

**Morte e Negação: Abortamento Inseguro e Pobreza**

**ENCARTE  
BRASIL**

INSTITUTO  
PATRÍCIA  
GALVÃO



 **BEMFAM**  
BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL

 **IPPF** International  
Planned Parenthood  
Federation

Poder decidir, abre um mundo de possibilidades



# ENCARTE BRASIL

Responsável pelo encarte: IPPF/Região do Hemisfério Ocidental.

Pesquisa e redação: Elcylene Leocádio (médica sanitária e mestre em Política Social pela UnB) e Paula Juliana Foltran (assistente social e mestre em Política Social pela UnB).

Projeto gráfico, editoração e produção gráfica: Ludmilla Botinelly (Assessora de Comunicação - BEMFAM)

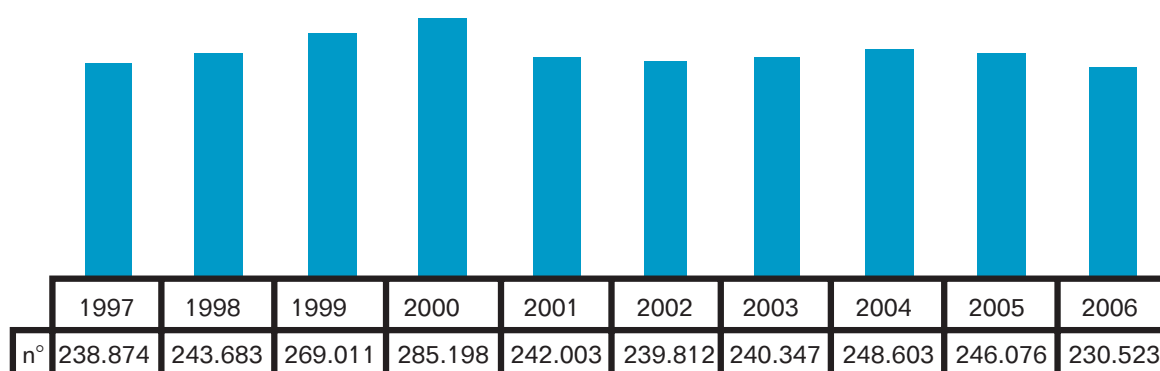
Maio de 2007.

# PANORAMA DO ABORTO INSEGURO NO BRASIL

## Abortos inseguros causam 1,2 milhão de internações no SUS em 5 anos

As complicações decorrentes de abortos clandestinos resultaram na internação de mais de 1,2 milhão de mulheres nos hospitais da rede pública nos últimos cinco anos, segundo dados do SUS (Sistema Único de Saúde).

**Gráfico 1**  
**Curetagens pós-aborto**  
**(excluídos abortamentos espontâneos) no SUS**  
**(Brasil, 1997-2006)**



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/ATSM.  
Fonte de dados de AMIU anteriores a 2001: ATSM - Balanço 1998-2002.

## Dificuldades para conhecer a magnitude do abortamento inseguro

A clandestinidade dificulta o registro dos casos pelos sistemas de informação, impossibilitando a coleta de dados precisos. Para enfrentar esse problema, foi publicado pelo Instituto Alan Guttmacher (AGI), em 1994, um estudo com base em pesquisa feita com profissionais de saúde de seis países da América Latina, entre os quais o Brasil. O trabalho propõe a aplicação de um fator de correção de 5,0 sobre os dados oficiais acerca do número de mulheres internadas por complicações de aborto. Assim, se em 1995 o SUS registrou 274.698 curetagens pós-aborto, multiplicando-se esse número por 5,0 a estimativa seria de aproximadamente 1.400.000 abortos.

Atualmente o número estimado de abortos inseguros no Brasil é de 1 milhão por ano.

Usado como método abortivo, o misoprostol (Cytotec) reduziu o número de complicações. Isso se explica pelo fato de o método não apresentar os mesmos riscos das sondas e dos medicamentos cáusticos introduzidos dentro do útero, que além de perfurações uterinas podem provocar infecções pelo uso de material contaminado. Contudo, a proibição da venda desse medicamento em farmácia, mesmo com receita médica, levou ao comércio clandestino a preços inacessíveis para mulheres de baixa renda.

A queda do número de complicações de abortos sugere, entre outras coisas, mulheres mais informadas, com mais acesso a serviços de saúde e métodos anticoncepcionais. Mas esta realidade não é homogênea e o problema do aborto caminha junto com as desigualdades sociais de classe, raça e gênero do Brasil.

**Carla**, 23, um filho de um ano e meio, relata: “*eu não sei como engravidei. Eu tomava pílula e também usava camisinha, Somente um dia eu não usei. Não parei de menstruar. Mas estava muito enjoada. E fui ao médico do posto. Ele pediu o exame de sangue e o ultra-som. Eu fiz e deu que eu tava com quase três meses de gravidez. O médico disse que eu estava tomando a pílula de forma errada. Mas eu estava fazendo do jeito que o outro médico tinha me ensinado. Eu sei é que sempre fui contra o aborto. E fiz tudo para me proteger. Mas eu não posso ter esse filho. Não tenho condições de trabalhar em casa de família e criar dois filhos pequenos*”. (Empregada doméstica, oriunda da Bahia e trabalhando em Brasília, 2006.)



## **Diferenças regionais sobre o aborto inseguro no Brasil**

As desigualdades existentes no país refletem-se na realidade do aborto inseguro. O problema é mais grave nas regiões Norte e Nordeste.

O Nordeste é uma das regiões de menor poder econômico, em que as mulheres têm menor acesso aos serviços de saúde e que concentra as maiores taxas de analfabetismo – de 18%, contra 6,6% no Sudeste e 6% no Sul (IBGE). Estes problemas interferem diretamente na capacidade e nas condições de as mulheres exercerem seus direitos sexuais e reprodutivos.

Estudo apresentado em 2006 (Monteiro e Adesse) mostrou que o Nordeste apresentou o maior risco, com taxa de 2,73 por 100 mulheres. A menor taxa, de 1,28/100, foi da região Sul.

Outra questão importante é que as mulheres engravidam cada vez mais cedo e o aborto passa a ser uma preocupação na adolescência. Em 2005 foram registrados 2.781 atendimentos de meninas de 10 a 14 anos para tratamento pós-aborto e 46.504 na faixa de 15 a 19 anos (Tabela 1).

**Tabela 1**  
**Curetagens e AMIU\* pós-aborto na população feminina de 10 a 49 anos, por Regiões (Brasil, 2005)**

Faixa etária Região	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
Norte	385	5.670	6.164	5.420	2.729	1.397	583	122
Nordeste	1.045	17.579	26.978	19.307	11.222	6.712	3.105	616
Sudeste	884	16.182	26.005	21.369	14.402	9.770	4.665	672
Sul	240	3.752	5.739	4.863	3.683	2.814	1.535	289
Centro-Oeste	227	3.321	5.396	4.079	2.471	1.353	639	145
Total	2.781	46.504	72.282	55.038	34.507	22.046	10.527	1.844

Fonte: SIH/SUS/MS; informações da Área Técnica de Saúde da Mulher/MS.

\* AMIU = aspiração manual intra-uterina.

Com base nas populações de 15 a 19 anos indicadas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2005, do IBGE, que mostra: 781.516 adolescentes de 14 a 19 anos na região Norte; e 1.192.237 na região Sul) e nas internações por abortamentos registrados pelo SUS no mesmo ano (Tabela 1), calcula-se a ocorrência de um caso de aborto em cada grupo de 138 adolescentes na região Norte, contra um aborto em 318 adolescentes na região Sul.

Ainda que subestimados, esses números são suficientes para justificar ações preventivas e regionalizadas para redução do aborto na adolescência.

### **Principais complicações do aborto inseguro**

Segundo pesquisa realizada no Brasil em 1999 (Hardy e Costa), estimou-se que 20% dos abortos clandestinos realizados por médico em clínicas e um número ainda maior dos abortos domiciliares realizados pela própria mulher ou por curiosas apresentam complicações. As principais são: perfuração do útero, infecção e hemorragia.

Estas complicações podem levar à morte se não tratadas precoce e corretamente. Muitas mulheres não sabem reconhecer os sinais que indicam uma complicação pós-aborto. Outras não querem enfrentar críticas e maus-tratos nos hospitais ou têm medo de serem denunciadas. Por isso elas demoram ou não procuram assistência médica especializada.



### **Conceito de aborto inseguro**

A Organização Mundial de Saúde define aborto inseguro como sendo a “interupção de gravidez indesejada, tanto por pessoas sem a qualificação necessária ao procedimento, quanto em locais sem as mínimas condições médicas, ou ambos”.

### **Fatores associados às complicações e ao risco de morte por aborto inseguro**

- O método usado para realizar o aborto;
- A habilidade de quem presta o serviço;
- O tempo de gestação;
- O acesso e a qualidade dos serviços para tratamento das complicações;
- Problemas ou doenças prévias não relacionadas à gravidez.

### **O aborto inseguro é um problema de saúde pública por que:**

- Atinge grande número de mulheres em idade fértil (magnitude elevada);
- É causa de perfuração de útero, infecções e hemorragias (severidade e morbidade);
- É uma das principais causas de morte relacionadas à gravidez (mortalidade);
- Acomete com mais frequência mulheres jovens, de baixa escolaridade e situação socioeconômica precária (impacto social);
- Em caso de óbito de mulheres com filhos pequenos, desorganiza as famílias e causa grande prejuízo ao desenvolvimento das crianças (impacto familiar);
- Requer o investimento de grande volume de recursos da saúde, com frequência escassos nos países em desenvolvimento, para controle das complicações (custo elevado);
- Pode ser controlado com medidas educativas, oferta de métodos anticonceptivos, serviços de saúde e legislação não-punitiva (possibilidade de controle).

**Dulce** conta que “*uma das vizinhas lá da rua fez um aborto. Depois ela começou a sentir dores e continuava sangrando. Dias depois ela teve febre, mas não quis procurar o médico. Ficou em casa, na cama, encolhida sem contar nada a ninguém. Quando descobriram levaram ela para o hospital, mas já era tarde. A infecção tinha tomado o corpo todo e ela morreu. Quando a família descobriu, ela disse que tinha medo de ir ao hospital (...)* A senhora sabe como eles tratam as mulheres que fazem aborto, não é?” (Empregada doméstica, habitante da região do entorno de Brasília, 2005).



## Mortalidade materna e aborto

No Brasil, a mortalidade materna mantém-se estável desde 2000, mas ainda é muito elevada. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2004 foram registrados 54,35 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos.

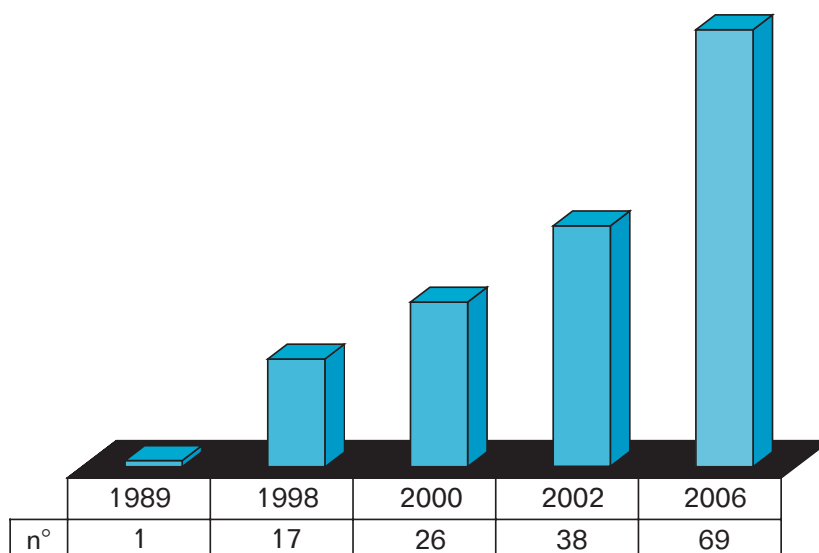
O Nordeste registra 63,8 e o Sudeste 44,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos. O aborto representa 9,5% das mortes maternas diretamente relacionadas à gravidez.

## Mais serviços de aborto legal

Registra-se também, a partir do final da década de 90, investimento na assistência ao aborto legal pós-estupro, processo que contou com ampla participação do movimento de mulheres, universidades públicas, entidades médicas e organizações não-governamentais.

Embora a maior parte dos serviços esteja localizada em capitais do Sul e Sudeste, é significativo o aumento de serviços (Gráfico 2), tendo em vista as reações contrárias à implementação da lei, em especial por parte de grupos religiosos que se opõem à interrupção da gravidez.

**Gráfico 2**  
**Número de hospitais com assistência**  
**ao aborto legal pós-estupro (Brasil, 1989-2006)**



Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher / MS.

A implantação de serviços que realizam o aborto previsto em lei oferece assistência imediata às mulheres vítimas de violência sexual, o que permite a prevenção da gravidez pós-estupro e com isso evita-se que a mulher recorra a um aborto.

## Aspectos históricos da legislação e assistência ao aborto no Brasil

Grandes mudanças socioculturais ocorreram no país a partir dos anos 1950. Em 1988, a Constituição Federal (chamada Constituição Cidadã) assegura a igualdade entre mulheres e homens e o direito ao planejamento familiar. O Brasil assina convenções internacionais que recomendam a prevenção do abortamento inseguro e a revisão da legislação punitiva. Nas últimas duas décadas amplia-se o debate sobre o aborto, mas a lei permanece a mesma desde a aprovação do Código Penal, em vigor desde 1942.

**Período colonial** – O Brasil é regido pelas ordenações portuguesas, que não se referem ao aborto. Elas tipificam crimes relativos à moral, aos costumes e contra a Igreja Católica. O catolicismo é a religião oficial do Estado até a proclamação da República em 1889.

**1830** – O Código Criminal do Império introduz na legislação brasileira o crime do aborto. Segundo o artigo 199 “é crime ocasionar aborto por qualquer meio empregado interior ou externamente com consentimento da mulher pejada”. Também é punido o fornecimento de drogas abortivas, a tentativa de aborto e a cumplicidade.

**1890** – O Código Penal da República mantém o crime do aborto. Proíbe o auto-aborto, mas abranda a pena se o ato for praticado para ocultar desonra. Pune o médico, ou parteira, que praticando o aborto legal ou necessário para salvar a vida da gestante de morte inevitável ocasionar-lhe a morte por ineficácia ou negligência.

**1940** – O Código Penal brasileiro mantém o crime do aborto, mas o artigo 128 contempla dois permissivos legais: quando há risco de vida para a gestante e quando a gravidez resulta de estupro. O Código Penal entra em vigor em 1942.

**1941** – A Lei das Contravenções Penais estabelece multa para o anúncio de processo, substância ou objeto abortivo, assim como a propaganda e a fabricação de anticoncepcionais. Somente em 1979 cai a proibição relativa aos anticoncepcionais.

**1940-1989** – O Estado não toma providências para materializar a lei do aborto. As mulheres não têm acesso à assistência médica e, mesmo nos casos permitidos, quando necessário, elas são obrigadas a recorrerem aos serviços clandestinos.

**1970-1980** – Intensifica-se o debate sobre a legalização do aborto, a partir de proposta do movimento de mulheres. As feministas cobram a dívida do Estado, criam a figura do “aborto legal” e, como estratégia de avanço no sentido da legalização, reivindi-

cam a implantação da lei, sobretudo nos anos 1980.

**1989** – São Paulo inaugura o primeiro serviço de referência para atendimento ao aborto legal no Hospital do Jabaquara. Sua instalação foi precedida de um longo trabalho de negociação e sensibilização de profissionais de saúde e gestores. Os conservadores reagem com agressividade. Gestores e equipes hospitalares são ameaçados, mas o governo assegura a continuidade do atendimento.

**1990** – A partir desta década, abortos por malformações fetais graves e irreversíveis têm sido realizados com autorizações judiciais. Desde 1989, foram concedidas cerca de 3.000 autorizações judiciais para interrupção da gestação nestas condições, segundo estimativa da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde.

**1996** – Aprovação da Lei nº 9.263/1996, sobre o Planejamento Familiar. Implementação iniciada em fins de 1997.

**1996** – O Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp) realiza o primeiro Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto em Lei. Desde então, este grupo reúne-se anualmente para discutir a violência contra a mulher e a assistência ao aborto.

**1997** – A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) cria a Comissão de Aborto Legal e o assunto passa a ser discutido nos congressos organizados pela instituição.

**1998** – O Ministério da Saúde produz a primeira norma técnica sobre aborto pós-estupro, que recebe apoio da sociedade civil, mas é questionada por grupos conservadores. O deputado federal Severino Cavalcanti apresenta projeto de Decreto Legislativo para suspensão da norma, mas é derrotado nas Comissões de Seguridade Social e Família e na de Constituição e Justiça e de Cidadania.

**1999** – O Ministério da Saúde distribui a norma técnica e passa a apoiar financeiramente projetos de criação de serviços de atenção às mulheres vítimas de violência sexual. Amplia-se significativamente o número de serviços de aborto legal entre 1999 e 2002. Embora mais lenta, a implantação de novos serviços se mantém nos anos subseqüentes.

**2004** – A I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, coordenada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, recomenda ao governo federal a revisão da legislação restritiva sobre o aborto.

**2004** – O ministro do Supremo Tribunal Federal Marco Aurélio de Mello concede, em 1º de julho de 2004, uma liminar que autoriza a antecipação terapêutica do parto em casos comprovados de anencefalia fetal. Esta liminar é cassada em 20 de outubro de 2004.

**2005** – Publicação da Portaria nº 1.508/GM/01/09/05, que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. A Portaria reafirma a não-obrigatoriedade do Boletim de Ocorrência para interrupção da gravidez resultante de violência sexual.

**2005** – Publicação e distribuição, pelo Ministério da Saúde, da Cartilha sobre Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde.

**2005** – O governo federal cria a Comissão Tripartite, coordenada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, para rever a legislação restritiva ao aborto. Em outubro, no momento em que entregava a proposta da Comissão à Câmara Federal dos Deputados, como subsídio ao projeto de legalização do aborto, a ministra Nilcéa Freire declarou que “o aborto é um problema de saúde pública. Governo e sociedade devem discutir. A cada iniciativa destas, estamos valorizando a vida de todas as mulheres”.

**2005** – A Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara Federal dos Deputados, promove em 22 de novembro uma audiência pública para debater o Projeto de Lei nº 1135/91, que suprime o artigo 124 do Código Penal, o qual tipifica o crime do aborto. Em dezembro ocorre a primeira tentativa de votação. Os embates foram intensos. Grupos e deputados religiosos ameaçaram fazer campanhas em 2006 contra as candidaturas dos parlamentares favoráveis ao projeto. Até o momento o projeto não foi votado.

**2007** – O ministro da Saúde José Gomes Temporão torna pública sua posição em relação ao problema do aborto inseguro no Brasil. Definindo-o como um problema de saúde pública, propõe a realização de um plebiscito e de um amplo debate na sociedade.

**2007** – A Comissão de Seguridade Social e Família realiza, em 10 de abril, audiência pública com a participação do ministro da Saúde, que afirma:

“Fingir que [o aborto] não existe é uma atitude hipócrita (...) Se nós temos acesso à informação, à educação, e se os casais e as mulheres puderem ter acesso aos métodos contraceptivos, nós vamos ter uma situação em que eventualmente pode surgir uma situação como essa [aborto]. É o contrário do que existe hoje,

que por falta de informação e de acesso aos métodos, as mulheres se vêem numa situação de profunda solidão, sofrimento físico e psíquico, com uma culpa enorme, tendo de se colocar numa situação de extrema fragilidade que leva à morte, a seqüelas e a doenças. (...) Milhares de mulheres morrem todos os anos submetendo-se a abortos inseguros. Sei que é uma questão polêmica, que envolve aspectos morais, religiosos, psicológicos, mas diz respeito, fundamentalmente, à política de saúde.”

**2007** – A Comissão de Justiça e Cidadania do Senado aprova a realização do plebiscito sobre o aborto. Para ser encaminhada à Câmara Federal dos Deputados é preciso que a proposta seja aprovada também em plenário, mas ainda não há previsão sobre essa votação.

**2007** – Em entrevista coletiva, o presidente Lula declara que considera que a legislação sobre o aborto “não trata da veracidade dos acontecimentos no país”. “Como cidadão, sou contra o aborto. Como chefe de Estado, eu sou favorável a que o aborto seja tratado como uma questão de saúde pública. É preciso que o Estado dê atenção a pessoas que tiveram gravidez indesejada. Eu conheço casos de pessoas que perfuraram o útero com agulha de tricô. Eu conheço casos de pessoas que tomaram chá de caroço de abacate. Eu conheço casos de pessoas que colocaram fuligem para ver se abortavam. E essas pessoas terminavam morrendo. Se o Congresso quiser fazer um debate, se os partidos políticos, a sociedade civil, quiserem organizar um debate, todo debate será bem-vindo”, disse o presidente.

## Referências bibliográficas

ALLAN GUTTMACHER INSTITUTE, THE. Aborto Clandestino: uma realidade latino-americana. Apud. CORRÊA, S.; ANGELA, F. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. In Revista Estudos Feministas, Rio de Janeiro, v. 5, nº 2, 1997.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE. "A Autorização do Supremo Tribunal Federal para Antecipação Terapêutica de Parto em Caso de Anencefalia". Disponível em: <http://www.cnts.org.br/Anencefalia/antecipacaoterapeutica.htm>, acesso em: 07/05/2007.

HARDY, E. Y.; COSTA, G. Abortion experience among female employees of a Brazilian university (informe final ao Population Council). Apud. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004-2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Área Técnica de Saúde da Mulher. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documentos: Área Técnica de Saúde da Mulher: Balanço 1998-2002 – Aspectos Estratégicos, Programáticos e Financeiros. Brasília: março de 2003; e Relatório de Gestão 2003-2006. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília, 2007.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L. "Estimativas do Aborto induzido no Brasil e grandes regiões (1996 a 2005)". Instituto de Medicina Social/UERJ. Ipas Brasil. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, Caxambu, MG. Setembro de 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4ª ed. Genebra: WHO, 2004.