

Dossiê Aborto Inseguro

*Direito de decidir sobre o aborto:
uma questão de cidadania e democracia*

Produção

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – RedeSaúde

Pesquisa e redação

Sara Romera Sorrentino

Médica sanitarista e mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atualmente, é técnica da Divisão de Epidemiologia do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, integrante da UBM/SP (União Brasileira de Mulheres – São Paulo) e filiada à Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. E-mail: sara_sorrentino@hotmail.com

Edição: Jacira Melo

Revisão: Marisa Sanematsu

Apoio: Fundação Ford

Apresentação

O aborto inseguro é um grave problema de saúde pública, reconhecido pela comunidade internacional em conferências promovidas pelas Nações Unidas na década de 90.

Quando realizado sob condições precárias -- por pessoas sem a necessária capacitação e/ou em ambientes que não apresentem os mínimos padrões sanitários --, o aborto geralmente causa seqüelas à saúde da mulher e, muitas vezes, sua própria morte. Diante da constatação de que essas mortes e danos à saúde das mulheres são evitáveis, uma importante questão que precisa ser considerada é a descriminalização do aborto.

Os países da América Latina e Caribe estão entre os que possuem as legislações mais restritivas à interrupção da gravidez e, ao mesmo tempo, apresentam um grande número de abortos feitos em condições de clandestinidade. Segundo a OMS, 21% das mortes relacionadas com a gravidez, o parto e o pós-parto nos países dessa região têm como causa as complicações do aborto realizado de forma insegura.

No caso brasileiro, o aborto induzido é considerado crime quando não se tratar de risco para a vida da mulher ou de gravidez resultante de estupro. Contudo, além de não impedir que os abortos continuem a ser realizados, a ilegalidade é a causa provável de muitos óbitos e seqüelas, pois a clandestinidade apenas piora as condições em que os abortos são feitos, agravando os riscos à saúde da mulher e dificultando o atendimento médico.

Conteúdo

Panorama na América Latina e Caribe	05
<i>Legislações restritivas e punitivas, Quatro milhões de abortos clandestinos por ano</i>	
Panorama do aborto no Brasil	08
<i>A necessidade de um fator de correção, Abortos provocados e espontâneos</i>	
Fatores que influenciam os números sobre aborto	10
<i>Abortos clandestinos</i>	
Internações e óbitos decorrentes de aborto	12
<i>Dados regionais revelam diferenças na assistência ao aborto</i>	
Aborto entre as primeiras causas de morte materna	16
<i>Uma mulher morre a cada três dias, Clandestinidade dificulta diagnóstico e atendimento, Mais de 14% das mortes por aborto são de menores de 19 anos</i>	
Direito ao aborto: um debate contínuo e crescente	22
Hospitais públicos com aborto legal	24
Campanha 28 de Setembro	26
Direito ao aborto em Conferências da ONU	28
Referências bibliográficas	32

Panorama na América Latina e Caribe

A livre decisão sobre como lidar com as questões da anticoncepção e da interrupção voluntária da gestação -- ou, em última instância, com o exercício da sexualidade e a opção de ter ou não ter filhos -- ainda é uma possibilidade distante para a maioria das mulheres latino-americanas. As estimativas indicam que nos países em desenvolvimento, entre os quais se incluem os da América Latina e Caribe, 36% das 182 milhões de gestações anuais ocorridas não foram planejadas e 20% delas terminaram em aborto.

Fonte: The Alan Guttmacher Institute, 1999.

Legislações restritivas e punitivas

Os países da América Latina e do Caribe estão entre os que possuem as legislações mais restritivas com relação ao aborto. Embora alguns apresentem alguma flexibilidade em suas leis, permitindo o aborto em situações como risco para a vida da mulher, estupro e outras, somente em Cuba, Barbados, Porto Rico e, mais recentemente, na Guiana o aborto pode ser realizado a pedido da mulher, sem que seja considerado um crime.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em todos os demais países da América Latina, as mulheres ainda enfrentam legislações extremamente punitivas, que colocam na ilegalidade o aborto voluntário. Não se trata, portanto, apenas da oferta ou da qualidade da assistência, mas da criminalização que pesa sobre a decisão das mulheres, diante da interrupção de uma gravidez.

Fonte: OMS, 1998.

Nesses países, as leis restringem o aborto quando se trata de evitar uma gravidez indesejada, inoportuna ou mesmo arriscada para a saúde das mulheres. No entanto, sabe-se que o acesso a recursos de contracepção, como serviços e insumos educativos e de saúde, é limitado e as situações de violência sexual intra e extra domiciliar são freqüentes.

Essa falta de acesso acaba por construir um cenário com elevado número de abortos provocados em toda a América Latina, pois interromper a gestação acaba sendo o último recurso

das mulheres diante de uma gravidez que não pode ou não deve seguir adiante. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 21% das mortes relacionadas com a gravidez, o parto e o pós-parto nesta região têm como causa as complicações do aborto inseguro.

Fonte: OMS, 1998.

QUADRO I – LEGISLAÇÃO SOBRE ABORTO EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE (situação em que a realização do aborto não é considerada um crime) 1998						
País	Pedido da Mulher	Por Razões Socioeconômicas	Saúde da Mulher ou Anomalia Fetal	Decorrente de Estupro ou Incesto	Risco de Morte da Mulher	Em Nenhuma Situação
Argentina			X(1)	X		
Barbados	X	X	X	X	X	
Bolívia			X(2)	X	X	
Brasil				X	X	
Chile						X
Colômbia						X
Costa Rica			X(2)		X	
Cuba	X	X	X	X	X	
El Salvador						X
Equador			X(2)	X(1)	X	
Guiana	X(3)	X	X	X	X	
Haiti					X	
Honduras						X
Jamaica			X(4)		X	
México		X(5)	X(5)	X	X	
Nicarágua					X	
Panamá			X	X		
Paraguai					X	
Peru			X(2)		X	
Porto Rico	X	X	X	X	X	
República Dominicana						X
Suriname					X	
Trinidad Tobago		X				
Uruguai		X	X	X(6)		
Venezuela					X	

Fonte: OMS, 1998.

(1) Estupro de mulher portadora de deficiência mental. (2) Somente em caso de risco para a saúde da mulher. (3) Até a 8ª semana de gestação. (4) Inclui saúde mental. (5) Em alguns Estados do país (cada Estado tem seu próprio código penal). (6) Apenas durante o 1º trimestre da gestação; para o aborto terapêutico, não define o prazo; inclui a defesa da honra.

Quatro milhões de abortos clandestinos por ano

Na busca de estimar o número de abortos clandestinos na América Latina e Caribe, o Instituto Alan Guttmacher chegou a um valor de 4 milhões ao ano.

Para calcular essa cifra, esse instituto realizou estudo em 1991, utilizando os registros hospitalares oficiais de internações devidas ao aborto e suas complicações. A partir de entrevistas com vários profissionais da área, o Instituto Alan Guttmacher propõe multiplicar esse número por um fator de correção que varia em torno de 0,84 (84%). Esse fator tem dupla função: pretende acrescentar ao número oficial de internações por aborto as mulheres internadas com outro diagnóstico (sub-registro) e eliminar desse total os abortos espontâneos ou não clandestinos. O número obtido é então multiplicado por um fator que pode variar de 3 a 5, dependendo da realidade analisada; o fator 3 seria aplicado a uma situação em que “apenas” um em cada três abortos clandestinos chegaria à internação e 5 seria o fator aplicável àquelas situações nas quais o número de abortos clandestinos que não chegam a resultar em internações é cerca de cinco vezes maior que o conhecido pelas internações.

Fonte: The Alan Guttmacher Institute, 1994.

Panorama do aborto no Brasil

No Brasil, a última Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde mostrava que, das pessoas vivendo em união e com dois filhos vivos, 90% das mulheres e 88% dos homens não queriam uma outra gravidez. Daqueles com um filho, 50% não desejavam aumentar sua prole. Na ausência de práticas seguras e adequadas para evitar a gravidez, e com uma taxa nacional de fecundidade total de 2,5 filhos por mulher na época da pesquisa, pode-se inferir que as gestações indesejadas tendem a ser bastante comuns nesse panorama.

Fonte: Bemfam, 1998.

Aplicando-se para os dados brasileiros do ano 2000 a metodologia proposta pelo Instituto Alan Guttmacher para a estimativa do número de abortos clandestinos, o resultado indicaria um total de abortos clandestinos que poderia variar de 750 mil a 1 milhão e 400 mil, considerando-se apenas os dados de internação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A necessidade de um fator de correção

A estimativa do Instituto Alan Guttmacher para o Brasil em 1991 fica entre 700 mil a 1,4 milhão de abortos voluntários. Conforme já foi dito, essa estimativa considera o depoimento e a vivência de profissionais que afirmam que a imensa maioria das internações por aborto é consequência de abortos provocados ou iniciados clandestinamente e que o número de mulheres que chegam a ser internadas representa apenas de um terço a um quinto das mulheres que tiveram abortos voluntários e não chegaram aos hospitais.

Ao utilizar a metodologia proposta pelo Instituto Alan Guttmacher, as pesquisadoras Sonia Corrêa e Angela Freitas propõem cenários que variam do fator de correção de 3,5 a 5 abortos clandestinos para cada internação para curetagem pós-aborto do SUS, buscando conhecer, nas internações do SUS para o ano de 1997, os diferentes panoramas regionais do país que esses cenários indicariam.

Fonte: Corrêa e Freitas, 1997.

Como na maioria das estatísticas relacionadas ao aborto, esses modelos não são imunes a críticas. Conhecer mais adequadamente essa realidade é questão estratégica para enfrentar o problema, do ponto de vista das mulheres e dos governos.

Abortos provocados e espontâneos

Essa proposta de estimativa atribui em torno de 85% das internações por aborto no SUS às complicações por abortos provocados ou clandestinos. Porém, os abortos espontâneos também são bastante freqüentes. É consenso entre os obstetras e nos compêndios tradicionais de obstetrícia que uma em cada dez gestações evolui para interrupção espontânea e precoce por complicações de várias ordens, como doenças sistêmicas da mulher ou do feto, antecedentes obstétricos desfavoráveis e até sem causa aparente. Muitas vezes, essas intercorrências acabam em hospitalização e, talvez, sua real participação nas estatísticas do SUS seja significativa, pois os fatores que aumentam sua ocorrência são os mesmos que se associam aos abortos clandestinos: pobreza, desigualdade, exclusão, gravidez indesejada, práticas sexuais inseguras, desigualdade de gênero, entre outros.

Fonte: Resende, 1995.

No meio médico, o aborto ou interrupção precoce da gravidez é chamado de espontâneo quando se inicia independentemente de qualquer procedimento ou mecanismo externo, geralmente devido a problemas de saúde da mulher ou do feto. É considerado provocado quando resulta da utilização de qualquer processo abortivo externo, químico ou mecânico. Este último pode ter motivação voluntária ou involuntária da gestante e ser considerado legal ou ilegal. O aborto pode ou não apresentar complicações, como infecções, hemorragias e outras.

Sabe-se que os dados sobre abortos provocados sofrem os mesmos problemas de inconsistência que qualquer informação originada de eventos ligados à ilegalidade e à clandestinidade como é o aborto. Contudo, os registros encontrados nas estatísticas hospitalares do SUS precisam ser considerados e analisados em profundidade.

Fatores que influenciam os números sobre aborto

Estudo realizado em 1995, com base nas 53.861 internações por aborto registradas pelo SUS no Estado de São Paulo, encontrou uma média estadual de uma internação por aborto para cada 10 internações para parto. As internações por aborto dividiram-se em: 57,4% de abortos espontâneos; 20,6% de abortos retidos; 19,3% de abortos não especificados; em 1,1% dos casos, os abortos ocorreram em gravidez do tipo mola ou ectópica; e apenas 1,7% foi classificado como “aborto sem indicação legal” -- o aborto realizado ou iniciado clandestinamente.

É interessante observar que naquele ano haviam sido registrados 51 casos (0,1%) de “abortos provocados com indicação legal”, realizados nos serviços que já contavam com esse tipo de atendimento.

Fonte: Sorrentino e Lebrão, 1998.

Quando se analisa o movimento hospitalar, várias são as condições que determinam e influenciam as mulheres na busca por um serviço, diante do processo de abortamento. O estudo de Sara Sorrentino e Maria Lucia Lebrão mostra ainda que, enquanto três em cada 100 mil mulheres de 10 a 49 anos eram internadas por aborto em Campinas, esse número foi mais de três vezes maior no Guarujá.

Maior ou menor freqüência de gestações inoportunas e de abortos, maior ou menor oferta e qualidade de serviços de saúde, facilidade de acesso aos meios abortivos e aos profissionais que realizam abortos clandestinos, comportamentos éticos, religiosos e morais diferenciados -- tudo isso forma uma complexa rede de fatores que influenciam esses números e tornam bastante delicada a tarefa de tentar interpretá-los; contudo, esses diagnósticos, por mais distorcidos que sejam, merecem ser considerados.

Ao se trabalhar com os dados do SUS, notam-se diferenças significativas entre as informações oferecidas pela variável “procedimento de curetagem pós-aborto” e pela variável “diagnóstico de aborto”, quando se utilizam os dados de internação -- autorizações de internação hospitalar (AIH).

No Estado de São Paulo, no ano de 1995, as curetagens pós-aborto -- registradas como "procedimento" -- foram 52.583, enquanto os diagnósticos de aborto foram 53.861. Entre as curetagens pós-aborto houve 13 óbitos; em contraposição, os óbitos ocorridos entre os casos com diagnóstico de aborto foram 20, parecendo ser mais adequado o uso da informação do diagnóstico de internação "aborto" do que do procedimento "curetagem pós-aborto".

Fonte: Sorrentino e Lebrão, 1998.

Abortos clandestinos

Pode haver uma discussão exaustiva quanto ao número de abortos e aos métodos para se chegar a ele, mas não existem dúvidas de que é grande número de abortos feitos em condições de clandestinidade nos países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil. Mais do que isso, a ilegalidade não os tem impedido, mas apenas piorado as condições em que são realizados e agravado os riscos inerentes a essa prática. Isto pode ser constatado pela observação e pela história de vida das mulheres e é reafirmado pelos estudos que buscam entender o comportamento dessa questão, independentemente da metodologia ou da fonte de dados utilizada.

Para além dos números, um outro olhar pode ser dirigido a essa realidade. No caso brasileiro, a análise dos dados oficiais e seus diferentes comportamentos regionais e/ou estaduais pode ir além da tentativa de estimar apenas a quantidade de abortos clandestinos. Um dos componentes desse enfoque é a possibilidade de observá-lo como fonte de informação útil para o entendimento da qualidade da assistência ao aborto no país, em especial a sua variabilidade por região.

Internações e óbitos decorrentes de aborto

Ao se analisarem os registros de internação do SUS, é preciso ter sempre em conta que eles se referem à realidade daqueles indivíduos que utilizam a rede do SUS para o seu atendimento de saúde e às redes de saúde com diferentes características. Esses aspectos variam de acordo com a realidade socioeconômica e o sistema de saúde de cada Estado e cada pequena localidade. Enquanto algumas áreas chegam a ter menos de 50% dos seus habitantes dependentes do SUS -- por terem inúmeros usuários de planos privados de saúde, como certos Municípios do Estado de São Paulo, por exemplo --, outras têm 100% de sua população dependente do SUS, como único recurso; e algumas, ainda, não têm recurso algum e a falta de informações sobre essas populações deve-se à ausência de serviços que as atendam.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/DataSUS, 2000.

Consideradas essas particularidades, os registros hospitalares do DataSUS/MS indicam que ocorreram no país, no ano 2000, 247.884 internações por aborto pagas pelo SUS, das quais 67 terminaram em óbito, sendo sua ocorrência distribuída pelos Estados de acordo com o apresentado na Tabela 1.

Os números absolutos de internações e óbitos hospitalares decorrentes de abortos no SUS, no entanto, são pouco elucidativos. Para melhor comparar os diversos Estados e regiões, os dados de 1998 da Tabela 2, ajustados pelas taxas de internações segundo a população feminina em idade reprodutiva, permitem um ajuste em função do número de gestações e da composição etária de cada Estado. A proporção de abortos no total de internações obstétricas, também apresentada na mesma tabela, permite o ajuste em função do número de leitos, de usuárias do SUS e de nascimentos.

Dados regionais revelam diferenças na assistência ao aborto

Pode-se observar que as variações entre Estados e regiões acompanham, de certa forma, a situação de renda e de acesso a serviços de saúde. A menor taxa por mulher -- talvez menor número de abortos na população? -- é a da região Sul e, em contraste, nos Estados mais

desprovidos de recursos de saúde, como Maranhão, Goiás e Tocantins. Embora seja apenas uma hipótese, entre outras que se pode formular, a maior proporção de internações na região Sudeste pode estar associada à maior aceitabilidade das práticas do aborto provocado e/ou ao maior acesso a leitos.

TABELA 1: Número de internações e de óbitos hospitalares com diagnóstico de aborto no SUS, por Unidade da Federação. Brasil, 2000.

Unidade da Federação	Nº. de internações no SUS	Nº de óbitos hospitalares
Região Norte		
Roraima	449	0
Amapá	1.100	0
Amazonas	4.375	0
Pará	9.077	2
Acre	1.302	0
Rondônia	1.954	1
Tocantins	837	0
Região Nordeste		
Maranhão	3.937	1
Piauí	6.286	0
Ceará	14.001	1
Rio Grande do Norte	3.136	0
Paraíba	1.892	0
Pernambuco	14.185	1
Alagoas	4.971	0
Sergipe	5.274	8
Bahia	32.271	8
Região Centro-Oeste		
Mato Grosso	2.382	1
Mato Grosso do Sul	2.725	0
Distrito Federal	6.177	2
Goiás	4.500	0
Região Sudeste		
Minas Gerais	25.783	14
Espírito Santo	4.827	0
Rio de Janeiro	24.665	10
São Paulo	47.942	12
Região Sul		
Paraná	9.500	1
Santa Catarina	6.856	2
Rio Grande do Sul	7.480	3
Brasil	247.884	67

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/DataSUS, 2000.

Em alguns Estados, as internações com diagnóstico de aborto são responsáveis por mais de 10% das internações obstétricas, como Bahia, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Roraima e Sergipe, enquanto em outros, como Maranhão, Paraíba e Tocantins, essa porcentagem não chega a 4%, o que pode denunciar nestes últimos a ausência de leitos hospitalares, por pertencerem a regiões que são sabidamente bastante desprovidas de recursos, inclusive de saúde, e não -- o que pode parecer à primeira vista -- por menor ocorrência de abortos. Rio de Janeiro, Distrito Federal e Bahia merecem atenção, pois a maior proporção de internações por aborto talvez indique, de fato, maior ocorrência de abortos voluntários nesses Estados, além de maior acesso a leitos, uma vez que nesses locais a taxa de internação por 1.000 mulheres é alta e a proporção das internações obstétricas também é elevada.

Enquanto 2,8 em cada 1.000 mulheres foram internadas por aborto em Goiás, 9,6 internaram-se em Sergipe. Esses dados mostram diferenças regionais e locais sugestivas de diferentes realidades da assistência ao aborto e, muito provavelmente, diferentes situações enfrentadas pelas mulheres como forma de lidar com a clandestinidade. No Rio de Janeiro, por exemplo, os leitos de obstetria do SUS são três vezes mais ocupados por complicações de aborto do que na Paraíba ou no Maranhão. O maior número de gravidezes indesejadas e/ou mais fácil acesso a métodos abortivos e a leitos entre as mulheres de uma e outra localidade podem estar entre as explicações para essas diferentes taxas.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/DataSUS/SIM, 2001.

TABELA 2: Taxa de internações por aborto pagas pelo SUS e proporção dessas internações dentre as obstétricas, por Unidade da Federação (para cada 1.000 mulheres residentes de 15 a 49 anos).
Brasil, 2000.

Unidade da Federação	Internações por aborto / 1.000 mulheres	% Internações por aborto dentre as obstétricas
Região Norte		
Roraima	5,50	11,4
Amapá	8,11	7,8
Amazonas	5,47	7,5
Pará	5,03	7,0
Acre	8,03	8,2
Rondônia	4,77	7,4
Tocantins	2,42	3,7
Total Região Norte	5,62	7,57
Região Nordeste		
Maranhão	2,36	3,5
Piauí	7,18	9,0
Ceará	6,30	8,9
Rio Grande do Norte	4,06	5,7
Paraíba	1,77	3,3
Pernambuco	5,75	8,8
Alagoas	5,72	7,9
Sergipe	9,59	12,1
Bahia	7,72	11,7
Total Região Nordeste	5,60	7,88
Região Centro-Oeste		
Mato Grosso	5,80	6,0
Mato Grosso do Sul	4,17	7,1
Distrito Federal	8,75	10,5
Goiás	2,82	7,2
Total Região Centro-Oeste	5,38	7,70
Região Sudeste		
Minas Gerais	4,63	8,8
Espírito Santo	5,02	9,3
Rio de Janeiro	5,41	11,0
São Paulo	4,06	9,5
Total Região Sudeste	4,78	9,65
Região Sul		
Paraná	3,12	6,4
Santa Catarina	4,16	8,4
Rio Grande do Sul	2,35	5,1
Total Região Sul	3,21	6,63
Brasil	4,68	8,50

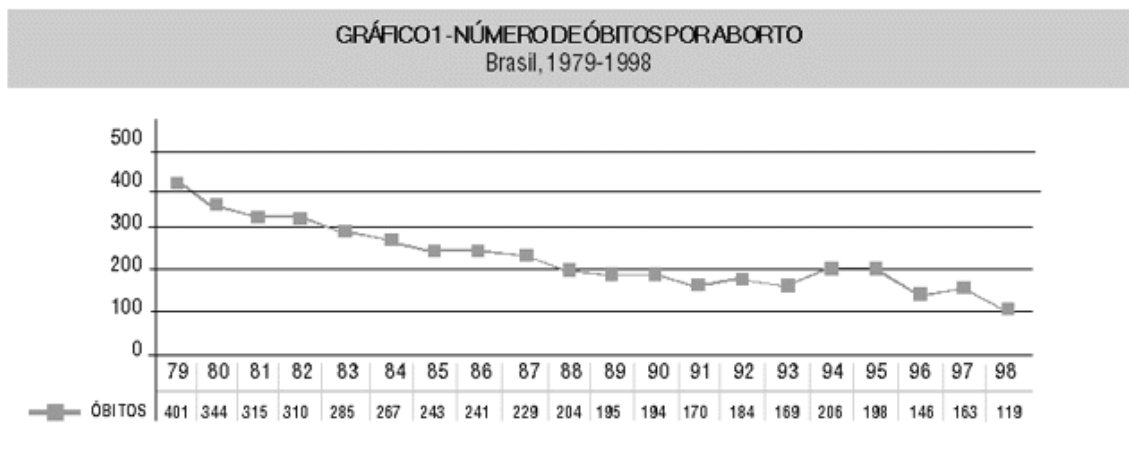
Fonte: Brasil. Ministério da Saúde / DataSUS / SIM / Sinasc, 2001.

Aborto entre as primeiras causas de morte materna

Os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde -- com base na declaração de óbitos -- são um importante indicador da situação do aborto no país e também do número de mortes por aborto. Esses dados revelam que a interrupção da gestação, de maneira espontânea ou provocada, já não determina tantas mortes como há 20 anos atrás (Gráfico 1).

Essa diminuição do número de mortes no país pode ser esperada por estar associada, entre outros fatores, à sensível queda das taxas de fecundidade ocorrida nos anos 80 e ao uso mais disseminado da contracepção pelas mulheres. A comparação entre as Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde de 1986 e 1996 demonstra um aumento do número de mulheres que utilizam métodos contraceptivos (de 65,8% para 76,7% das mulheres unidas), inclusive às custas da ligadura tubária (de 26,9% para 40,1% das mulheres unidas que usam algum método contraceptivo).

Fonte: Bemfam, 1998.



Fonte: Bemfam, 1998.

Uma mulher morre a cada três dias

Mesmo no cenário de subinformação que cerca os registros sobre aborto, de um modo geral, a mortalidade oficial é alta. Uma mulher morreu a cada três dias, vítima desse agravo, no ano de 1998 (o último com dados disponíveis). Foram 3,58 mortes para cada 100.000 nascidos vivos (nos Estados Unidos são 0,4 morte), ou uma para cada 25.000 crianças nascidas vivas.

Foram 119 mulheres que tiveram o aborto como causa declarada de sua morte e apenas 72,3% delas receberam assistência médica. Em 23,5% dos casos não havia informação sobre o tipo de assistência recebida e 4,2% não tiveram assistência médica, segundo consta em seus atestados de óbito.

Fonte: Bemfam, 1998.

Esses são indicadores de uma grave situação, mas sabidamente não revelam toda a dimensão do problema.

A taxa de mortalidade materna específica por aborto -- número de mulheres que tiveram o aborto como causa de morte para cada 100.000 nascidos vivos -- apresentou importante tendência de queda até os anos 80, mas com uma desaceleração dessa queda desde 1990.

O trabalho de investigação dos Comitês de Mortalidade Materna tem revelado que o aborto está associado a números bem maiores de óbitos de mulheres em idade fértil do que aqueles que são oficialmente informados e que as condições de clandestinidade apenas fazem elevar essas estatísticas.

O Estado de São Paulo concentra quase 27% desses óbitos; entretanto, as taxas por 100.000 nascidos vivos permitem uma comparação mais adequada, pois guardam relação proporcional com o número de gestantes em cada Estado. Essas taxas são mais altas nos Estados do Rio de Janeiro e Acre e no Distrito Federal (Tabela 3), coincidentemente aqueles com maiores taxas de internação por aborto.

Clandestinidade dificulta diagnóstico, registro e atendimento

Uma importante questão que precisa ser considerada na análise dos dados divulgados pelo Ministério da Saúde é a criminalização, pois na legislação do país o aborto induzido é considerado crime quando não se tratar de risco de vida para a mulher ou de gravidez resultante de estupro. Além de ser a causa provável de muitos óbitos, a clandestinidade dificulta desde o diagnóstico no atendimento médico até o registro adequado do aborto induzido, piorando a já precária qualidade

com que freqüentemente esse atestado é preenchido. No atestado de óbito, o simples registro da ocorrência de um aborto induzido, sem justificativa legal, pode caracterizar uma denúncia e ter implicações judiciais para o profissional, que muitas vezes acaba por preferir a omissão.

Uma segunda questão é a deficiência ainda observada nos registros de mortalidade. Apesar dos progressos alcançados em alguns Estados, muitos Municípios não enviam com regularidade os dados de mortalidade às instâncias centrais de processamento, o que determina uma subnotificação importante.

O grande número de declarações de óbito nas quais consta a observação “sem assistência médica” também indica má qualidade dos registros e, o que é pior, do atendimento. Essa observação nas declarações informa os casos de óbitos ocorridos fora dos serviços de saúde e aqueles em que a pessoa, antes de falecer, permaneceu menos de 24 horas sob assistência do profissional de saúde que, portanto, nem sempre tem condições de informar corretamente as causas da morte. A ausência de serviços de verificação de óbito, na maioria das localidades do país, impede que essas mortes sejam devidamente esclarecidas. Isto ocorre até em grandes centros como São Paulo, por exemplo, que em 1998 teve 10% dos óbitos de mulheres de 15 a 49 anos nessa condição.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/DataSUS/SIM, 2001.

Em 1998, de todas as mulheres brasileiras entre 15 e 49 anos que morreram por todas as causas, 13% não tiveram assistência médica, segundo seu atestado de óbito. Em Tocantins, Maranhão e Rio Grande do Norte, esses números sobem para cerca de 30%. É bem provável que, em se tratando de idade fértil, entre esses casos encontrem-se com mais freqüência abortos provocados. Certamente, quanto maior o número de mortes sem assistência, pior é a qualidade do atendimento e das informações. Já, quando se analisam apenas as mortes por aborto, 4,2% delas ocorreram sem assistência; e Bahia, Ceará, Mato Grosso e Distrito Federal são os Estados em que essa proporção foi maior.

TABELA 3: Taxa de mortes por aborto, percentagem representada por essas mortes na taxa de mortes maternas geral e percentagem com assistência médica, por Unidade da Federação (por 100.000 nascidos vivos). Brasil, 2000.

Unidade da Federação	Mortes / 100.00 nascidos vivos	% total de mortes maternas*	% das mortes com assistência médica	Total
Região Norte				
Amazonas	5,25	14,3	100,0	3
Pará	6,01	7,1	71,4	7
Acre	7,52	11,1	100,0	1
Tocantins	3,90	10,0	100,0	1
Total Região Norte	5,67	-	92,9	12
Região Nordeste				
Maranhão	2,52	3,0	100,0	2
Ceará	2,15	2,3	66,7	3
Rio Grande do Norte	1,74	6,3	100,0	1
Pernambuco	4,96	7,1	100,0	8
Sergipe	2,41	4,5	0,0	1
Bahia	2,13	5,2	40,0	5
Total Região Nordeste	2,65	-	67,8	19
Região Centro-Oeste				
Mato Grosso	6,12	8,6	33,3	3
Distrito Federal	8,26	14,8	50,0	4
Goiás	4,02	9,3	100,0	4
Total Região Centro-Oeste	6,10	-	61,1	11
Região Sudeste				
Minas Gerais	1,69	1,7	60,0	5
Espírito Santo	5,13	10,3	100,0	3
Rio de Janeiro	8,90	11,4	73,9	23
São Paulo	4,61	8,9	59,4	32
Total Região Sudeste	3,81	-	73,2	63
Região Sul				
Paraná	2,70	3,2	100,0	5
Rio Grande do Sul	4,51	5,4	87,5	8
Total Região Sul	3,60	-	93,7	13
Brasil	3,78	6,0	72,73	119

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde / DataSUS / SIM, 2001.

(*) número de mortes por causa materna por 100.000 nascidos vivos, incluindo todas as caudas maternas, inclusive abortos.

(**) Não estão incluídos os estados que não tiveram nenhum registro de óbito por aborto.

É importante ter claro que os óbitos por aborto, certamente, não se referem apenas ao aborto induzido, ou considerado ilegal, mas também a aqueles abortos espontâneos, relacionados a

doenças da gravidez ou associadas a ela, como, por exemplo, a mola e a gravidez ectópica -- importantes causas de morte materna classificadas como aborto e incluídas nas tabelas 3 e 4. Contudo, ainda assim pode-se afirmar que um aborto feito clandestinamente tem maiores probabilidades de apresentar complicações e levar a óbito do que um aborto espontâneo.

Fonte: OMS, 1998.

Vale ressaltar ainda que, maiores números e taxas não significam, necessariamente, piores condições de saúde e direitos reprodutivos, ou maior número de abortos, mas podem revelar, pelo contrário, boa qualidade da informação e menos preconceito dos profissionais e serviços no momento de atender as mulheres em processo de abortamento e de informar corretamente sobre essas mortes.

Um outro componente importante da mortalidade por aborto, e que diferencia as realidades dos Estados brasileiros, é o seu peso relativo dentro das taxas de mortalidade materna. Em 1998, a parcela das mortes maternas devidas ao aborto foi de 6% no país e variou de cerca de 15%, no Distrito Federal e Amazonas, a zero, em muitos Estados (Tabela 3).

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/DataSUS/SIM, 2001.

Quando se considera a importância do aborto como causa de morte materna, é fundamental ter em conta que graves complicações ligadas à sua clandestinidade -- como hemorragia e infecções -- podem estar sendo contabilizadas como mortes maternas sem menção ao aborto, sendo mais um fator de subinformação.

É preciso ainda ressaltar o importante papel dos Comitês de Mortalidade Materna, que existem e atuam de forma efetiva em alguns Estados e cujo trabalho, paradoxalmente, contribui para elevar as taxas oficiais de mortalidade materna e a participação dos abortos nessas taxas, uma vez que a apuração e investigação dos dados trazem visibilidade a esses números e melhoram a qualidade dos registros, revelando indicadores e taxas piores, porém mais próximas do real.

Mais de 14% das mortes são de menores de 19 anos

Atenção especial deve ser dedicada ao quadro vivido por muitas jovens menores de 19 anos e que chegam a óbito após um aborto clandestino. O componente biológico do corpo ainda em formação exerce papel importante no curso da gravidez dessas jovens, seja ela desejada e planejada, ou não; porém, esses aspectos físicos e biológicos, associados à maior dificuldade que essas jovens encontram para buscar assistência, trazem um acréscimo de vulnerabilidade a essas meninas.

É conhecida a maior frequência de abortos e de óbitos maternos nessa idade, assim como entre as mulheres mais velhas, no final de seu ciclo reprodutivo. Não obstante, aliado a isso, certamente o componente da clandestinidade torna mais grave a realidade dessas garotas. Os dados oficiais mostram que 17 jovens morreram por aborto em 1998 (14,3% do total de mortes por aborto), nos Estados apresentados na Tabela 4.

TABELA 4: Número de óbitos por aborto em menores de 19 anos e participação proporcional no total de óbitos por aborto, por unidade da Federação. Brasil, 1998

Estado	Óbitos por aborto em menores de 19 anos	Proporção no total de óbitos por aborto (%)
Acre	1	100,0
Pernambuco	2	25,0
Sergipe	1	100,00
Bahia	1	20,0
Mato Grosso	2	33,3
Distrito Federal	1	25,0
Rio de Janeiro	3	13,1
São Paulo	3	9,4
Paraná	1	20,0
Rio Grande do Sul	2	20,0

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde / DataSUS / SIM / Sinasc, 2001.

Direito ao aborto: um debate contínuo e crescente

A preocupação com o atendimento humanizado das mulheres em processo de abortamento -- seja ele espontâneo ou provocado -- e a luta de todo o movimento de mulheres contra a criminalização do aborto têm permitido maior transparência no debate sobre esse tema e trazido um amadurecimento importante da sociedade brasileira em torno da descriminalização da interrupção voluntária da gravidez.

Contribuíram para esse amadurecimento: o primeiro Programa de Aborto Legal, implantado no Município de São Paulo, no Hospital do Jabaquara, em 1989; a crescente mobilização das mulheres -- em parceria com profissionais de saúde -- junto a governos estaduais e municipais para a implantação de serviços semelhantes; e a movimentação junto ao Congresso Nacional, pelo direito à interrupção voluntária da gravidez e contra as tentativas de retrocesso em relação ao aborto legal (Quadro 2).

Fonte: Andalaft e Rocha, 1997; Rocha, 2001.

A longa história de mobilização das mulheres em torno da busca pela qualidade da assistência aos seus direitos reprodutivos na área da saúde garantiu a formalização, pelo Ministério da Saúde, do atendimento aos casos ligados à violência sexual, através da Norma Técnica publicada em 1999, sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que, entre outras questões, garante o atendimento pelo SUS para o aborto em caso de gravidez resultante de estupro.

Deve-se esperar que esses avanços contribuam para que a ilegalidade deixe de significar tantos danos para as mulheres brasileiras e que se possa alcançar uma situação mais favorável de acesso aos direitos no campo da vida reprodutiva.

**QUADRO 2 – PROJETOS SOBRE ABORTO
EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO NACIONAL**

Tipo e Nº/Ano	Autor (Partido)	Ementa	Situação Atual
PL 20/91	Deputado Eduardo Jorge (PT-SP) e deputada Sandra Starling (PT-MG)	Dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento, pelo Sistema Único de Saúde, aos casos de aborto previstos no Código Penal Brasileiro.	Aguardando votação dos recursos 184/97 do deputado Salvador Zimbaldi (PSDB-SP) e 185/97 do deputado Robson Tuma (PL-SP), no Plenário da Câmara.
PL 1135/91	Deputado Eduardo Jorge (PT-SP) e deputada Sandra Starling (PT-MG)	Suprime o art. 124 do Código Penal, que caracteriza como crime o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento.	Parecer favorável da relatora, deputada Jandira Feghali (PC do B-RJ), na CSSF, a este projeto e aos PLs anexados, de nºs 176/95, 3280/92, 1174/91, 2929/97 e 1956/96, com substitutivo; parecer contrário aos PLs anexados de nºs 4703/98 e 4917/01.
PL 1174/91	Deputado Eduardo Jorge (PT-SP) e deputada Sandra Starling (PT-MG)	Dá nova redação ao art. 128 do Código Penal, autorizando o aborto quando a gravidez representar risco de vida e de saúde física ou psíquica para a gestante.	Anexado ao PL 1135/91.
PL 3280/92	Deputado Luiz Moreira (PTB-BA)	Autoriza a interrupção da gravidez, até a vigésima quarta semana, nos casos previstos em lei.	Anexado ao PL 1135/91.
PL 176/95	Deputado José Genoino (PT-SP)	Dispõe sobre a descriminalização do aborto até 90 dias de gestação e obriga a rede pública de saúde (SUS) e seus conveniados a realizarem-no.	Anexado ao PL 1135/91.
PL 1956/96	Deputada Marta Suplicy (PT-SP)	Autoriza a interrupção da gravidez quando o produto da concepção não apresentar condições de sobrevivência em decorrência de malformação incompatível com a vida ou de doença degenerativa incurável, precedida de indicação médica, ou quando por meios científicos se constatar a impossibilidade de vida extra-uterina.	Anexado ao PL 1135/91.
PL 2929/97	Deputado Wigberto Tartuce (PPB-DF)	Permite a interrupção da gravidez para as mulheres estupradas por parentes.	Anexado ao PL 1135/91.
PL 4703/98	Deputado Francisco Silva (PPB-RJ)	Acrescenta o inciso VIII e parágrafo 1º ao artigo 1º da Lei 8072, de 25 de julho de 1990, incluindo como crime hediondo o aborto provocado pela gestante ou por terceiros, com o seu consentimento.	Anexado ao PL 1135/91.
PL 4917/01	Deputado Givaldo Carimbão (PSB-AL)	Inclui inciso no artigo 1º da Lei 8072, de 25 de julho de 1990, tipificando como hediondo o crime de aborto, e altera os artigos 124, 125 e 126 do Código Penal Brasileiro.	Anexado ao PL 1135/91.
PL 947/99	Deputado Severino Cavalcanti (PPB-PE)	Institui o "Dia do Nascituro" e prescreve medidas a serem adotadas pelos poderes Executivo e Legislativo.	Concedida vista ao Projeto para a deputada Ana Corso (PT-RS), que apresentou voto em separado. Aguardando colocação em pauta na CSSF.
PL 4305/01	Deputada Nair Lobo Xavier (PMDB-GO)	Dispõe sobre a assistência integral à mulher grávida vítima de estupro.	Aguardando parecer da Relatora Deputada Tetê Bezerra (PMDB-MT) na CSSF.

Fonte: Cfemea - Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 2001.

PL - Projeto de Lei; PDC - Projeto de Decreto Legislativo; CSSF - Comissão de Segurança Social e Família da Câmara dos Deputados; CEJR - Comissão de Constituição, Justiça e Redação da Câmara dos Deputados.

Hospitais públicos com aborto legal

É preciso registrar os relativos avanços ocorridos nos últimos anos, com o crescimento do número de serviços para atendimento do aborto com justificativa legal no país -- gravidez decorrente de estupro ou para salvar a vida da mulher. Em 2001, encontram-se em funcionamento no país 27 serviços de atendimento à mulher vítima de violência sexual, que oferecem acesso à interrupção da gravidez em caso de estupro (Quadro 3).

A implantação de serviços de aborto legal nos últimos doze anos é resultado da demanda política do movimento de mulheres e do trabalho dos/as profissionais de saúde. A RedeSaúde e centenas de organizações feministas, que defendem a descriminalização do aborto, têm desempenhado um importante papel na sensibilização da sociedade e, principalmente, de profissionais de saúde sobre a importância da questão do aborto no Brasil.

A Comissão de Interrupção da Gestação Prevista por Lei, da Febrasgo (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia), e o Fórum Interprofissional sobre Atendimento ao Aborto Previsto por Lei têm dado uma contribuição fundamental para o debate e a formulação de modelos de atendimento ao aborto legal no país. Nessa mesma linha, conforme já mencionado, o Ministério da Saúde publicou, em 1999, a Norma Técnica sobre a Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

**QUADRO 3- HOSPITAIS COM SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À MULHER
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL COM ABORTO LEGAL**

Região Norte

Acre Clínica de Mulheres Bárbara Heledora
Pará Santa Casa de Misericórdia do Pará

Região Nordeste

Maranhão Hospital Marly Sarney
Rio Grande do Norte Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Santa Catarina); Maternidade Escola Januário Cicco
Paraíba Maternidade Frei Damião
Pernambuco Hospital Agamenon Magalhães; IMIP; Hospital Monteiro de Moraes (Encruzilhada)

Região Centro-Oeste

Distrito Federal Hospital Materno-Infantil de Brasília
Goiás Hospital Materno-Infantil de Goiânia

Região Sudeste

Minas Gerais Hospital Público Regional de Betim; Hospital Odete Valadares
Rio de Janeiro Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães
São Paulo CAISM/Unicamp; Centro de Referência de Saúde da Mulher (Pérola Byington);
Hospital Dr. Arthur Saboya (Jabaquara); HC - HSP/USP, São Paulo;
HC - HSP/USP, Ribeirão Preto; HC - Unesp, Botucatu; Hospital Ipiranga;
Hospital Leonor M. de Barros; Maternidade Nova Cachoeirinha;
Hospital São Paulo - Unifesp

Região Sul

Rio Grande do Sul Hospital de Clínicas UFRGS; Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas;
Hospital Nossa Senhora da Conceição

Fonte: Febrago e Fórum Interprofissional sobre Atendimento ao Aborto Previsto por Lei, 2001.

Campanha 28 de Setembro

Dia pela Descriminalização do Aborto na América Latina e Caribe

O que é a campanha 28 de setembro?

Há duas décadas as mulheres latino-americanas e caribenhas vêm se unindo na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos e pela justiça de gênero.

No 5º Encontro Feminista Latino-Americano e do Caribe (Argentina, 1990), foi criado o Dia pela Descriminalização do Aborto na América Latina e Caribe, um tema de unânime e prioritária preocupação. O 28 de setembro foi escolhido como data de referência para essa campanha que, desde 1993, vem impulsionando ações nos diferentes países da região.

A Coordenação Regional da campanha, que é rotativa, já esteve sob responsabilidade de importantes organizações de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos na América Latina, como Católicas pelo Direito de Decidir (Uruguai), Gire (México) e Cidem (Bolívia).

No atual período (2000-2002), a coordenação está sendo exercida pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Rede Saúde/Brasil), que desde sua fundação, em 1991, tem na questão do aborto um tema central de ação.

Objetivos da campanha

Os objetivos da Campanha 28 de Setembro são: a humanização dos serviços de atenção à saúde; a diminuição da morbimortalidade materna; o cumprimento das leis que permitem o abortamento e a liberalização das leis que o punem.

Centenas de organizações de mulheres e redes regionais em 18 países da América Latina e Caribe estão congregadas em torno dessa campanha e de seus objetivos.

Os países que atualmente fazem parte da campanha são: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Peru, Porto Rico, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.

A Campanha 28 de Setembro mantém uma *homepage* em português e espanhol, que apresenta informações sobre o aborto nesses países (estatísticas, legislação, artigos opinativos e notícias) e pode ser acessada em <http://www.campanha28set.org>

Direito ao aborto em Conferências da ONU

Direito ao aborto na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo/1994)

Parágrafo 8.25 do Programa de Ação do Cairo

Cap. VIII -- Saúde, Morbidade e Mortalidade -- Medidas que devem ser adotadas pelos governos

8.25 -- Em nenhuma circunstância o aborto deve ser promovido como um método de planejamento familiar. Todos os governos e todas as organizações intergovernamentais e não-governamentais pertinentes são instadas a reforçar seus compromissos com a saúde das mulheres, a considerar os efeitos do aborto inseguro sobre a saúde como um problema crucial de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto, mediante ampliação e melhoria dos serviços de planejamento familiar. Deve ser atribuída prioridade máxima às ações de prevenção da gravidez indesejada e todos os esforços devem ser envidados para evitar a necessidade do abortamento. As mulheres que experimentam gestações indesejadas devem ter acesso imediato a informações confiáveis e um aconselhamento compassivo. Quaisquer mudanças ou medidas relacionadas com o abortamento que se introduzam no sistema de saúde, só podem ser determinadas a partir do âmbito nacional e local, e de acordo com o processo legislativo nacional. Nas circunstâncias em que o aborto não contraria a lei, o procedimento deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto. Os serviços de orientação pós-aborto, de educação e de planejamento familiar devem ser prontamente disponibilizados, o que ajudará também a evitar abortos repetidos.

Fonte: RedeSaúde, 2001/ Parágrafo 8.25 do Programa de Ação do Cairo.

Direito ao aborto na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim/1995)

Parágrafo 106k da Plataforma Mundial de Ação de Pequim

106 (k) -- À luz do parágrafo 8.25 do Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, que afirma:

“Em nenhuma circunstância o aborto deve ser promovido como um método de planejamento familiar. Todos os governos e todas as organizações intergovernamentais e não-governamentais pertinentes são instadas a reforçar seus compromissos com a saúde das mulheres, a considerar os efeitos do aborto inseguro sobre a saúde como um problema crucial de saúde pública e a reduzir o

recurso ao aborto, mediante ampliação e melhoria dos serviços de planejamento familiar. Deve ser atribuída prioridade máxima às ações de prevenção da gravidez indesejada e todos os esforços devem ser envidados para evitar a necessidade do abortamento. As mulheres que experimentam gestações indesejadas devem ter acesso imediato a informações confiáveis e um aconselhamento compassivo. Quaisquer mudanças ou medidas relacionadas com o abortamento, que se introduzam no sistema de saúde, só podem ser determinadas a partir do âmbito nacional e local, e de acordo com o processo legislativo nacional. Nas circunstâncias em que o aborto não contraria a lei, o procedimento deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto. Os serviços de orientação pós-aborto, de educação e de planejamento familiar devem ser prontamente disponibilizados, o que ajudará também a evitar abortos repetidos”,

considerar a revisão das leis que contenham medidas punitivas contra as mulheres que se submeteram a abortamentos ilegais.

Fonte: RedeSaúde, 2001/ Parágrafo 106k da Plataforma Mundial de Ação de Pequim.

O Direito ao aborto na Assembléia Geral Extraordinária da Onu -- Cairo + 5 (Nova York/1999)

Medidas-Chave para Seguir Executando o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

Capítulo IV C. -- Parágrafo 63:

i. “Em nenhuma circunstância o aborto deve ser promovido como um método de planejamento familiar. Todos os governos e todas as organizações intergovernamentais e não-governamentais pertinentes são instadas a reforçar seus compromissos com a saúde das mulheres, a considerar os efeitos do aborto inseguro sobre a saúde como um problema crucial de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto, mediante ampliação e melhoria dos serviços de planejamento familiar. Deve ser atribuída prioridade máxima às ações de prevenção da gravidez indesejada e todos os esforços devem ser envidados para evitar a necessidade do abortamento. As mulheres que experimentam gestações indesejadas devem ter acesso imediato a informações confiáveis e um aconselhamento compassivo. Quaisquer mudanças ou medidas relacionadas com o abortamento, que se introduzam no sistema de saúde, só podem ser determinadas a partir do âmbito nacional e local, e de acordo com o processo legislativo nacional. Nas circunstâncias em que o aborto não contraria a lei, o procedimento deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de

qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto. Os serviços de orientação pós-aborto, de educação e de planejamento familiar devem ser prontamente disponibilizados, o que ajudará também a evitar abortos repetidos” (ratifica a linguagem do parágrafo 8.25 do Cairo).

ii. Os governos devem tomar medidas oportunas para ajudar as mulheres a evitar o aborto, que em nenhuma circunstância deve ser promovido como método de planejamento familiar, e proporcionar, em todos os casos, um tratamento humanitário e orientação às mulheres que recorreram ao aborto.

iii. Ao reconhecer e aplicar o acima disposto e nos casos em que o aborto não é contrário à lei, os sistemas de saúde devem capacitar e equipar as pessoas que prestam serviços de saúde e tomar outras medidas para assegurar que o aborto se realize em condições adequadas e seja acessível. Medidas adicionais devem ser tomadas para salvaguardar a saúde da mulher.

Fonte: RedeSaúde, 2001/ Medidas-Chave para Seguir Executando o Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento.

O Direito ao aborto na Assembléia Geral Extraordinária da Onu -- Pequim + 5

Mulher 2000: Igualdade de Gênero, Desenvolvimento e Paz para o Século 21 (Nova York/2000)

Parágrafo 107i do Documento de Resultados de Pequim + 5

(Reproduz o texto do parágrafo 106k da Plataforma Mundial de Ação de Pequim/1995.)

107 (i) -- À luz do parágrafo 8.25 do Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, que afirma:

“Em nenhuma circunstância o aborto deve ser promovido como um método de planejamento familiar. Todos os governos e todas as organizações intergovernamentais e não-governamentais pertinentes são instadas a reforçar seus compromissos com a saúde das mulheres, a considerar os efeitos do aborto inseguro sobre a saúde como um problema crucial de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto, mediante ampliação e melhoria dos serviços de planejamento familiar. Deve ser atribuída prioridade máxima às ações de prevenção da gravidez indesejada e todos os esforços devem ser envidados para evitar a necessidade do abortamento. As mulheres que experimentam gestações indesejadas devem ter acesso imediato a informações confiáveis e um aconselhamento compassivo. Quaisquer mudanças ou medidas relacionadas com o abortamento, que se introduzam no sistema de saúde, só podem ser determinadas a partir do âmbito nacional e local, e de acordo com o processo legislativo nacional. Nas circunstâncias em que o aborto não contraria a lei, o procedimento deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de

qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto. Os serviços de orientação pós-aborto, de educação e de planejamento familiar devem ser prontamente disponibilizados, o que ajudará também a evitar abortos repetidos”,

considerar a revisão das leis que contenham medidas punitivas contra as mulheres que se submeteram a abortamentos ilegais.

Fonte: RedeSaúde, 2001. Parágrafo 107i do Documento de Resultados de Pequim + 5.

Referências bibliográficas

- ANDALRAFT NETO, J.; ROCHA, M. I. B. da. O aborto legal no Brasil: legislação, decisões políticas e serviços de atenção à saúde. In: BENZECRY, R. *et al* (orgs.). **Tratado de Obstetria Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
- CORRÊA, S.; FREITAS, A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, n.2, p.389-395, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde/DataSUS. Informações demográficas e socioeconômicas. População residente. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 01 jun. 2001.
- _____. Ministério da Saúde/DataSUS/SIM. Divisão nacional de epidemiologia. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 01 jun. 2001.
- _____. Ministério da Saúde/DataSUS/SIM/Sinasc. Estatísticas vitais-mortalidade e nascidos vivos. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 01 jun. 2001.
- _____. Ministério da Saúde/DataSUS. Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Norma técnica sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Diário Oficial da União, Brasília, 1999.
- CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA-CFEMEA.
Jornal Fêmea, Brasília, n.103, ago.2001.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA-FEBRASGO;
FÓRUM INTERPROFISSIONAL SOBRE ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO POR LEI.
Hospitais com serviços de atendimento à mulher vítima de violência sexual com aborto legal. São Paulo, Comissão de Interrupção da Gestação Prevista por Lei-Febrasgo, set.2001.
(mimeo)
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Abortion**: a tabulation of available information. Genebra: OMS, 1998.
- _____. **Manual de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos**. 10ª rev. Genebra: OMS, 1998.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS-REDESAÚDE. Parágrafo 8.25 do Programa de Ação do Cairo. Disponível em:

<http://www.campanha28set.org/P2001/html/p825p.html>. Acesso em: 23 out. 2001.

_____. Parágrafo 106k da Plataforma Mundial de Ação de Pequim. Disponível em: <http://www.campanha28set.org/P2001/html/p106p.html>. Acesso em: 23 out. 2001.

_____. Medidas-chave para seguir executando o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.campanha28set.org/P2001/html/p63p.html>. Acesso em: 23 out. 2001.

_____. Parágrafo 107i do Documento de resultados de Pequim + 5. Disponível em: <http://www.campanha28set.org/P2001/html/p107p.html>. Acesso em: 23 out. 2001.

RESENDE, J. **Obstetrícia**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

ROCHA, M. I. B. da. The abortion issue in Brazil: a study of the debate in Congress. In: HOGAN, D. J. (org.). **Population change in Brazil: contemporary perspectives**. Campinas: Population Studies Center (Nepo/Unicamp), 2001. (Versão original em português -- “A questão do aborto no Brasil: o debate no Congresso”, **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.381-98, 1996).

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL-BEMFAM. **Relatório Preliminar**. USA: London International Group, 1998.

SORRENTINO, S. R.; LEBRÃO, M. L. Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, 1995. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.1, n.3, p.256-267, dez, 1998.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide**. New York: AGI, 1999.

_____. **Aborto clandestino: una realidad latinoamericana**. Nova York: The Alan Guttmacher Institute, 1994.