem juiz por algo que eu quis  
Jogada ao abandono pelo aborto que fiz!

(refrão)

Só queria que o tempo passasse,  
ninguém me condenasse,  
Achasse um escape, ninguém comentasse  
Só quem sentiu fui eu, alguém faleceu  
Não teve o que mereceu, desculpa somente a Deus!

O prazer falou mais alto que a consciência  
E nessa sobrou pra mim o preço da consequência  
Desesperada e só, tomei uma providência  
Só me lembro dando entrada na sala de emergência  
A ficha médica virou boletim de ocorrência

A ré no tribunal pedindo clemência  
Médico, enfermeiro, todos me desprezando  
Sentia o demônio no meu sangue brincando  
Olhava o crucifixo na parede e pedia perdão  
Estou sendo castigada pela má ação?  
Se eu morrer aqui foi porque mereci?  
Na fé que fui criada não há espaço pra mim

(refrão)

Enfraquecida, abalada só me restava rezar  
Uma noite e um dia sem ninguém pra me ajudar  
Passou uma enfermeira, eu pedi pra tomar banho  
Ela parou, olhou meu estado, achou estranho  
Se fosse um pesadelo que logo passasse  
A água meu remorso levasse, me aliviasse  
No banho desmaiei, depois acordei  
O lençol não era mais vermelho, agradei e chorei  
Creio que se Deus me condenasse de fato  
Hoje não estaria aqui dando o meu relato  
Mas nem todas sobrevivem pra ter o que contar  
Até quando a Igreja e o Estado isso vão ignorar?

(refrão)

*Música criada no Seminário “Hip Hop Mandando Fechado em Saúde e Sexualidade”,  
realizado nos dias 14, 15 e 16 de janeiro de 2005, no Rio de Janeiro.*

*Projeto: “Discutindo Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos com mulheres e homens jovens da cultura Hip Hop”.  
Realização: Núcleo de Juventude da CEMINA ([www.cemina.org.br](http://www.cemina.org.br)) e Rede Jovens Brasil ([www.redejovensbrasil.org.br](http://www.redejovensbrasil.org.br)).  
Apoio: SPM (Secretaria Especial de Políticas para Mulheres) e IWHC (International Women Health Coalition).*

## Referências bibliográficas

- Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. **Anencefalia e Supremo Tribunal Federal**. Brasília: Letras Livres, 2004.
- Corrêa, S. & Freitas, A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, n.º. 2, 1997. p. 389-395.
- Costa, A. M. Direitos reprodutivos: riscos e encruzilhadas. In: **Apostila do Módulo V do 8º. Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva**. Campinas: NEPO/UNICAMP, maio 1999.
- Jarschel, H. Aspectos ético-teológicos sobre o aborto, In: **Quando a paciente é mulher**. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1989.
- Laurenti, R.; Mello Jorge, M A. H. P. D.; Gotlieb, S. L. D. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil**. Ministério da Saúde, OPAS, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2002. (mimeo).
- Martins, A. L. **Diferenciais Raciais nos Perfis e Indicadores de Mortalidade Materna para o Brasil**. Pesquisa do Departamento de Desenvolvimento Internacional do Governo do Reino Unido (DFID/UK), 2004.
- Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de Ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1985.
- Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, vol. 1 e 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Ministério da Saúde/DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares, disponível em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acessado em 08/12/2004 e 18/01/2005.
- Ministério da Saúde/DATASUS, Sistema de Informações sobre mortalidade – SIM, disponível em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acessado em 08/12/2004 e 18/01/2005.
- Ministério da Saúde/OPAS. **Indicadores e dados básicos para a saúde – IDB**. Brasília: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), 2003.
- O Globo, seção País. **Planejamento familiar: CNBB critica governo**. 30 de janeiro de 2005.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**, 10ª. revisão, vol. 1, São Paulo: Edusp, 1993.
- OMS/IWHC – Organização Mundial de Saúde & International Women’s Health Coalition. **Abortamento Seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde**, Campinas: Cemicamp, 2004.
- Pazello, M. & Corrêa, S. Aborto. Mais polémicas à vista!. In: Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR). **Olhar sobre a mídia**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2002.
- Pereira, I. G. Apresentação do Programa de aborto legal nos hospitais públicos. In: **Aborto legal: implicações éticas e religiosas**, Cadernos CDD, São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002.
- Petry, A. Do castigo ao amparo. **Revista Veja**, 15 de dezembro de 2004, p.58.
- Pizarro, A. M. **Aborto y Mortalidad Materna: problema de salud de las mujeres, problema de salud pública**. Nicaragua: SI MUJER, 2004 (mimeo).
- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. **Aborto legal e seguro**, folheto, 2004 (disponível em <http://www.redesaude.org.br/html/folheto28set04.html>).
- Rocha, M. I. B. & Andalaft Neto, J. A questão do aborto – aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: Elza Berquó (org.): **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.
- Rosado, M. J. A quem cabe decidir. In: **Toques de Saúde: Aborto**. Paraíba: Cunha – Coletivo Feminista, n.º. 4, out 2004. p15-18.
- Saar, E. Aborto no Congresso Nacional. In: **Toques de Saúde: Aborto**. Paraíba: Cunha – Coletivo Feminista, n.º. 4, out 2004. p9-11.
- Soares, V. M. N. **Desigualdades em direitos sexuais e reprodutivos**. Paraná: 2004 (mimeo).
- Sorrentino, S. Aborto Inseguro. In: RedeSaúde: **Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos – Dossiês**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2001, p. 41-72.
- Sueli Carneiro. **Ainda o aborto**. Correio Braziliense, 05 de fevereiro de 2005 (disponível em [www.forum.direitos.org.br/?q=node/view/2685](http://www.forum.direitos.org.br/?q=node/view/2685)).
- Tanaka, A. C. **Dossiê mortalidade materna**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2001 (disponível em [www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br)).
- Tanaka, A. C. & Mitsuiiki, L. **Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras**. São Paulo: Unicef, 1999.
- The Alan Guttmacher Institute. **Aborto clandestino: una realidad latinoamericana**. Nova York: The Alan Guttmacher Institute, 1994.
- Vieira, E. M. Políticas Públicas e Contracepção no Brasil. In: Berquó, E. (org.). **Sexo & Vida – Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora UNICAMP, 2003.

## Páginas na Internet

Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS)  
www.datasus.gov.br

O DATASUS tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. Sua missão é prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, operação e controle do Sistema Único de Saúde, através da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado dos mesmos.

Cfemea  
www.cfemea.org.br

O CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria é uma organização não governamental, que trabalha pela cidadania das mulheres e pela igualdade de gênero e cuja principal atividade é *advocacy* junto ao Congresso Nacional.

Agende  
www.agende.org.br

A Agende é uma organização feminista da sociedade civil, cuja missão é firmar a perspectiva feminista nas agendas políticas e sociais e na implantação de políticas públicas a fim de fortalecer a cidadania, a democracia e o desenvolvimento com equidade.

IPAS  
www.ipas.org.br

O IPAS é uma organização não governamental que trabalha há três décadas com os objetivos de reduzir o número de mortes e danos físicos associados a abortamentos; expandir a capacidade da mulher no exercício de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos; e melhorar as condições de acesso a serviços de saúde associados à reprodução, inclusive aos serviços de abortamento em condições adequadas (aborto seguro). O IPAS Brasil é uma instituição pioneira na introdução de procedimento e instrumental moderno e seguro para a assistência à mulher em situação de abortamento.

Campanha 28 de Setembro  
www.abortolegal.org

Durante o V Encontro Feminista Latino-americano e do Caribe (Argentina, 1990), a Oficina sobre Aborto, organizada pela Comissão pelo Direito ao Aborto da Argentina e pelas Católicas pelo Direito de Decidir do Uruguai, com a participação de feministas da Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, El Salvador, Guatemala, México, Nicarágua, Paraguai e Peru, definiu o dia 28 de setembro como Dia pela Descriminalização do Aborto na América Latina e no Caribe. A Campanha pretende que a sociedade, e em especial os legislado-

res, compreendam que a penalização do aborto vem condenando as mulheres, sobretudo aquelas com maiores dificuldades financeiras, a pôr sua vida em perigo, no exercício de seus direitos.

Mulheres sobre as Ondas  
www.womenonwaves.org

As “Women on Waves” são uma organização sem fins lucrativos que atua na proteção dos direitos humanos das mulheres, cuja missão é a prevenção de gravidezes indesejadas e de abortos clandestinos.

Como resposta aos milhares de abortos clandestinos e inseguros, realizados no mundo, as “Women on Waves” criaram uma clínica ginecológica móvel, que pode ser facilmente montada em um navio, que viaja pelo mundo. Na clínica são fornecidos contraceptivos, informação, formação, *workshops* e abortos seguros e legais fora das águas territoriais de países onde o aborto é ilegal. Trabalhando em estreita colaboração com organizações locais, as “Women on Waves” respondem a necessidades médicas urgentes, dando poder às mulheres para que possam exercer seu direito humano à saúde reprodutiva, a abortar de forma legal e segura, e atraindo a atenção pública para as consequências da gravidez indesejada e do aborto ilegal.

Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe – RSMLAC  
www.reddesalud.org

A RSMLAC, criada em 1984, é uma articulação de organizações e pessoas do movimento de saúde das mulheres, cuja missão é promover a saúde, o pleno exercício dos direitos humanos e a cidadania das mulheres, por meio de uma transformação cultural, política e social, a partir de uma perspectiva feminista.

Atenea  
www.ateneaproyecto.org

A Atenea é uma base de dados com 147 indicadores quantitativos e qualitativos, em uma perspectiva feminista sobre a situação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos na América Latina; tem por objetivo medir os avanços alcançados a partir da Conferência de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) nos seguintes países: Brasil, Colômbia, Chile, México, Nicarágua, Peru e Suriname. Atenea compreende indicadores de: Contexto global (marcos jurídico-legais); Processo (capacidade institucional, alocação de recursos, estratégias de sensibilização da opinião pública); Impacto (resultados propriamente ditos); e Transparência (considerando consistência, veracidade e adequação da informação, como também o grau e tipo de desagregação do dado, sua atualidade e facilidade de obtenção).

---

## O que é a Rede Feminista de Saúde?

A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Rede Feminista de Saúde) é uma articulação política, fundada em 1991. Reúne cerca de 180 instituições – entre grupos de mulheres, organizações não governamentais, núcleos de pesquisa, organizações sindicais/profissionais e conselhos de direitos da mulher – além de profissionais de saúde e ativistas feministas, que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa em saúde da mulher e direitos sexuais e direitos reprodutivos.

A Rede se compõe de dez Regionais, organizadas nos estados do Pará, Paraíba, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal, coordenadas politicamente por um Conselho Diretor e por uma Secretaria Executiva, atualmente, sediada em Belo Horizonte.

A Rede Feminista de Saúde possui representações em vários conselhos, comitês e comissões em âmbito nacional, estadual e municipal, além de ser membro de entidades da própria sociedade civil nos mesmos níveis.

Sua atuação fundamenta-se nos seguintes princípios:

- fortalecimento do movimento de mulheres no âmbito local, regional, nacional e internacional em torno da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos;
- reconhecimento dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos;
- reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como violações dos direitos humanos;
- defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde; e
- legalização do aborto, cuja realização constitui decisão que deve competir à mulher como direito.



#### CONSELHO DIRETOR

DOMINGAS DE PAULA MARTINS CALDAS (*Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense/Regional Pará*)  
DULCELINA VASCONCELOS XAVIER (*CDD – Católicas pelo Direito de Decidir/Regional São Paulo*)  
FABIANA PARANHOS (*Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero/Regional Distrito Federal*)  
GLÓRIA RABAY (*Centro da Mulher 8 de Março/Regional Paraíba*)  
NEUSA CARDOSO DE MELO (*Movimento do GRAAL no Brasil/Regional Minas Gerais*)  
SILVIA DANTAS (*Gestos – Soropositividade, Comunicação e Gênero/Regional Pernambuco*)  
TÉLIA NEGRÃO (*Coletivo Feminino Plural/Regional Rio Grande do Sul*)

#### SECRETARIA EXECUTIVA

FÁTIMA OLIVEIRA (*Secretária Executiva*)  
ANA MARIA DA SILVA SOARES (*Secretária Adjunta*)

#### ÁREA DE COMUNICAÇÃO

MÔNICA BARA MALA – (*Coordenadora*)  
JALMELICE LUZ (*Jornalista - Mtb MG 3365*)  
RENATA JANTSCH (*Jornalista*)

#### EQUIPE ADMINISTRATIVA

CARMÉLIA MARIA VIANA DA ROCHA  
DÉBORA CRISTINA OLIVEIRA FERREIRA  
SABRINA MENEZES LIMA

REALIZAÇÃO: REDE FEMINISTA DE SAÚDE – APOIO: FUNDAÇÃO FORD E RSMLAC

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos  
Rua Hermilo Alves, 34 – Santa Teresa – Fone: (55-31) 3213-9097  
31010-070 – Belo Horizonte/MG – Brasil  
[www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br)    [redesaude@uol.com.br](mailto:redesaude@uol.com.br)