

Advocacy para o acesso ao aborto legal e seguro: semelhanças no impacto da ilegalidade na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em PERNAMBUCO, BAHIA, PARAÍBA, MATO GROSSO DO SUL e RIO DE JANEIRO



Março de 2011

Ficha Catalográfica na Fonte

S676a

Soares, Gilberta S.; Galli, Maria Beatriz; Viana, Ana Paula de A. L.

Advocacy para o acesso ao aborto legal e seguro: semelhanças no impacto da ilegalidade na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em Pernambuco, Bahia, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro. / [elaboração e execução do projeto Beatriz Galli...[et. al.]. Recife: Grupo Curumim, 2010.

60 p.: il

Inclui Bibliografia
978-85-63468-03-1

1. Aborto – Aspectos Sociais – Pernambuco – Bahia – Paraíba – Mato Grosso do Sul - Rio de Janeiro. 2. Mulheres – Saúde e Higiene – Pernambuco – Bahia – Paraíba – Mato Grosso do Sul - Rio de Janeiro. I. Galli, Beatriz.

CDD: 363.46080898134

CRÉDITOS:

Autoras da publicação: Gilberta S. Soares, Maria Beatriz Galli, Ana Paula de A.L. Viana

ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROJETO NOS ESTADOS

Maria Beatriz Galli (Ipas Brasil) e Ana Paula de A.L. Viana (Grupo Curumim) - Coordenação Geral

Mário Monteiro (IMS/UFRJ) - Consultoria na análise dos dados quantitativos

Agradecimentos: Leila Adesse (Ipas Brasil), Gillian Kane e Charlotte Hord Smith (Ipas)

PERNAMBUCO

Autores: Maria Beatriz Galli, Mario F. G. Monteiro, Ana Paula de A.L. Viana, Núbia Melo

Equipe do projeto

Paula Viana (Grupo Curumim) - Coordenação Local

Núbia Melo - Assessoria de Pesquisa e Metodologia

Kauara Rodrigues (CFEMEA) - Assessoria Parlamentar

Nataly Queiroz (Grupo Curumim) - Assessoria de Comunicação

Mário Monteiro (IMS/UFRJ) - Análise dos dados quantitativos

Alessandra Foelkel (Ipas Brasil) - Diagramação e Arte

PARAÍBA

Autoras: Socorro Borges, Cristina Lima e Gilberta S. Soares

Equipe do projeto

Lucia Lira (Cunhã – Coletivo Feminista) - Coordenação Local

Socorro Borges - Assessoria de Pesquisa e Metodologia

Adriana Pereira dos Santos - Assistente de Pesquisa

Mário Monteiro (IMS/UFRJ) - Análise dos dados quantitativos

Nataly Queiroz (Grupo Curumim) - Consultoria em Comunicação

Cristina Lima, Jô Vital e Iayna Rabay (Cunhã Coletivo Feminista) - Assessoria de Comunicação

Alessandra Foelkel (Ipas Brasil) - Diagramação e Arte

BAHIA

Autoras: Cecilia Simonetti, Maria Helena Souza e Maria José de Oliveira Araújo

Equipe do projeto

Maria José de Oliveira Araújo (IMAIS) - Coordenação Local

Cecilia Simonetti e Maria Helena Souza (IMAS) - Assessoria de Pesquisa e Metodologia

Kauara Rodrigues (CFEMEA) - Assessoria Parlamentar

Nataly Queiroz (Grupo Curumim) - Consultoria em Comunicação

Linda Bezerra e Perla Mayane Santos Ribeiro - Assessoria de Comunicação

Evanize Sydow (Ipas Brasil) - Revisão final

Alessandra Foelkel (Ipas Brasil) - Diagramação e Arte

MATO GROSSO DO SUL

Autoras: Alexandra Lopes da Costa, Nathalia Eberhardt Ziolkowski, Maria Beatriz Galli e Ana Paula de A.L. Viana

Equipe do projeto

Alexandra Lopes da Costa e Nathália Eberhardt Ziolkowski (AMB/MS) - Coordenação Local
Mario Monteiro (Ims/UERJ) - Consultoria de pesquisa
Nataly Queiroz (Grupo Curumim) - Consultoria em Comunicação
Ivanise Andrade - Assessoria de Comunicação
Leila Adesse e Evanize Sydow (Ipas Brasil) - Revisão final
Alessandra Foelkel (Ipas Brasil) - Diagramação e Arte

RIO DE JANEIRO

Autoras: Beatriz Galli, Ana Paula de A.L. Viana e Tizuko Shiraiwa
Equipe do projeto
Rogéria Peixinho (AMB/RJ) - Coordenação Local
Tizuko Shiraiwa - Assessoria de Pesquisa e Metodologia
Nataly Queiroz (Grupo Curumim) - Consultoria em Comunicação
Evanize Sydow (Ipas Brasil) - Assessoria de Comunicação
Mário Monteiro (IMS/UERJ) – Consultoria em Pesquisa
Alessandra Foelkel (Ipas Brasil) - Diagramação e Arte

Sumário

Resumo	7
Introdução	7
Objetivos	8
Metodologia	8
O aborto inseguro no Brasil: Reflexos da injustiça social na saúde pública.....	10
A conquista de marcos legais para garantia de direitos humanos das mulheres	13
Desigualdades entre regiões no Brasil e as conseqüências do aborto inseguro	15
O olhar sobre a realidade do abortamento por estado pesquisado	18
Pernambuco - Recife e Petrolina	18
Paraíba - João Pessoa e Campina Grande	20
Bahia - Salvador e Feira de Santana	23
Mato Grosso do Sul - Campo Grande e Corumbá	26
Rio Janeiro - Rio de Janeiro, Nova Iguaçu e Duque de Caxias.....	30
Uma fotografia do cotidiano do atendimento	33
Lacunas no Sistema de Referência e Contra-referência	33
Sobre a infra-estrutura	34
Norma Técnica e método da interrupção: A quantas anda o uso da AMIU?.....	36
Planejamento Reprodutivo pós-aborto	36
Espera, fome, ausência de informação, falta privacidade, desconforto... Atendimento desumano	37
Criminalização das mulheres e a presença de valores religiosos no atendimento.....	40
E as mulheres, o que sentem?	42
Considerações finais	43
Recomendações para as Autoridades Competentes.....	44
Recomendação Final	46
Bibliografia	46
Anexo 1	49
Quadro: Maternidades pesquisadas e atuação de parlamentares nos estados/municípios estudados	49
Anexo 2.....	50
RELATÓRIO DE COMUNICAÇÃO	50

Resumo

A publicação tem o objetivo de oferecer um panorama da realidade do aborto inseguro no Brasil a partir da reunião de dados de levantamentos sobre a magnitude do abortamento inseguro e o impacto de sua ilegalidade na saúde das mulheres e na qualidade da atenção à saúde reprodutiva em cinco estados brasileiros: Pernambuco, Bahia e Paraíba, na região Nordeste, Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste e Rio de Janeiro na Sudeste. A metodologia utilizada mesclou dados quantitativos e qualitativos. De forma geral, a situação da assistência ao abortamento é semelhante nos vários estados pesquisados, persistindo uma assistência desumanizada que discrimina e estigmatiza, penalizando as mulheres que abortam. Os dados referentes à Bahia e ao Mato Grosso do Sul, estados com alto percentual de mulheres negras e indígenas, respectivamente, enriqueceram o trabalho, demonstrando como os marcadores de raça/etnia e classe social relacionam a problemática da clandestinidade do aborto à vulnerabilidade dos grupos sociais; tornando-o um problema também de justiça social.

Introdução

Essa publicação tem o objetivo de oferecer um panorama da realidade do aborto inseguro no Brasil a partir do levantamento de dados sobre a magnitude do abortamento inseguro e o impacto da ilegalidade na saúde das mulheres e na qualidade da atenção à saúde reprodutiva em cinco estados brasileiros: Pernambuco, Bahia e Paraíba, na região Nordeste, Mato Grosso do Sul, na região Centro Oeste e Rio de Janeiro na Sudeste.

A proposta traz dados quantitativos que apontam as estimativas do número de abortamentos nos estados a partir das internações para tratamento de abortamento nos serviços públicos de saúde, sendo estes avivados pelas observações das pesquisadoras, depoimentos de profissionais de saúde e relatos das vivências das mulheres nos serviços de saúde.

O trabalho foi realizado nos estados através da elaboração de dossiês sobre o aborto inseguro com objetivo de visibilizar a assistência ao abortamento e denunciar as violações de direitos humanos, como problemas de acesso, má qualidade da atenção, preconceito e discriminação com as mulheres em processo de abortamento. As informações produzidas tiveram o objetivo de contribuir para as ações de advocacy nos estados e no país em prol de mudanças no campo do legislativo e na melhoria da assistência ao abortamento oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Procurou-se apresentar as evidências de que o abortamento representa um grave problema de saúde pública e de justiça social, de grande repercussão e com complexa cadeia de aspectos, envolvendo questões éticas e legais. A proposta visa subsidiar e aprofundar o debate político sobre a necessidade de revisão da atual legislação penal sobre o aborto no Brasil. Além disso, pretende contribuir para qualificar a atenção ao abortamento, diminuindo o estigma e estimulando os profissionais, independente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres. Também se pretende, chamar a atenção do poder público para a sua responsabilidade pela garantia de direitos.

O trabalho vem sendo desenvolvido pelo Ipas Brasil e Grupo Curumim, em parceria com organizações de mulheres nos estados. A ação faz parte do conjunto de estratégias, articuladas nacionalmente através da coalizão Jornadas pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro, desenvolvidas a partir de ações locais nos estados, em parceria com a

Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS) e Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB). A elaboração dos dossiês contou com a colaboração de Mário Monteiro, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que sistematizou dados quantitativos sobre a dimensão do aborto nos estados, disponíveis no sistema de informação do SUS.

Espera-se que este levantamento contribua para fortalecer o compromisso de gestores públicos, parlamentares, profissionais de saúde, de comunicação, operadores do direito, integrantes de movimentos sociais, assim como para florescer o compromisso de novos indivíduos e sujeitos sociais com a mudança da preocupante realidade do abortamento no Brasil.

Objetivos

- Contribuir para dar visibilidade ao aborto inseguro como uma questão de direitos humanos das mulheres e saúde pública, abordando a assistência ao aborto na perspectiva dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos;
- Gerar debates sobre a realidade do abortamento inseguro e o impacto da ilegalidade na saúde e vida das mulheres e nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Produzir fundamentação teórica e empírica, a fim de contribuir para o desenho e implementação de políticas públicas eficazes, elaborando recomendações para subsidiar as ações de parlamentares e gestores públicos;
- Sensibilizar representantes dos poderes legislativos e executivos, gestores públicos, profissionais de saúde, instâncias de controle social, movimentos sociais e a sociedade em geral para as questões que envolvem o abortamento inseguro;
- Subsidiar ações de advocacy em prol da mudança da legislação restritiva e punitiva brasileira, fortalecendo a articulação e mobilização de diversos segmentos sociais, incluindo os parlamentares e gestores públicos.

Metodologia

Os dossiês foram elaborados nos estados, utilizando uma metodologia similar, resguardando as particularidades definidas pelo grupo local, relacionadas às diferentes conjunturas. Foram levantados dados em cinco estados: na capital e em município de grande porte, como Recife e Petrolina (PE); Salvador e Feira de Santana (BA); João Pessoa e Campina Grande (PB); Campo Grande e Corumbá (MS); Rio de Janeiro, Duque de Caxias e Nova Iguaçu (RJ), entre 2008 e 2010 (ver anexo 1). O critério de escolha dos municípios baseou-se nas capitais e nos municípios de maior porte em cada estado. A escolha das maternidades e hospitais em cada município foi relacionada à existência de elevado volume de internações por abortamento, assim como pela maior disponibilidade para o acesso aos dados, a abertura política dos gestores locais e compreensão da importância do projeto.

A metodologia reuniu três dispositivos de pesquisa: consulta a fontes secundárias do DATASUS e pesquisas acadêmicas; visitas às maternidades e hospitais selecionados em cada cidade e entrevistas diretas, com roteiro semi-estruturado, com mulheres que se submeteram aos procedimentos de abortamento, profissionais de saúde e gestores. Em Salvador, foram acessados depoimentos de familiares de mulheres que foram a óbito por aborto, em relatórios de pesquisas realizadas pelo Programa de Estudos em Gênero e Saúde do Instituto de Saúde

As informações secundárias foram coletadas em estudos e pesquisas publicadas sobre a situação do parto e do aborto e de internações e mortes ocasionadas por aborto, através de consulta ao Sistema de Informação em Saúde/SIS/ SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde, sobretudo dos subsistemas: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH), nas secretarias de saúde dos estados e de municípios e nos relatórios dos Comitês Estaduais de Prevenção e Controle da Morte Materna.

No Mato Grosso do Sul, a localização fronteiriça com Bolívia e Paraguai tornou necessário um olhar sobre as especificidades da configuração da tríplice fronteira. Também nesse estado, buscaram-se informações relativas à população indígena, haja vista que esse é o segundo estado com maior população indígena do país e de usuárias indígenas nos serviços públicos. A equipe de pesquisa deparou-se com maior dificuldade de acesso aos dados, visto que os órgãos vetaram o acesso sob alegação de que os dados solicitados estavam disponíveis em bancos públicos e acessíveis pela internet (DATASUS) ou afirmando que o sistema burocrático impossibilitava a sua obtenção. As questões étnico-raciais também balizaram o olhar das pesquisadoras na Bahia, que enfatizaram o recorte racial, com foco na situação de saúde das mulheres negras, tendo sido inevitável o encontro com essa realidade como uma das consequências do racismo.

O pesquisador Mário Monteiro, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado Rio de Janeiro (IMS/ UERJ), colaborou com os dossiês, analisando os dados quantitativos dos diferentes estados, disponíveis no DATASUS, e fazendo estimativas a partir das internações por abortamento, utilizando o método proposto pelo Instituto Alan Guttmacher (EUA, 1994).

As maternidades foram visitadas pela equipe da pesquisa para observação e análise da assistência às mulheres em processo de abortamento e para realização de entrevistas com usuárias e profissionais de saúde. A metodologia previu uma visita às maternidades por comitiva com representantes do movimento feminista e de parlamentares e/ou assessoria para confrontar dados, promover ação de advocacy e sensibilizar gestores e parlamentares. As visitas foram precedidas de intensa ação de assessoria de imprensa para garantir a divulgação das mesmas, criando um fato político. No estado da Paraíba, não foi possível garantir o envolvimento de parlamentares devido à realidade local das bancadas estadual e federal com pouca abertura e interesse nos temas relacionados à saúde da mulher e direitos reprodutivos.

No estado do Mato Grosso do Sul, apenas um deputado estadual recebeu as pesquisadoras em seu gabinete para apresentação dos resultados do levantamento. Infelizmente, não foi possível a realização de audiência pública sobre o tema na Assembléia Legislativa desse estado. A divulgação dos dados do levantamento na mídia local foi feita por ocasião do julgamento de profissionais de saúde acusadas de participar da realização de abortos ilegais em uma clínica de Planejamento Familiar.

Os dados qualitativos possibilitaram evidenciar a experiência das usuárias em processo de abortamento nos serviços, descortinando a trama do atendimento e o estigma que envolve as diferentes práticas profissionais e apresentando indicadores de desumanização a partir das falas das mulheres e dos profissionais de saúde. Além de entrevistas, foram realizadas observações em serviço, possibilitando maior conhecimento do percurso das mulheres nos serviços e da assistência recebida. No estado da Paraíba, foram utilizados dados coletados para

estudos anteriores, sobretudo, o registro em diário de campo, oriundos de observação de cunho etnográfico.

O aborto inseguro no Brasil: Reflexos da injustiça social na saúde pública

A situação de restrição legal do aborto no Brasil ¹ dificulta a compreensão da complexidade do tema, que envolve questões legais, econômicas, sociais, psicológicas, éticas, de gênero e raça, impactando diretamente na vida e na autonomia das mulheres, assim como a visibilização de sua real dimensão. Apesar da criminalização, mulheres de todas as classes sociais, níveis de escolaridade, raça/etnia, religiões e das faixas etárias do período reprodutivo recorrem ao aborto praticado de forma insegura (DINIZ & MEDEIROS, 2010).

No entanto, as consequências da prática clandestina variam de acordo com a inserção social, produzindo maiores riscos à vida de mulheres pobres, negras, jovens, com baixa escolaridade e pouco acesso a serviços de saúde de qualidade, tornando-o uma questão de justiça social no Brasil (MONTEIRO & ADESSE, 2007). Na Bahia, os indicadores de mortalidade materna² confirmam o caráter perverso da criminalização do aborto como fator de sustentação das injustiças sociais, alimentadas pela associação entre as discriminações de gênero, raça e vulnerabilidade sócio-econômica. Em Salvador, município com 82% da população feminina negra, o abortamento inseguro foi a principal causa de mortalidade materna durante toda a década de 1990, diferentemente das demais capitais brasileiras, cuja primeira causa eram as hipertensões (SIMONETTI et al, 2008).

A maior vulnerabilidade das mulheres jovens relaciona-se ao fato de que muitas adolescentes e jovens não têm recursos materiais nem informação adequada. Sofrem os efeitos de tabus, mitos e crenças morais e religiosas que cercam a sexualidade, causando vergonha e dificultando a procura por serviços de planejamento reprodutivo e prevenção a DSTs e AIDS. Além disso, costumam ter menos poder nas relações com os homens, sobretudo quando são muito mais jovens, tendendo a sofrer abandono e exclusão social frente a uma gravidez inesperada, ao abortamento e às possíveis complicações decorrentes destes (MENEZES & AQUINO, 2001).

É sabido que a criminalização não leva à eliminação ou redução de abortos provocados, além de aumentar consideravelmente os riscos de morbidade feminina, da esterilidade e de mortalidade materna.

Conforme dados da Federação Internacional de Planejamento Familiar (2007), divulgados no relatório *Muerte y negación: aborto inseguro y pobreza*, as mulheres mais prejudicadas com o aborto clandestino residem nos países mais pobres do globo, com índices de mortalidade materna, em decorrência de abortos inseguros, maiores que os países em desenvolvimento. Segundo o documento, na América Latina, o índice gira em torno de 17 milhões de abortos inseguros, enquanto o Brasil é responsável por 9,5% das mortes maternas.

Pesquisas apontam para a existência de uma relação direta entre restrições legais ao aborto e o alto número de mortes maternas e sequelas em consequência do aborto inseguro, pois a proibição faz com que o procedimento

¹ O aborto é considerado crime pelo Código Penal brasileiro de 1940, exceto quando a gravidez provoca risco de morte para mulher ou quando é resultante de estupro. Atualmente, existe a possibilidade de solicitar autorização judicial para os casos de má formação fetal incompatível com a vida extra-uterina.

² Os indicadores de mortalidade e morbidade são usados para avaliar as condições de saúde de uma população.

seja realizado em condições inseguras. Na África do Sul, após o aborto ser legalizado em 1996, as taxas de morte materna foram reduzidas em 91% em apenas cinco anos. Na Romênia, quando o aborto foi proibido, as mortes por aborto aumentaram³. Quando as restrições legais foram removidas, o país experimentou uma redução drástica no número de mortes resultantes de aborto. As experiências registradas nos países onde o aborto foi legalizado revelam, na maioria das vezes, que a existência de políticas públicas de planejamento reprodutivo irrestrito e de serviços de aborto legal, junto à garantia de educação sexual e informação promove significativa redução das taxas de abortamento.

Pesquisa realizada em Uganda, na África, demonstrou que tratar das complicações de aborto inseguro em hospitais pode custar 10 vezes mais do que oferecer procedimentos de interrupção voluntária da gravidez em unidades de atenção primária (BART JOHNSTON, GALLO AND BENSON, 2007).

A Organização Mundial de Saúde aponta que 21% das mortes maternas (cerca de seis mil/ano) na América Latina têm como causa as complicações decorrentes do aborto inseguro, sob a responsabilidade de leis restritivas ao aborto (RFS, 2001). No Brasil, a mortalidade materna permanece entre as 10 primeiras causas de mortalidade da população feminina entre 10 e 49 anos (BRASIL, 2009). Nas três últimas décadas, houve um importante declínio da mortalidade infantil e uma queda da fecundidade das mulheres, resultando num número menor de nascimentos e, portanto, uma demanda menor por leitos obstétricos. Entretanto, a mortalidade materna manteve-se em patamares considerados elevados (LAURENTI et al, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), o aborto é a quarta causa de mortes maternas no país devido a hemorragias e infecções. Pesquisa realizada por Laurenti et al (2003), em todas as capitais e no Distrito Federal, permitiu a identificação de fator de correção de 1,4 a ser aplicado à razão de mortes maternas, evidenciando valor corrigido de 74 óbitos/100.000 nascidos vivos no país, devido à sub-notificação. Diferentemente do que ocorre em alguns países onde o aborto está previsto na lei e a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por esta causa é reduzida ou inexistente. Entre 1995 e 2000, estatísticas de vários países europeus mostraram RMM inferiores a 10 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos, com o abortamento sendo realizado em condições seguras, não se constituindo como importante causa de óbito (ALEXANDER et al., 2003).

Tem-se observado, nas últimas décadas, uma tendência de declínio da taxa de mortalidade por aborto no Brasil, apesar da sub-notificação desses óbitos, o que pode ser atribuído a disseminação do misoprostol para indução medicamentosa da interrupção da gravidez, a queda da fecundidade e a ampliação do acesso a métodos contraceptivos⁴. Todavia, verifica-se um decréscimo da média de idade das mulheres que foram a óbito e a permanência de desigualdades regionais, com menor redução dessas razões nos estados nordestinos. É também nesta região onde as mortes por causa do abortamento adquirem mais importância entre as causas de morte materna (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2003).

Em 1994, The Alan Guttmacher Institute (1994) publicou os resultados de uma importante investigação sobre

³ Nos países como a África do Sul e a Romênia, que legalizaram o aborto, as mulheres pararam de morrer. (Fontes: Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice Termination of Pregnancy Act, South African Medical Journal, 2005; Commentary: The public health consequences of restricted induced abortion – Lessons from Romenia, American Journal of Public Health, 1992).

⁴ Especialmente, a larga distribuição de anticoncepcionais orais e injetáveis e condons masculinos.

aborto inseguro na América Latina, incluindo o Brasil, com repercussão nacional e internacional. O estudo foi significativo por desenvolver uma metodologia para cálculo de estimativas de números de abortos a partir dos dados oficiais de internação hospitalar nos serviços públicos de saúde. Para 1991, estimou um total de 1.443.350 abortamentos inseguros no Brasil, e uma taxa anual de 3,65 abortamentos por 100 mulheres de 15 a 49 anos.

Além de ser a causa provável de óbitos, a clandestinidade dificulta desde o diagnóstico médico até o registro adequado do aborto induzido nos prontuários (RFS, 2005). Estima-se que ocorram anualmente, no Brasil, entre 729 mil e 1,25 milhão de abortamentos inseguros, de acordo com a pesquisa Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social (MONTEIRO e ADESSSE, 2007), baseada nos dados de internação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2005. Na mesma pesquisa, os autores estimaram uma média de 1.054.2431 abortamentos inseguros por ano no Brasil (MONTEIRO e ADESSSE, 2007).

A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA)⁵ levantou dados sobre aborto no Brasil urbano, em 2010, através de levantamento por amostragem aleatória de domicílios. A pesquisa combinou duas técnicas de sondagem - técnica de urna e questionários preenchidos por entrevistadoras - em uma amostra estratificada de 2.002 mulheres alfabetizadas com idades entre 18 e 39 anos em 2010. A PNA indica que o aborto é tão comum no Brasil que, ao completar 40 anos, mais de uma em cada cinco mulheres já fez aborto. Tipicamente, o aborto é feito nas idades que compõem o centro do período reprodutivo feminino, isto é, entre 18 e 29 anos, e é mais comum entre mulheres de menor escolaridade, fato que pode estar relacionado a outras características sociais das mulheres com baixo nível educacional (DINIZ e MEDEIROS, 2010). A religião não é um fator importante para a diferenciação das mulheres no que diz respeito à realização do aborto. Refletindo a composição religiosa do país, a maioria dos abortos foi feita por católicas, seguidas de protestantes e evangélicas e, finalmente, por mulheres de outras religiões ou sem religião (DINIZ e MEDEIROS, 2010).

O uso de medicamentos ⁶ para a indução do último aborto ocorreu em metade dos casos. Considerando que a maior parte das mulheres é de baixa escolaridade, é provável que para a outra metade das mulheres, que não fez uso de medicamentos, o aborto seja realizado em condições mais arriscadas (DINIZ e MEDEIROS, 2010). Isso significa procedimentos realizados sem assistência adequada, sem nenhuma segurança e em ambientes sem os mínimos padrões sanitários, com possibilidades de complicações pós-aborto, como hemorragia, infecção, infertilidade e morte. Com uso de medicamento ou através de métodos mais arriscados parte dos casos chega às maternidades públicas como abortamento incompleto ou abortamento infectado. As internações pós-aborto contabilizadas pela PNA foram elevadas, ocorrendo em quase a metade dos casos.

Levantamento realizado por Araújo e Adesse (2007) demonstrou o aumento do uso do misoprostol por adolescentes e mulheres adultas para indução do aborto. Este medicamento, indicado para problemas gástricos e mais recentemente liberado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA ⁷) para uso hospitalar em obstetrícia, vem reduzindo o número de abortos infectados, afirmação reiterada por profissionais entrevistadas/os durante visitas aos serviços de saúde na Bahia.

⁵ Realizada pela Universidade de Brasília (UNB) em parceria com o Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (ANIS), financiada pelo Fundo Nacional de Saúde.

⁶ O misoprostol, conhecido como Cytotec®, é referido, pelos autores da PNA, como o medicamento mais utilizado para a indução da interrupção da gravidez.

⁷ Ver portaria da ANVISA nº 344/98

Dados do DATASUS demonstram que a curetagem pós-abortamento (CPA) é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nos serviços de internação do SUS do país, ocorrendo cerca de 220 mil internações para assistência ao aborto, em 2007, com ou sem complicações (BRASIL, 2007). Percebe-se um decréscimo neste número, visto que a Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Mortalidade Materna (2001) registrou 250 mil internações por ano. A curetagem após aborto foi a cirurgia mais realizada no Sistema Único de Saúde (SUS) entre 1995 e 2007, segundo levantamento do Instituto do Coração (InCor), da Universidade de São Paulo ⁸ (TOLEDO, 2010).

A Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) é um procedimento instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil e recomendado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A portaria nº 569/2000 do Ministério da Saúde estabeleceu a AMIU como o procedimento mais humanizado e eficaz para tratamento do abortamento incompleto. A portaria nº 48/2001 (de inclusão na tabela do SUS) define como o procedimento de menor tempo de internação (tempo médio de 6 horas de ocupação de leito obstétrico) e com menores riscos para as usuárias, a um custo médio de R\$ 129,57 por internação nos estados da Paraíba, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul. Comparativamente, a CPA é um procedimento de média complexidade, que exige anestesia, envolve maior risco de infecção, maior tempo de internação (média 36 horas), tem um custo médio de R\$ 189,95, o que onera o SUS e obriga a mulher a permanecer mais tempo no serviço.

Se adotada como procedimento de rotina, a técnica de AMIU garantiria alta eficácia no esvaziamento uterino, menor tempo de permanência das mulheres no hospital, menor necessidade de recursos para controle da dor, menor incidência de complicações, entre outros benefícios. O impacto de uma CPA na vida da mulher é maior em termos de risco para a sua saúde, afastamento da família e do trabalho, assim como os custos que representa para o sistema de saúde. Os custos para o SUS podem ser estimados, levando-se em consideração a diferença do valor de cada procedimento, somado a quantidade de dias que a mulher fica internada para a espera da realização do mesmo, onerando o sistema com a ocupação de leitos, custos com alimentação, medicação e disponibilidade de profissionais de saúde.

A conquista de marcos legais para garantia de direitos humanos das mulheres

A legalização do aborto e acesso aos serviços de forma digna estão inseridos na agenda do movimento feminista como parte da luta pela assistência integral à saúde da mulher nas últimas três décadas. A assistência tem sido monitorada nos últimos anos pelo movimento feminista, por pesquisadoras/es e gestores comprometidos com a melhoria da atenção ao aborto no Brasil.

Acordos internacionais firmados em conferências da ONU contribuíram para impulsionar a adoção de políticas de saúde sexual e reprodutiva no país e o debate sobre a necessidade de revisar a legislação punitiva do aborto no Brasil, no contexto dos direitos humanos das mulheres. A Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW, 1998), em 1984, foi um marco para a defesa dos direitos humanos das mulheres, respaldando a ação política dos movimentos de mulheres em uma época em que muitos países latinos conquistavam o regime democrático após as ditaduras militares. Em 1993, a Conferência Internacional de

⁸ http://www.ccr.org.br/a_noticias_detalhes.asp?cod_noticias=10790

Direitos Humanos, em Viena, colaborou para pautar os direitos das mulheres como parte indivisível dos direitos humanos e comprometer os países signatários. O Comitê que supervisiona a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher estabeleceu na Recomendação Geral 24 que: “Quando possível, a legislação criminalizando o aborto deve ser modificada, para retirar as medidas punitivas impostas às mulheres que realizaram aborto” (COMITÊ CEDAW, 1998).

O Comitê CEDAW, em julho de 2007, recomendou ao governo brasileiro que “continue com os esforços para melhorar o acesso das mulheres aos serviços de saúde sexual e reprodutiva” e que “apresse a revisão da legislação que criminaliza o aborto, visando à remoção das provisões punitivas impostas às mulheres que realizam a interrupção da gravidez, de acordo com a Recomendação Geral 24 sobre saúde das mulheres e com a Plataforma de Ação de Pequim” (COMITÊ CEDAW, 2007).

As recomendações da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994, e da Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), em Pequim, no ano de 1995, e as versões +5, consolidaram os conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais no cenário internacional. Os documentos internacionais originados nestas conferências, o Programa de Ação do Cairo e a Plataforma de Ação de Beijing, são diretrizes para ações governamentais na área da saúde sexual e reprodutiva. O parágrafo 8.25 do relatório da CIPD diz que “nos casos em que o aborto não é contrário a lei, sua prática deve ser realizada em condições adequadas” (RFS, 2003). O parágrafo 106 K da Plataforma de Ação de Beijing, de 1995, dispõe que “os governos devem considerar revisarem as leis que contêm medidas punitivas contra mulheres que realizaram abortos ilegais”.

Estas conferências respaldaram a construção da Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (BRASIL, 2005a) do Ministério da Saúde e da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999 e 2005b), que instituiu a oferta do aborto previsto em lei pelo SUS e da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005c).

Dando seqüência a uma recomendação da I Conferência de Políticas Públicas para as Mulheres, em 2004, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) instalou uma Comissão Tripartite, composta por representantes da sociedade civil, do governo e do legislativo, com o objetivo de apresentar uma proposta de revisão da legislação penal sobre o aborto no Brasil. A Comissão Tripartite elaborou uma proposta de anteprojeto de lei para descriminalizar e legalizar a interrupção voluntária da gravidez no Brasil, que deveria ser encaminhada ao Congresso Nacional pela Presidência da República.

As fortes pressões da Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB) levaram o Poder Executivo a recuar. No entanto, a partir da pressão dos segmentos que lutam pela mudança da lei, a proposta da Comissão Tripartite foi entregue a deputada Jandira Feghali pela ministra Nilcéa Freire (SPM). A deputada foi escolhida pelo fato de ter assumido a relatoria do conjunto de projetos que propunham alteração do Código Penal, pendentes desde 2001. A deputada apresentou um substitutivo ao Projeto de Lei (PL) 1135/91, com base na proposta da Comissão Tripartite, com parecer favorável à aprovação de todas as propostas a favor do direito de decidir sobre a interrupção da gravidez e rejeição dos projetos restritivos.

Em 2008, o PL 1135/91, que incorporou o conteúdo do anteprojeto da Comissão Tripartite, foi posto em debate

em audiências públicas, tendo sofrido inúmeros ataques de setores religiosos, organizados em bancadas de parlamentares no Congresso Nacional, que conseguiram derrotá-lo na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e na Comissão de Constituição e Justiça.

Forças políticas conservadoras atuam para impedir avanços no Legislativo e nas políticas públicas em matéria de direitos sexuais e direitos reprodutivos, colocando obstáculos ao acesso das mulheres ao aborto previsto em lei e criando medidas de controle das liberdades sexuais e reprodutivas.

Em maio de 2010, a CSSF aprovou o projeto 478/07 que dispõe sobre a proteção ao nascituro. O projeto versa sobre os seres humanos não nascidos ou embriões concebidos ou, na fertilização in vitro, antes da sua transferência para o útero, conferindo-lhes a mesma proteção jurídica dos seres humanos, em particular de crianças e adolescentes.

Na América Latina em geral, apesar de avanços, como a descriminalização do aborto no Distrito Federal mexicano, a maioria dos países adota uma posição intermediária entre a completa proibição e a permissão, geralmente, admitindo o aborto quando a gravidez representa risco de morte para a gestante, risco à saúde, ou em casos de estupro.

O resultado da proibição legal ao aborto é desastroso, pois condena contingentes de mulheres a optar por métodos inseguros para a sua realização em condições adversas que representam riscos para a saúde e podem levar a seqüelas físicas e psicológicas.

A superação de todos os problemas relativos ao abortamento inseguro no Brasil, como as sequelas e mortes de mulheres dele decorrentes, só será possível com a revisão da lei penal que criminaliza o aborto.

Desigualdades entre regiões no Brasil e as conseqüências do aborto inseguro

O abortamento inseguro no contexto de clandestinidade afeta as mulheres de forma desigual, de acordo com suas condições econômicas, localização geográfica, grau de escolaridade, raça e idade (GALLI et al, 2005). Além disso, o nível de estruturação do sistema de saúde pode gerar variações nos índices de aborto e de mortalidade materna por aborto nas diferentes regiões brasileiras, sendo maiores os índices nas regiões Norte e Nordeste (VALONGUEIRO, 2007).

A pesquisa Magnitude do aborto no Brasil (MONTEIRO & ADESSE, 2007) aponta o impacto desproporcional da criminalização do aborto em grupos de mulheres mais vulneráveis, que vivem nas regiões mais pobres do país. A pesquisa desagregou os números de internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS, por grandes regiões do Brasil e por faixa etária.

Os estados das regiões Sudeste (menos Rio de Janeiro), Sul e Centro-Oeste (menos Distrito Federal) apresentam taxas inferiores a 20,4 abortamentos para cada grupo de 1000 mulheres de 10 a 49 anos. Nos estados do Norte (menos Rondônia) e Nordeste (menos Rio Grande do Norte e Paraíba) estas taxas são maiores que 21,1/1000 (assim como o Rio de Janeiro) e chegam a mais de 40 abortamentos por 1000 mulheres, de 10 a 49 anos, no

Mapa 1

Estimativa das taxas anuais de aborto induzido por 1000 mulheres de 15 a 49 anos



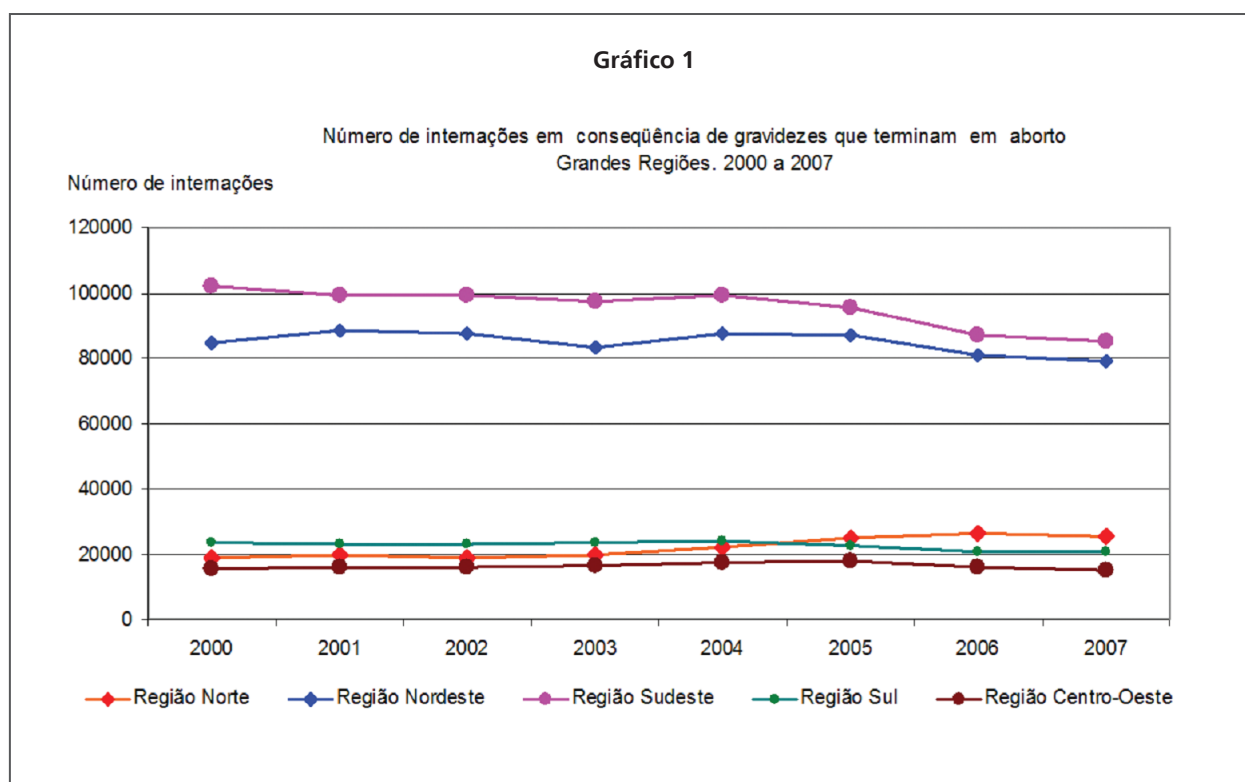
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

De modo mais detalhado, observam-se as maiores taxas no Amapá (47,7 por mil), Roraima (39,0 por mil) e Sergipe (30,4 por mil) e as taxas mais baixas no Rio Grande do Sul (13,2 por mil), Goiás (12,9 por mil), Rio Grande do Norte (12,5 por mil) e Paraná (11,3 por mil).

Dos estados pesquisados, o maior índice de abortamento induzido aparece na região Nordeste, no estado da Bahia (24,3/1000), depois no Rio de Janeiro (20,9/1000), que foge a regra da região sudeste, seguido de Pernambuco (19,6 /1000) e Paraíba (19,6/1000) e do Mato Grosso do Sul (13,8/1000).

Nas duas maiores regiões do Brasil, Sudeste e Nordeste, há uma tendência de diminuição do número de internações por aborto, bem marcada a partir de 2004. Nas regiões Sul e Centro-Oeste, a série histórica termina praticamente com o mesmo número de internações realizadas no início da série em 1998, no entanto na região Norte há um nítido aumento entre 2000 e 2007 (Gráfico 1).

Uma das causas da redução pode ser o aumento da cobertura dos métodos anticoncepcionais entre 1996 e 2006, que, provavelmente, diminuiu o número de gravidezes indesejadas, como demonstra a Pesquisa Nacional



A despeito dos inúmeros problemas que persistem em relação à política de planejamento reprodutivo nos municípios, no que concerne à oferta e à diversidade dos métodos e à promoção de ações educativas que garantam a informação e norteiem a escolha, é inegável que houve avanços, particularmente, no que diz respeito ao quantitativo de métodos anticoncepcionais distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde.

Quando se trata de percentagem de internações por abortamento em menores de 20 anos, as diferenças regionais se confirmam com taxas de 24,7% no Pará, 23,6% no Maranhão, 20,1% em Pernambuco, 15,7% em Santa Catarina, 14,8% no Rio Grande do Sul e 14% no Distrito Federal, no ano de 2007.

Entre as complicações do aborto, o choque hemorrágico é o mais grave, e representa cerca de 2/3 das internações por complicações do aborto na região Nordeste, enquanto na região Sul é de apenas 1%, demonstrando que o choque pode ser evitado e sua participação nas complicações do aborto reduzida, se o abortamento for realizado em condições seguras ou o atendimento ao abortamento inseguro for eficiente.

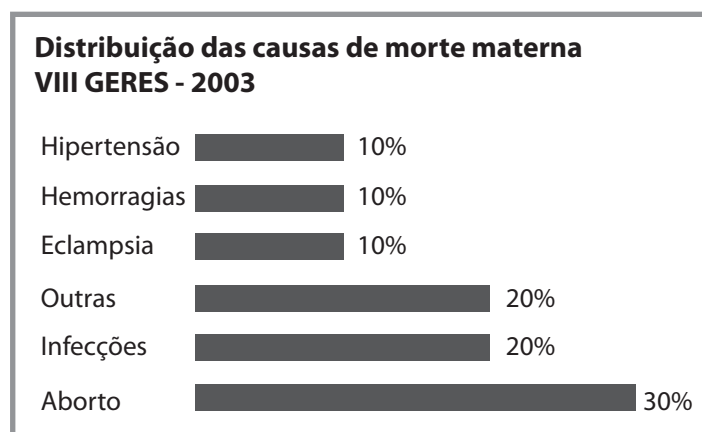
A pesquisa GRAVAD (HEILBORN, 2006), realizada com 4.634 moças e rapazes de 18 a 24 anos, em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, analisou a vulnerabilidade das jovens diante da gravidez, sobretudo quando o desfecho é um aborto, de acordo com as cidades em que residiam. O estudo revelou que as moças baianas relataram mais frequentemente ter realizado um aborto alguma vez na vida (10,5%), assim como os rapazes, referindo-se à gravidez das parceiras (19%). Estes valores são maiores que os declarados pelos jovens gaúchos (3% pelas moças e 7,2% pelos rapazes) e cariocas (7,2% pelas moças e 10,2% pelos rapazes). As experiências de gravidez e aborto citadas pelas jovens de Salvador estiveram marcadamente associadas à sua origem social. Foram estas jovens que relataram menor uso de contraceptivos à época da gravidez e, na capital baiana, os serviços de saúde foram menos citados como fonte de informação sobre gravidez e contracepção.

O olhar sobre a realidade do abortamento por estado pesquisado

Pernambuco - Recife e Petrolina

Em Pernambuco ⁹, o levantamento foi realizado no Recife, capital do estado, e na cidade de Petrolina, por ser sede da VIII Gerência Regional de Saúde (GERES) em uma das microrregiões do estado com os maiores riscos de aborto induzido. Em 2003, o abortamento foi primeira causa de morte materna na VIII GERES, conforme Gráfico 2.

Gráfico 2



Fonte: Mortalidade Materna em Pernambuco – uma estimativa por mesorregiões.

No Recife e em Petrolina, embora se verifique uma redução do número de mortes maternas em consequência do abortamento no período estudado (2003 a 2007), chama atenção que 100% dos casos analisados pelos Comitês Estadual e Municipal de Estudo sobre a Mortalidade Materna poderiam ser evitados, o que denuncia a gravidade da violação dos direitos a vida, a saúde e a viver livre de morte materna evitável.

O Comitê de Pernambuco e o Comitê municipal do Recife tem feito o esforço de driblar a subnotificação para melhorar a qualidade da informação. Ao analisar os eventos e procedimentos adotados, o comitê tem conseguido resgatar informações que permitem desnudar a verdadeira causa do óbito, descobrindo, entre outras, o aborto. Entre os anos de 2003 a 2007, aproximadamente, 85% das internações obstétricas ocorridas em Pernambuco foram para assistência ao parto, dos quais 19,7% foram cesáreas. O abortamento contribuiu com 9,7% das demais internações.

Tabela 1

AIH pagas por ano de competência, para partos normais, partos cesáreos e abortamentos, por local de internação - Período: 2003/2007

Procedimento Obstétrico	Pernambuco	%	Petrolina	%	Recife	%
Total	698.858		25.751		108.338	
Partos normais	455.739	65,2	16.230	63,0	60.650	56,0
Partos cesáreos	137.948	19,7	3.909	15,2	23.115	21,3
Abortamentos	67.943	9,7	3.890	15,1	14.080	13,0
Outras intervenções obstétricas (Grupo35)	2.386	0,4	106	0,4	639	0,6
Outras intervenções obstétricas (Grupo69)	34.842	5,0	1.616	6,3	9.854	9,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2003 a 2007

⁹ Informações foram condensadas a partir do Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro em Pernambuco: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres nos serviços de saúde de Recife e Petrolina, de Beatriz Galli, Ana Paula Viana, Mario F. G. Monteiro e Núbia Melo.

Segundo dados da Gerência de Saúde da Mulher da Prefeitura de Recife, em 2007, foram realizadas 1.835 internações para procedimentos obstétricos relacionados ao abortamento nas três maternidades municipais. Dados do SIH-DATASUS indicam que no mesmo período foram internadas 2.442 mulheres para procedimentos do abortamento na cidade do Recife. Logo, contando-se com as internações na rede complementar, pode-se deduzir que mais de 75% das internações obstétricas para procedimentos do abortamento ocorrem na rede pública municipal.

Recife apresenta um elevado risco de abortamentos entre adolescentes, comparado com municípios como Porto Alegre, Brasília e Belo Horizonte. O percentual encontrado foi de 20,1% de abortamento induzido entre jovens abaixo de 20 anos, enquanto no Rio Grande do Sul e Distrito Federal não chegaram a 15%. Em 2009, houve um aumento da taxa de mortalidade materna por aborto e o Comitê Municipal de Estudo sobre a Mortalidade Materna do Recife constatou a ocorrência de cinco mortes de jovens por aborto inseguro.

A taxa de aborto induzido por 100 mulheres de 15 a 44 anos varia de acordo com a região do estado, sendo que as maiores taxas estão marcadamente presentes no interior do estado.

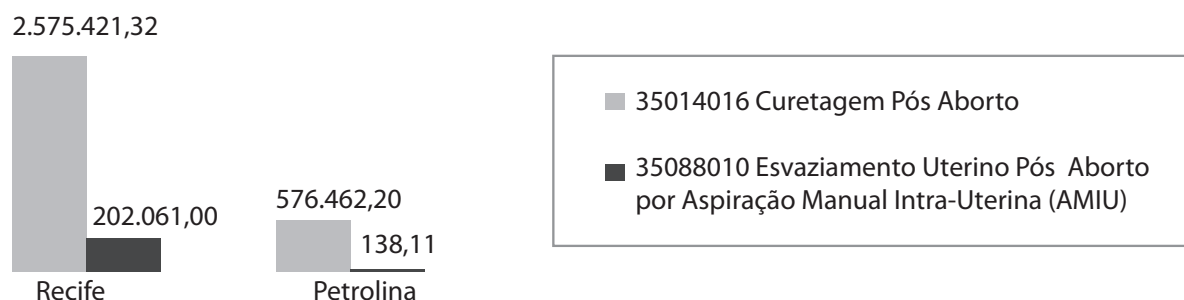
Entre 2003 e 2007, no Recife e em Petrolina, do total de internações para procedimentos obstétricos, 77,3% e 78,2%, respectivamente, corresponderam às internações para assistência ao parto. A proporção de partos normais no Recife, cerca de 56%, foi menor que a observada em Petrolina, 63%. Em Petrolina e no Recife, o abortamento contribuiu com 15,1% e 13%, respectivamente, percentuais acima da média estadual. Do total de internações para o abortamento, Petrolina contribuiu com cerca de 6% das internações para tratamento de complicações do abortamento ocorridas no estado, e Recife contribuiu com aproximadamente 21,0%. Todavia, cerca de 30% das internações relativas ao abortamento na rede municipal do Recife são de mulheres não residentes no município.

Sobre o uso da técnica de Aspiração Manual Intra Uterina (AMIU), cerca de 10% dos procedimentos adotados na atenção às mulheres em abortamento consistiram em procedimentos de AMIU no Recife, percentual acima da média regional e nacional de adoção deste método. Este fato, explica-se pelo esforço da gestão de saúde da mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Recife em implantar o procedimento e capacitar às equipes médicas da rede municipal para adoção efetiva da técnica. Mesmo assim, os números de procedimentos de curetagem pós-aborto (CPA), no Recife, permanecem absolutamente maiores que os números de esvaziamento uterino pós-abortamento por AMIU, como demonstra o Gráfico 3 com os custos relativos a cada procedimento.

Já em Petrolina, no período de 2003 a 2007, dados do SIH/SUS, apontaram apenas um (01) procedimento realizado com AMIU, enquanto que 99,8% dos procedimentos de atenção ao abortamento (4.095) foram realizados por método CPA. Apesar de que tenham existido tentativas de oferecer capacitação para uso do AMIU para profissionais da VIII GERES, sendo este um indicativo de resistência à adoção de novas tecnologias e aprendizagens para a atenção humanizada ao abortamento pela categoria médica.

Gráfico 3

Valor total pago no período 2003 a 2007, para Curetagem Pós Aborto e Aspiração Manual Intra-Uterina



Paraíba - João Pessoa e Campina Grande

Na Paraíba ¹⁰, o município de Campina Grande foi incluído na pesquisa, junto com a capital João Pessoa, por ser o segundo maior município do estado e pelo alto índice de abortamentos assistidos de usuárias residentes e originárias de outros municípios, aproximando-a dos índices da capital.

O diagnóstico de aborto espontâneo aparece como a segunda causa de internação na Paraíba (jan/2008 - jun/2009), totalizando 6.897 procedimentos realizados (Tabela 2). O diagnóstico por razões médicas ou aborto legal é responsável por 36 notificações, aparecendo apenas em João Pessoa, uma vez que o atendimento ao abortamento previsto em lei só está disponibilizado em duas maternidades da capital do estado.

Tabela 2

Diagnósticos de abortamento na Paraíba. Período: janeiro de 2008 a junho de 2009

Diagnósticos	TOTAL
Abortos espontâneos	6.897
Razões médicas	36
Outras gravidezes que terminam em aborto	769
Total	7.702

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

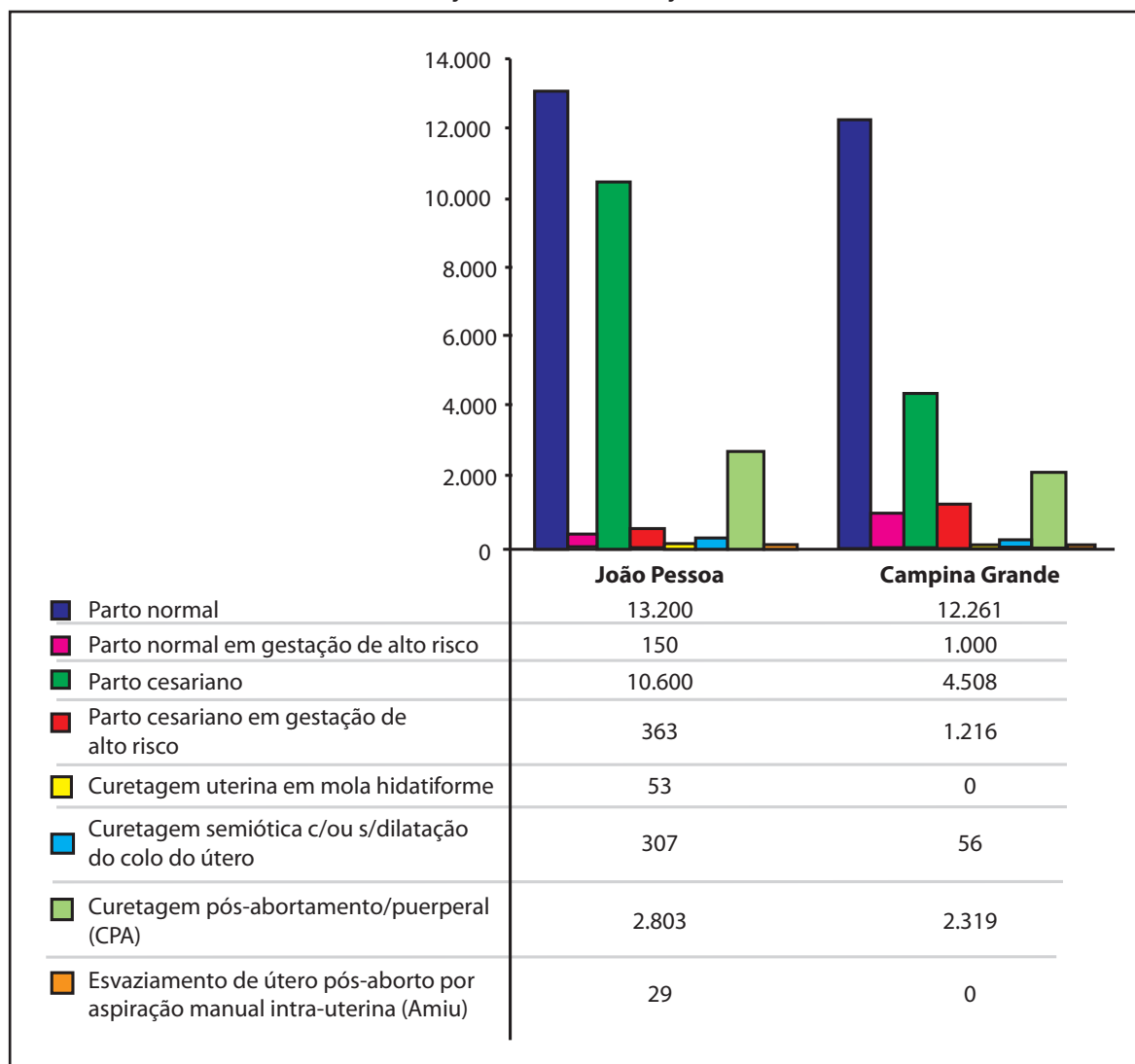
A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de saúde, superado apenas pelos partos. Das 7.498 CPAs realizadas no estado, 73,85% aconteceram nas duas cidades estudadas.

Nos municípios pesquisados, foram realizadas 5.122 CPA, sendo 2.803 em João Pessoa, e 2.319 em Campina Grande. Importante destacar a proximidade dos números de Campina Grande em relação aos da capital. O primeiro município possui população menor (383.764 habitantes) que João Pessoa (702.235 habitantes), o que indica a alta procura de usuárias do interior pelos serviços de Campina Grande, caracterizada como cidade-pólo. Em João Pessoa, 44% dos procedimentos de CPA correspondem a internações de usuárias não residentes na capital e em Campina Grande este índice corresponde a 52%.

¹⁰ Dados retirados do Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro na Paraíba: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres nos serviços de saúde de João Pessoa e Campina Grande, de Socorro Borges, Cristina Lima e Gilberta S. Soares.

O Gráfico 4 demonstra que, no conjunto de procedimentos obstétricos para curetagem (curetagem pós-abortamento/puerperal, curetagem semiótica com ou sem dilatação de colo do útero, curetagem uterina em mola hidatiforme), o esvaziamento de útero pós-aborto por AMIU foi realizado apenas em João Pessoa. Dos 29 procedimentos, 19 foram realizados em mulheres residentes no município, ou seja, as mulheres de todo o estado dependem de serviços da capital para ter acesso ao procedimento mais barato e mais seguro. Os 29 procedimentos realizados com a técnica de AMIU podem estar incluídos nos 36 diagnósticos de abortos por razões médicas, concluindo-se que, provavelmente, foram utilizadas para a atenção ao aborto legal e as outras sete mulheres foram submetidas ao procedimento tradicional.

Gráfico 4
Internações por procedimento obstétrico e local.
Período: janeiro de 2008 a julho de 2009



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

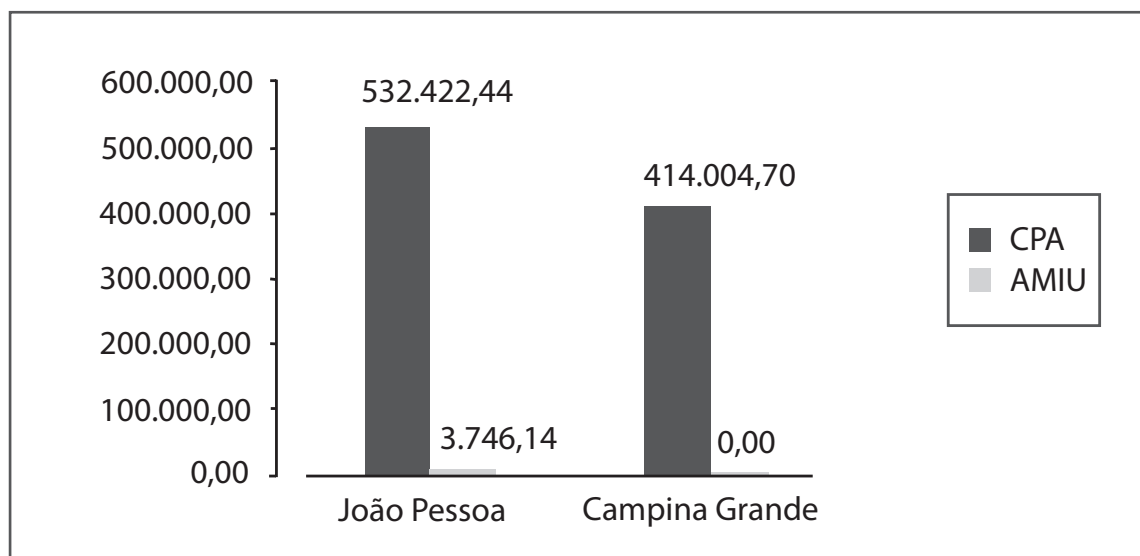
Considerando as internações por procedimento obstétrico, observa-se que a proporção de CPA em João Pessoa e Campina Grande corresponde a 10% e 11% do total de procedimentos realizados, respectivamente, enquanto a técnica de AMIU é responsável por apenas 0,9% dos procedimentos. Levantamento realizado pela Cunhã – Coletivo Feminista (RABAY & SOARES; 2008) encontrou o percentual de 13,4% das internações por abortamento em João Pessoa, em 2003.

A realização de CPA ainda é absolutamente maior em João Pessoa, em relação à técnica de AMIU, apesar do

município contar com dois serviços de aborto legal e ter investido em capacitação dos profissionais para o seu uso. Em Campina Grande, não foi realizado nenhum procedimento de AMIU (Gráfico 5). Assim como no estado de Pernambuco, as mulheres do interior do estado da Paraíba não têm acesso à técnica mais segura e menos invasiva.

Gráfico 5

Valor total pago para curetagem pós-abortamento/puerperal (CPA) e esvaziamento de útero pós-aborto por aspiração manual intra-uterina (AMIU)
Período: janeiro de 2008 a julho de 2009



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

Nos serviços pesquisados, foi encontrado o tempo de permanência da usuária entre 72 e 96 horas com o uso da CPA, superando o tempo estimado entre 12 e 24 horas em estudos anteriores (RABAY E SOARES, 2008).

As maternidades de João Pessoa e Campina Grande são referências para usuárias de outras cidades. De 1998 até 2008, houve um aumento de 176% no número de internações por abortamento registradas no SUS no estado da Paraíba, passando de 1.772 em 1998 para 4.896 em 2008. Em 2008, o I Núcleo Regional de Saúde (NRS) (cidade pólo João Pessoa) e o III NRS (cidade pólo Campina Grande) concentravam 74% das internações em consequência de abortamento. Esta proporção era de 64% em 1998.

A concentração de abortos induzidos está em João Pessoa e Campina Grande, assim como os I e III NRS apresentam maiores riscos de abortamento induzido. A taxa média é de 19,6 de abortos induzidos para 1000 mulheres de 15 a 49 anos na Paraíba, sendo de 24,0/1000 para o I NRS e de 25,1/1000 para o III NRS. Todavia, oito municípios apresentam elevadas taxas acima de 40/1000, chegando a 51,3/1000, sendo que um pertence ao I NRS e os demais ao III NRS.

A partir do número de internações por abortamento registradas no SUS, foi estimado o número de 20.655 abortamentos induzidos no estado da Paraíba, em 2008, sendo 9.336 no I NRS (Campina Grande) e 5.944 no III NRS (João Pessoa).

No período entre janeiro de 2008 e julho de 2009, confirmando tendências nacionais, há predominância de mulheres jovens, entre 20 e 29 anos, nos diagnósticos de aborto espontâneo (Tabela 3). Destaca-se o elevado número de internações por abortos espontâneos entre meninas e adolescentes de 10 a 14 anos (115) e de 15 a 19 anos (1.207), o que pode sugerir que existem casos de abortos resultantes de gravidez por violência sexual, reportados como abortamento espontâneo, e que os serviços de saúde não estão preparados para lidar com a vivência da sexualidade na adolescência.

Tabela 3

Diagnósticos de abortamento espontâneo segundo faixa etária e raça/cor

Período: janeiro de 2008 a julho de 2009

	Raça/cor	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	TOTAL
Causa Específica: aborto espontâneo	Branca	7	75	216	103	22	-	-	-	423
	Preta	4	16	52	28	15	1	-	-	116
	Parda	56	534	1.477	653	131	2	-	-	2.853
	Amarela	-	5	4	6	-	-	-	-	15
	Indígena	2	1	6	1	1	-	-	-	11
	Sem informação	46	576	1.675	907	254	15	3	3	3.479
	Total	115	1.207	3.430	1698	423	18	3	3	6.897

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

Observa-se que a atenção ao abortamento nos serviços públicos de saúde na Paraíba atende, majoritariamente, mulheres negras (pretas e pardas). Do total de abortamentos espontâneos, 43% correspondem a usuárias de cor preta ou parda. Chama atenção a ausência de identificação de cor para um número significativo de usuárias (3.479), revelando a negligência dos profissionais de saúde com o quesito cor e o desconhecimento da importância do preenchimento dessas informações nos prontuários para a definição de políticas públicas e para o enfrentamento do racismo no país.

Bahia - Salvador e Feira de Santana

No estado da Bahia¹¹, foram pesquisados os municípios de Salvador e Feira de Santana. Salvador apresenta alto índice de abortamento associado às condições sócio-econômicas e a questão racial, haja vista que 82% da população feminina é negra na cidade. O município de Feira de Santana é referência para a macrorregião de saúde da 2ª Diretoria Regional de Saúde, composta por 22 municípios. Contudo, de acordo com informações fornecidas pelas gestoras/es municipais, durante a visita das pesquisadoras, chegam usuárias de cerca de 60 municípios do entorno. De acordo com Souza (1998), 28% da população feminina atendida por complicações de abortamento em hospitais pesquisados de Feira de Santana eram residentes de outros municípios.

¹¹ Dados condensados a partir do Dossiê A realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres de Salvador e Feira de Santana, de Cecilia Simonetti, Maria Helena Souza e Maria José de Oliveira Araújo.

A curetagem é o segundo procedimento mais freqüente na rede do SUS em Salvador. Em 2007, foram realizadas 8.387 curetagens, que podem ser traduzidas em aproximadamente 699 por mês, 23 por dia e um a cada hora. A cada quatro internações por parto ocorre uma internação para curetagem pós-aborto na cidade, média bem menor que a nacional, que é de 6,7 partos /1 aborto (MENEZES e MARINHO, 2008).

Dados do Ministério da Saúde/DATASUS sobre internações por aborto em mulheres residentes em Salvador revelam, no período de 2000 a 2007, que cerca de um quinto das internações se deva a abortos “não especificados” (Tabela 4), tratando-se possivelmente de eventos provocados. Não se pode afastar a possibilidade que diagnósticos registrados como abortos espontâneos ou outros produtos anormais da concepção tenham sido equivocadamente classificados, mascarando abortos provocados. Os dados de internação por aborto na capital permanecem praticamente no mesmo patamar nas últimas décadas.

O aborto por razões médicas e legais vem crescendo discretamente, aumentando consideravelmente em 2007 (Tabela 4). Todavia, o Instituto Perinatologia da Bahia (IPERBA), que é o único hospital público no estado da Bahia que possui serviço de atenção para mulheres vítimas de violência sexual e oferta o aborto previsto em lei, contabilizou apenas 38 atendimentos nos anos 2006 e 2007, e um total de 12 procedimentos de interrupção da gravidez resultante de estupro.

Tabela 4
Internações de Mulheres (10 a 49 anos) por Abortamento
Salvador, 2000 a 2007

Tipo de Aborto*	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007**
Gravidez ectópica	196	223	116	190	256	293	300	317
Mola hidatiforme	26	18	25	14	35	24	45	56
Outros produtos anormais da Concepção	2.762	2.223	2.497	2.433	2.612	1.592	1.493	1.567
Aborto espontâneo	4.430	4.866	4.870	4.805	5.145	6.084	5.299	5.538
Aborto por razões médicas e legais	8	0	1	3	6	18	9	56
Outros tipos de Aborto	38	78	14	51	57	74	39	64
Aborto não especificado	1.637	1.631	1.310	874	1.152	1.659	1.269	723
Falha de tentativa de Aborto	73	58	22	114	69	31	33	31
Complicações em consequência de aborto gravidez ectópica molar	391	678	165	7	25	35	26	37
Total	9.561	9.775	9.020	8.491	9.357	9.810	8.513	8.389

Fonte: MS/Datasus/SIH-SUS.

* Classificação Internacional de Doenças – CID 10.

** Dados parciais

Alta percentagem de internações por aborto foi encontrada em uma das principais maternidades públicas de Salvador, em estudo realizado em 2002, na qual o número de internações por aborto superou o de partos normais e cesáreas. Entre as mulheres estudadas, 71,7% induziram o aborto por distintas razões, incluindo falta

de condições financeiras em 58,1% dos casos (LOPES et al, 2003).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (GT Rede Saúde da Mulher, 2007), a gravidez, o parto e o puerpério foram as causas mais frequentes de internação hospitalar em Salvador em 2006, correspondendo a 39.120, ou seja, 44% de todas as internações no SUS. Destas internações, 42,62% corresponderam a parto, 16,40% a outras complicações da gravidez, 13,55% a abortos espontâneos e 8,2 % a outras gravidezes que terminaram em aborto. Se somarmos os abortos considerados espontâneos com aqueles classificados como outras gravidezes que terminaram em aborto, teremos um total de 8.511 internações por estas causas, ou seja, 22% do total de gestações que resultaram em aborto.

O dossiê A realidade do Aborto Inseguro na Bahia (SIMONETTI et al, 2008) aponta que usuárias com graves problemas relacionados à gravidez, parto e aborto chegam em hospital geral de referência, em bairro da periferia, que recebe mulheres da capital e de municípios vizinhos, sendo que um número significativo dos óbitos maternos ocorre neste hospital.

Na tabela 5, observam-se pequenas variações anuais no número de internações por aborto entre mulheres residentes no município. Dessa forma, a razão parto/aborto permanece inalterada, mantendo-se em torno uma internação por aborto para cada quatro partos realizados.

Tabela 5
Internações em mulheres de 10 a 49 anos residentes em Salvador, por
Procedimentos Obstétricos* e razão parto / aborto. Salvador, 2000-2007

ANº	Partos normais e cesáreos	Abortamentos	Outras intervenções obstétricas	Total	Razão Parto/ Aborto
2000	38.036	9.433	154	47.623	4
2001	35.126	9.684	130	44.940	4
2002	33.143	8.824	111	42.078	4
2003	32.018	9.090	85	41.193	4
2004	31.725	9.116	99	40.940	3
2005	31.075	9.599	200	40.874	3
2006	28.115	8.374	222	36.711	3
2007	30.848	8.381	198	39.427	4

Fonte: MS/Datasus/ SIH

*Partos normais + cesáreos

Salvador manteve o aborto como primeira causa de óbito materno nos anos noventa, diferentemente das demais capitais brasileiras, em que as doenças hipertensivas foram a primeira causa. Estudo de Menezes e Aquino (2001) sobre morte materna em Salvador analisou todos os casos de óbito de mulheres em idade fértil, entre 10 e 49 anos, residentes no município, no ano de 1998. Foi adotada como definição de morte materna aquela que ocorre até um ano após o parto ou o aborto. Os dados encontrados determinam uma razão de 96,7 óbitos/100000nv, situando Salvador como uma cidade de altas taxas de morte materna, segundo os padrões da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A pesquisa revelou a diferença do risco de morrer por causas maternas entre os distintos bairros da cidade, sendo as maiores taxas nos distritos mais pobres, dado que se mantêm ao longo dos anos. A morte pela prática do aborto ocorreu em mulheres jovens, com a média e mediana, respectivamente de 23 e 21 anos. O aborto ocorreu

com uso do Cytotec®, isoladamente ou em combinação com chás. Todas eram pardas e pretas e a maioria tinha até o nível fundamental de escolaridade. Uma parcela era solteira, mas muitas eram unidas e deixaram parceiros e filhos pequenos.

Outros estudos confirmam a articulação entre morte materna, classe e raça ao identificar que, no período de 2000 a 2004, a maioria das mulheres que morreram por causas maternas, inclusive por aborto, era negra (pardas e pretas) num distrito sanitário da periferia em Salvador e na cidade de Feira de Santana onde sobressaiu a anemia falciforme como causa indireta (SIMONETI et al., 2009).

Dados atuais sobre morte materna em distritos da periferia da cidade confirmam as desigualdades sociais entre mulheres brancas e negras. No Distrito Sanitário 25 Cabula/Beirú, as mulheres negras são a grande maioria daquelas que morreram por causas maternas, inclusive por aborto, no período de 2000 a 2004, revelando as iniquidades existentes quando se trata da saúde da população negra. (Tabela 6).

Tabela 6
Óbito Materno por grupo de causas, raça/cor no DS Cabula/Beirú – 2000 a 2004

Obstétricas Diretas			Obstétricas Indiretas			Aborto		
Branca	Negra	IGN*	Branca	Negra	IGN	Branca	Negra	IGN
01	10	0	0	01	0	0	03	01

Fonte: Distrito Sanitário Cabula/Beirú.

* Ignoradas

Na Bahia, a situação se repete em relação aos outros estados no tocante ao baixo uso da técnica de AMIU, que é praticamente inexistente. Em um dos hospitais visitados foi realizado apenas um procedimento em 2005. Todavia, três das instituições visitadas tiveram seu corpo profissional treinado para realizar esse procedimento, duas justificaram não utilizá-lo porque ainda não adquiriram o kit da AMIU ¹².

Mato Grosso do Sul - Campo Grande e Corumbá

O dossiê ¹³ foi realizado com os dados da capital Campo Grande e do município de Corumbá. Campo Grande mantém como características principais a urbanização crescente, circulação de capital e uma significativa parcela da população oriunda do êxodo rural e de outros estados da federação (IBGE, 2007). É no cenário marcado por características agrárias e de latifúndio, que privilegiam o masculino, que inúmeras mulheres têm seus direitos humanos violados, incluindo a atenção de qualidade a saúde reprodutiva. Um fator diferencial desse estado em relação aos outros é a forte presença de população indígena, configurando a segunda maior população indígena do Brasil.

Em Mato Grosso do Sul, as mulheres se deparam com um ambiente hostil para o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Serviços de abortamento legal, em casos de estupro ou ameaça à vida da mulher grávida, não são disponibilizados no estado (CATOLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2006). O acesso a serviços de saúde é insuficiente.

¹² O kit é composto por cânulas de Karman, com diâmetros de 4 a 12 cm, acoplados a seringa a vácuo.

¹³ Dados condensados a partir do Dossiê sobre aborto inseguro para advocacy: O impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e na qualidade da atenção à saúde reprodutiva em Campo Grande e Corumbá, Mato Grosso do Sul de Alexandra Lopes da Costa, Nathalia Eberhardt Ziolkowski, Beatriz Galli e Paula Viana

Em 13 de abril de 2007, a polícia de Mato Grosso do Sul invadiu uma clínica de planejamento familiar em Campo Grande e confiscou os registros médicos de quase dez mil mulheres. As mulheres foram ameaçadas de indiciamento e muitas violações aconteceram, entre outras a omissão de instituições públicas, como conselhos de categorias profissionais e gestores das secretarias de saúde, a exposição pública dos prontuários das usuárias e o julgamento das mulheres na ausência de advogados com aplicação de penas alternativas de forma aleatória. Esses acontecimentos intensificaram o clima de intimidação no estado contra aqueles que desejam falar livremente sobre os direitos reprodutivos das mulheres (IPAS, 2008).

O dossiê realizado ressaltou a dificuldade de obter informações devido à falta de dados e perfis atualizados sobre a morbi-mortalidade materna e a magnitude do abortamento inseguro no estado. Tese realizada, em 2007, pela médica Ana Lúcia Gastaud, intitulada *A mortalidade materna e a mortalidade infantil em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2000 a 2002*, confirmou a insuficiência de registros nos sistemas de vigilância epidemiológica na maioria dos municípios do Mato Grosso do Sul, muitas vezes, inexistindo dados ou contendo informações contraditórias. Em relação à saúde reprodutiva de mulheres rurais, as taxas de mortalidade materna por aborto inseguro na zona rural são mais subnotificadas que entre as urbanas. Outro ponto crítico para a cidadania das mulheres rurais é o pouco reconhecimento da condição de trabalhadoras no meio em que vivem, o que as torna mais vulneráveis ao acesso às políticas sociais.

Ainda que haja esforços de organizações de direitos humanos e universidades, que ao longo dos anos vem pesquisando e discutindo sobre políticas públicas para garantir os direitos humanos dos povos indígenas no Mato Grosso do Sul, poucos são os estudos que tratam da mortalidade materna e o abortamento nas diversas etnias indígenas do estado. Segundo o Distrito Sanitário Especial Indígena (MS), pertencente à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)¹⁴, os dados sobre a mortalidade materna, especialmente por aborto, são escassos nas diversas etnias indígenas da região.

O desconhecimento também se aplica aos saberes e conhecimentos tradicionais das mulheres indígenas sobre os métodos de prevenção e interrupção da gestação. Segundo gestores e profissionais da FUNASA, pouco se sabe a respeito das dificuldades que as mulheres indígenas vivenciam nessa esfera da vida. A escassez de ações do Estado e a falta de informações em linguagem acessível para a população indígena sobre questões relacionadas à gestação, contracepção, mortalidade materna e abortamento, possivelmente, coloca as mulheres indígenas no grupo de maior vulnerabilidade em matéria de acesso a políticas de saúde reprodutiva.

A dificuldade de ter informações produzidas pelo Estado e municípios revela-se como barreira para o desenho de políticas públicas e práticas de saúde mais adequadas às necessidades das mulheres com acesso às informações e aos métodos para o planejamento reprodutivo, à contracepção de emergência, ao abortamento seguro nos casos permitidos legal e juridicamente e ao direito ao atendimento humanizado. Em relação às mulheres indígenas, “é importante oferecer a informação, não impor a política, mas oferecer é fundamental” (COSTA & ZIOLKOWSKI, 2010, p. 25).

Gastaud (2007) apontou que a eclampsia foi a principal causa de mortes maternas no estado no período estudado, seguidas por óbitos decorrentes de aborto e problemas durante o trabalho de parto. Dados do Distrito

¹⁴ Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/ceensp/detalhes-noticias.php?Matid=13495>

Sanitário Especial Indígena (DSEI-MS / FUNASA), órgão responsável por oferecer atendimento público de saúde à população indígena no estado, apontaram três óbitos maternos de mulheres indígenas em 2008.

Dados do DATASUS mostram o alto índice de procedimentos obstétricos para abortamentos com causa não especificada. Pelo banco de dados, entre os anos de 2005 e 2007, foram registrados 3.059 atendimentos em Campo Grande. É o maior índice do Mato Grosso do Sul, representando quase 37% de todos os atendimentos de usuárias em situação de abortamento do estado neste período. De acordo com a pesquisa realizada por Monteiro e Adesse (2008), estima-se que Corumbá teve 759 abortamentos induzidos, garantindo ao município o terceiro índice mais alto das 78 cidades de Mato Grosso do Sul.

A taxa do estado é de 13,8 abortamentos induzidos para cada grupo de mil mulheres com idades entre 15 e 49 anos. Em Campo Grande, a taxa é de 15,9. Todavia, nove municípios apresentaram taxas estimadas maiores que 20 abortamentos anuais induzidos por mil mulheres de 15 a 49 anos, entre eles, Corumbá, com uma taxa de 24,4, garantindo ao município o terceiro índice mais alto das 78 cidades de Mato Grosso do Sul, como demonstra a Tabela 7.

Tabela 7

Estimativa do número de abortamentos induzidos por município e taxa de abortamento por mil mulheres para o ano de 2008

Abortamentos Induzidos por Município de Mato Grosso do Sul em 2008	População de Mulheres de 15 a 49 anos	Abortamentos Induzidos	Taxas por mil mulheres
Mato Grosso do Sul	755.323	10.450	13,8
Campo Grande	252.283	4.020	15,9
Corumbá	31.067	759	24,4

Fonte: Monteiro e Adesse, 2009

Em 2008, não há grandes mudanças tanto no número de internações por abortamento quanto na estimativa de abortamentos induzidos. Foram realizadas 2.480 internações em consequência de abortamentos no estado (Tabela 8), gerando uma estimativa de 10.450 abortamentos induzidos.

Gráfico 9

Internações por abortamento em Mato Grosso do Sul de 1998 a 2007
Lista Morb. CID-10: Aborto Espontâneo, Aborto por razões médicas, outras gravidezes que terminaram em aborto

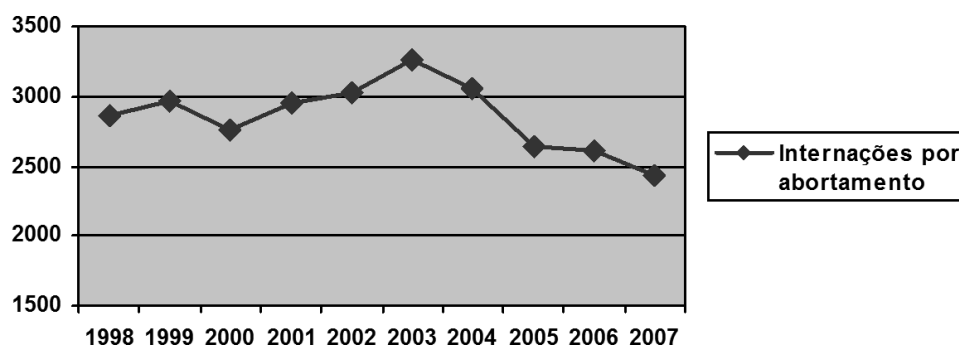


Tabela 8
Número de Internações por aborto - 2008

Unid. Federação	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	Total
Mato Grosso do Sul	57	442	1232	658	88	2480

Fonte: Monteiro e Adesse, 2009

Tabela 9
Percentagem das Internações por aborto em cada grupo etário - 2008

Unidade Federação	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
Mato Grosso do Sul	2,3%	17,8%	49,7%	26,5%	3,5%
BRASIL	1,4%	16,9%	49,9%	25,9%	5,8%

Fonte: Monteiro e Adesse, 2009.

Quanto ao método utilizado para o tratamento de abortamentos, a CPA é o procedimento mais utilizado também no Mato Grosso do Sul. No entanto, os dois serviços visitados em Campo Grande e Corumbá afirmaram o uso da AMIU. Do período de junho de 2007 a junho de 2009, um dos hospitais visitados realizou 416 curetagens uterinas decorrentes de abortamentos, sendo 257 por aborto incompleto, 75 por aborto retido e 84 decorrentes de aborto espontâneo, inevitável, embrionário ou outras causas do gênero.

Apesar de ser relatado o uso hospitalar do Misoprostol em partos ou abortamentos, conforme normas técnicas do Ministério da Saúde, integrantes da equipe de enfermagem em uma das unidades relataram que há grande dificuldade na aquisição do Misoprostol. Na cidade de Corumbá, a situação é diferente. De acordo com relatos de especialistas e gestores públicos do município, o Misoprostol é facilmente acessado na região. Alguns atribuem este fato ao maior acesso a medicação pela fronteira com o Paraguai.

Para profissionais de saúde de Campo Grande, a facilidade em adquirir este medicamento pode ser um dos fatores que ocasionou a diminuição da mortalidade por aborto, pois é um medicamento que não oferece tantos riscos à saúde como outros métodos utilizados para provocar o abortamento. Entretanto, eles afirmam que o grande problema é que as mulheres não sabem fazer o uso correto.¹⁵

Essas informações não puderam ser comprovadas pela falta de dados, considerando que se trata de uma atividade ilegal no Brasil desde 1991, quando o Ministério da Saúde proibiu a venda. Em 1998, o mesmo órgão publicou a Portaria nº. 344 com vistas à proibição do acesso ao medicamento, só permitindo o uso hospitalar do Misoprostol e a venda a hospitais cadastrados na Anvisa ¹⁶. Campo Grande possui o único serviço de atendimento ao abortamento legal do Estado, no entanto esse não é divulgado para a população, segundo depoimentos dos profissionais de saúde durante as visitas aos serviços.

¹⁵ Turismo Abortivo fronteira Brasil Paraguai: <http://www.portalms.com.br/noticias/detalhe.asp?cod=24120> e <http://www.crfpa.org.br/Noticias/Novembro%202008/2111not1451.htm>

¹⁶ Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000600001

Rio Janeiro - Rio de Janeiro, Nova Iguaçu e Duque de Caxias

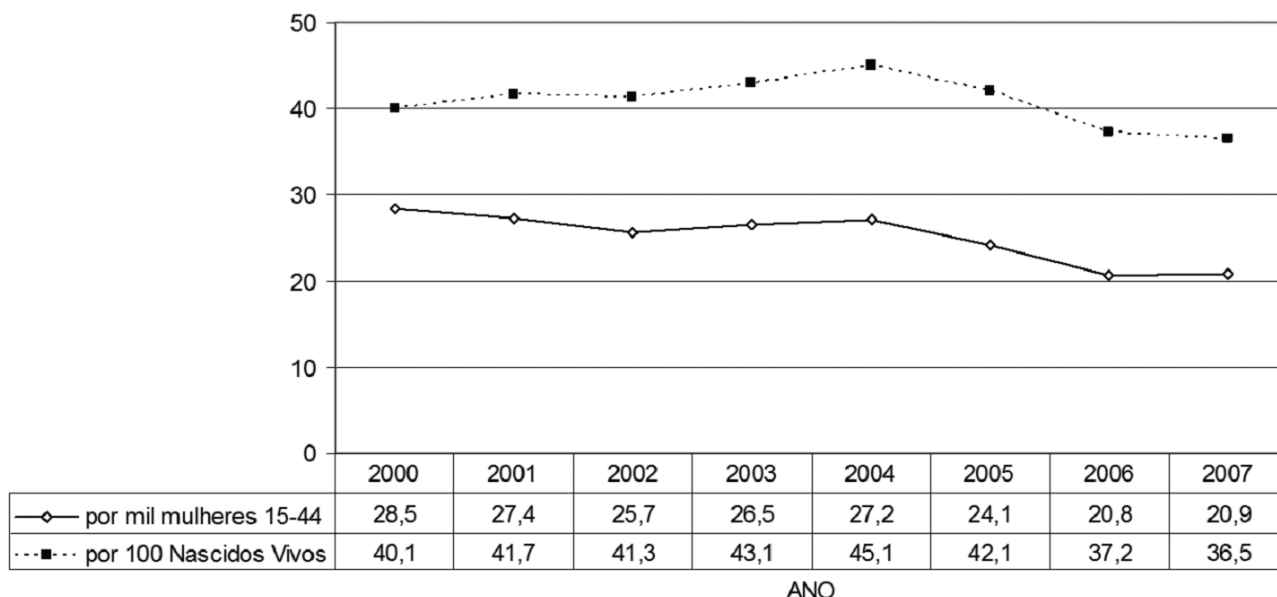
No Rio de Janeiro ¹⁷, foram coletados dados na capital e nos municípios de Nova Iguaçu e Duque de Caxias, localizados na Baixada Fluminense. As duas últimas cidades foram escolhidas para representar a realidade da Baixada Fluminense, que apresenta problemas na infraestrutura das maternidades, falta de acesso a assistência obstétrica e ao planejamento familiar. Segundo entrevista com gestor, as maternidades na Baixada Fluminense estão sem condições de funcionamento e não têm qualidade. A gravidez indesejada é um problema a ser enfrentado, principalmente nas jovens de 10 a 19 anos. A cobertura do PSF é de 25 a 30% no município com 900.000 habitantes. Não existe acesso ao planejamento familiar de forma satisfatória (GALLI, VIANA & SHIRAIWA, 2010). Os gestores e profissionais afirmaram a importância de conhecer as formas de abortamento da Baixada Fluminense e as suas consequências.

Segundo dados do Comitê de Mortalidade Materna do Rio de Janeiro, as principais causas de mortes maternas diretas foram hipertensão arterial, hemorragias e aborto nos anos de 2002 a 2007, coincidindo com as principais causas de morte maternas obstétricas diretas no Brasil, segundo o Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na Mortalidade Materna, do Ministério da Saúde (2006).

Houve um decréscimo contínuo na estimativa de abortamentos induzidos por mil mulheres de 15 e 44 anos no período 2000/2007 no Rio de Janeiro, sendo que a estimativa de 28,5 em 2000 foi reduzida para 20,9 em 2007 (Gráfico 10).

Gráfico 10

Estimativas das taxas de abortamento induzido por mil mulheres de 15 a 44 anos e das taxas por cem nascidos vivos.
Estado do Rio de Janeiro - 2000 a 2007



¹⁷ Dados condensados a partir do Dossiê sobre aborto inseguro para advocacy: O impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e na qualidade da atenção à saúde reprodutiva no estado do Rio de Janeiro, de Beatriz Galli, Paula Viana e Tizuko Shiraiwa.

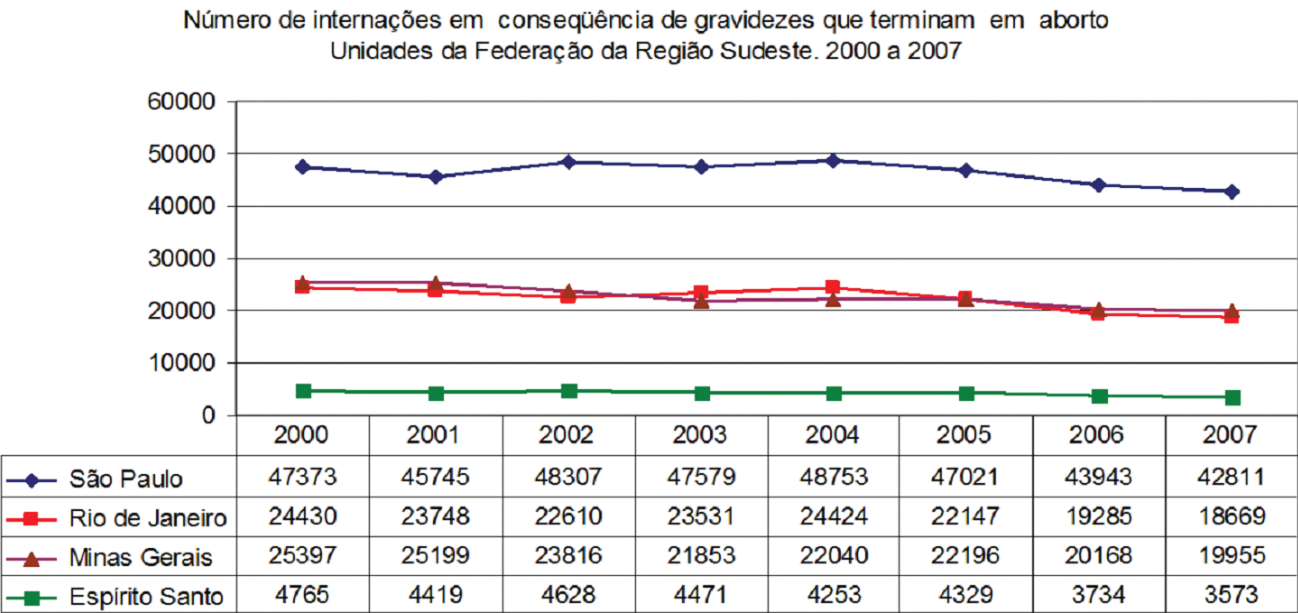
De 1999 a 2007, foi estimado que mais de 800.000 abortamentos foram induzidos no estado do Rio de Janeiro e os grupos etários que participaram em maiores proporções deste total foram: 20 a 24 anos (32,1%), 25 a 29 anos (24,7%) e 15 a 19 anos (20,5%). Isso significa que 3 em cada 4 abortamentos induzidos foram realizados em mulheres de 15 a 29 anos. Neste período, o número de abortamentos induzidos diminuiu em todos os grupos etários, resultando numa redução de 24% (Tabela 10).

Tabela 10

ESTIMATIVAS DO NÚMERO DE ABORTAMENTOS INDUZIDOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - 1999 A 2007										
Faixa Etária	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	1999 A 2007
10 a 14 anos	1266	1413	1396	1253	1333	1207	966	1055	1097	11969
15 a 19 anos	20955	19866	19524	17875	17989	18208	16850	14091	13787	176951
20 a 24 anos	30118	30126	30286	29160	29907	31033	27460	23410	21077	277923
25 a 29 anos	22520	22583	21499	20798	22705	24275	21938	19322	19098	213891
30 a 34 anos	14981	14989	14048	13812	14095	14538	13770	12007	11888	137443
35 a 39 anos	10020	10028	9163	8577	8767	9437	8497	7733	8155	88277
40 a 44 anos	3902	4058	4269	3911	4476	4341	3953	3742	3658	39530
45 a 49 anos	700	667	561	523	570	473	527	468	456	5413
Total	104667	103937	100988	96006	100018	103650	94028	81915	79287	864498

Na Região Sudeste, de 2000 a 2007, em todas as Unidades da Federação houve redução no número de internações por aborto, relacionada à ampliação do leque e do quantitativo de contraceptivos na rede pública (Gráfico 11).

Gráfico 11



Em 2006, no Rio de Janeiro, segundo as informações do SIH-SUS, a principal causa de internação para as mulheres em idade fértil foi as internações obstétricas, com um pico na faixa entre 20 e 24 anos, seguido dos transtornos mentais e comportamentais, que passa a ser a primeira causa no grupo entre 40 e 49 anos. O aborto é a terceira causa de internação de mulheres de 10 a 49 anos. (Tabela 11)

Tabela 11
Principais causas de internação de mulheres de 10 a 49 anos

Faixa etária Causa	<11a	12-19a	20-29a	30-39a	40-49a	Total	%
Todas as causas de internação	2783	45.946	107.383	64.824	49.853	270.789	100
Parto	1	26.858	58.812	20.099	2.143	107.913	39,85
Transtornos mentais e comportamentais	11	310	2869	7466	9.791	20.427	7,54
Aborto	0	3.482	9513	4.294	943	18.232	6,73
Total das três primeiras causas	12	30.650	71.194	31.849	12.877	146.572	54,12

Fonte: AIH, 2006 Estado do Rio de Janeiro DATASUS

As internações por procedimentos relacionados ao aborto correspondem a mais de 12% das internamentos relacionadas à gravidez, parto e puerpério em 2006, totalizando 18.491 internações, e sua distribuição etária apresenta um perfil semelhante ao das mulheres que se internam para partos (100.426 internações).

A situação do Rio de Janeiro em relação ao uso da técnica de AMIU não difere da maioria dos estados estudados, uma vez que o procedimento só foi oferecido para 2,33% das mulheres internadas nos hospitais do SUS (Tabela 12).

Tabela 12
Internações por procedimentos relacionados à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao aborto no Estado do Rio de Janeiro, 1996 (DATASUS)

Procedimento Realizado	12-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-49a	Total
Curetagem Pós-Aborto	3.456	5.223	4.217	2.567	1.682	937	18.082
Esvaziamento Uterino Pós Aborto por AMIU	70	110	94	82	43	34	433
Total de procedimento para aborto	3.526	5.333	4.311	2.649	1.725	971	18.515
Parto com Eclâmpsia	0ao	1	1	2	0	0	4
Parto com Manobras	199	202	129	52	17	9	608
Parto Normal	16.549	20.572	14.596	7.904	3.652	1.146	64.420
Parto Normal em Gestante de Alto Risco	595	680	584	417	272	125	2.673
Parto Normal Exclusivamente p/Hosp Amigos Criança	5.984	7.090	4.698	2.406	1.136	389	21.703
Parto Normal S/ Distocia Realizado por Enf Obstétr	431	600	423	200	107	30	1.791
Cesariana c/Laq Tubaria em Pac c/Cesarian Suces	4	75	162	149	55	22	467
Cesariana com Laquead.Tubaria em Pac.c/Ces. Suce	7	108	223	181	122	62	703
Cesariana em Gestante de Alto Risco	426	547	516	418	269	124	2.300
Cesariana exclusivamente p/Hosp Amigos da Criança	1.193	1.683	1.414	848	468	151	5.757
Total de procedimento para parto	25.388	31.558	22.746	12.577	6.098	2.058	100.426

Uma fotografia do cotidiano do atendimento

Lacunas no Sistema de Referência e Contra-referência

A superlotação das maternidades de referência é uma realidade em vários estados, sobrecarregando as capitais e os grandes municípios, a exemplo do Recife e Petrolina, João Pessoa e Campina Grande, Salvador e Feira de Santana. De acordo com a previsão do SUS, seguindo o princípio da hierarquização da complexidade do atendimento, as capitais e grandes cidades com maternidades de alta complexidade devem funcionar como referência para o atendimento de usuárias de municípios menores e em casos mais complicados.

Todavia, devido à desestruturação da rede de saúde no interior dos estados que não atende sequer as necessidades primárias da população, muitas vezes, aquilo que poderia ser resolvido no município não o é, provocando transferências indevidas para as capitais e os grandes municípios. Isso gera um número maior de atendimentos do que foi previamente pactuado entre os gestores municipais sob a coordenação do gestor estadual na Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Os municípios com maternidades de referência são sobrecarregados com a grande quantidade de atendimentos que extrapolam o planejamento, revelando os problemas na pactuação na CIB. Estes se relacionam a questões políticas partidárias e ao descompromisso de gestores, interferindo na realização da pactuação nos estados.

O fato de algumas maternidades não estarem informatizadas contribui para os problemas no sistema de referência/contrarreferência entre as maternidades e a atenção primária municipal e destas com os municípios de onde são encaminhadas as mulheres, além de impedir a implantação do prontuário único, dificultando a existência do sistema integrado.

Na região Nordeste, devido à proximidade geográfica entre os estados, é comum que as maternidades de referência atendam mulheres de municípios do próprio estado e de estados vizinhos, ocasionando em problemas de superlotação de leitos, sobrecarga de profissionais e comprometendo a qualidade da atenção. O município de Petrolina (PE) atende uma média de 57 municípios do próprio estado, além de usuárias da Bahia, Ceará e Piauí em casos de abortamento. Segundo o dossiê de PE, a negação de profissionais de saúde para realizar a curetagem ou a falta de anestesistas nos hospitais municipais é um motivo de encaminhamento para aquele serviço (VIANA, et al., 2008).

As mulheres em situação de abortamento residentes em municípios de pequeno e médio porte frequentemente têm sido transferidas para maternidades das capitais porque os hospitais não possuem condições de atendimento ou devido ao boicote do atendimento por profissionais de saúde. Também é possível supor que a clandestinidade faça as mulheres recorrerem a outras cidades para resolver o problema de forma segura e protegida, como estratégia para manutenção do anonimato. A superlotação nas maternidades contribui para um atendimento desumanizado, pouco resolutivo e de má qualidade, fazendo com que as necessidades da população não sejam devidamente resolvidas.

Dados demonstram que cerca de 30% e 28% das internações obstétricas, que ocorrem na rede municipal do Recife e de Feira de Santana, respectivamente, para tratar complicações do abortamento são de mulheres residentes fora dos municípios. Em João Pessoa e Campina Grande, os índices de atendimento de não residentes são altos, com 44% para primeira e 52% para a segunda. Os municípios de Feira de Santana (BA), Petrolina

(PE), Campina Grande (PB), Corumbá (MS) e Duque Caxias (RJ) são sede de macros regionais de saúde, sendo referências para o atendimento de outros municípios do estado. Além disso, os municípios de Feira de Santana (BA) e Campina Grande (PB) têm uma localização geográfica de confluência de municípios, sendo mais uma razão para receberem residentes de outros municípios. Campina Grande apresenta um volume de internações anuais por abortamento muito próximo a capital do estado, que tem maior contingente populacional.

Sobre a infra-estrutura

As questões relativas à organização do sistema apontadas acima colaboram para a existência de problemas de infra-estrutura encontrados nos serviços. Todavia, não se pode atribuir aos problemas na pactuação intermunicipal toda a responsabilidade pela falta de manutenção das instalações e equipamentos e a até mesmo a falta de lençóis, travesseiros e toalhas, identificadas em Petrolina e João Pessoa. No Recife, foram destacados os problemas relacionados à infra-estrutura e a limitação de recursos humanos.

Encontramos uma jovem, de 24 anos, sob um leito plástico e sem travesseiro, com um único lençol, com muita dor, soro obstruído com o sangue retornando e perdendo líquido, uma situação de abandono, isolamento, solidão e desumanidade. A jovem ainda ficou na mesma enfermaria onde havia uma mulher acompanhada de um recém-nascido. (Dossiê PE)

Os problemas de infra-estrutura repercutem na qualidade do atendimento, além de comprometer o trabalho dos profissionais de saúde, promovendo estresse na atividade cotidiana. Alguns gestores apontaram que a superlotação reverbera em sobrecarga para os profissionais de saúde, comprometendo a qualidade do atendimento, além do número de profissionais aquém do necessário:

É grave este problema de recursos humanos, o profissional não tem tempo de conversar, de ficar com a paciente, ele trabalha no limite. O ideal para a Barros Lima são cinco médicos por plantão, mas a maternidade tem dificuldade de manter a equipe prevista por conta de férias, licença prêmio, pedido de demissão. Na verdade, há uma média de três médicos por plantão (Gestora de saúde, Dossiê PE).

O fato das mulheres que abortam ficarem nos mesmos espaços das parturientes também é uma questão importante. Em geral, as maternidades pesquisadas não têm enfermarias específicas para mulheres que chegam abortando, com exceção da maternidade Cândida Vargas, em João Pessoa. Isso significa aguardar o procedimento de curetagem no pré-parto e depois ficar nas enfermarias com as mulheres que pariram e seus bebês. A equipe de pesquisa do dossiê de PE destacou que encontrou muitas usuárias em processo de abortamento nas salas de pré-parto com mulheres em trabalho de parto ou em enfermarias com as mães e os filhos, mamando ou deitados na cama.

Apesar do argumento de que espaços separados poderiam contribuir para estigmatização das mulheres que abortam, o fato é que não existem espaços adequados para o atendimento a estas usuárias, o que contribui para a exposição das mulheres, a falta de privacidade, o julgamento e a desumanização do atendimento. É preciso considerar que o abortamento assume significados diferentes para cada mulher e que o alojamento com mulheres que pariram e os bebês pode ser constrangedor e causar mal-estar do ponto de vista emocional, contribuindo

para a existência de sentimentos de culpa, perda, frustração e revolta. Todavia, muitas usuárias valorizam estar na companhia de outras mulheres independentemente do procedimento a que foram submetidas.

Essa sala aqui é de observação e não tem banheiro, utilizamos o existente na enfermaria de pós-parto, onde há bebês recém-nascidos sendo amamentados. Aí, a gente acaba ficando triste. Minha barriga tem um bebê morto, acho que deveriam dar um jeito logo. Às vezes esqueço que perdi o bebê, durmo e quando acordo caio na real (Usuária, dossiê RJ).

Em um serviço do Rio de Janeiro, as mulheres ficam numa sala de hipodermia ¹⁸. Segundo depoimento da enfermeira, *“a sala é muito inadequada para manter mulheres em situação de abortamento, não tem privacidade, boxe e banheiro, elas ficam expostas. Após a curetagem, elas retornam para hipodermia e até a liberação ficam em cadeiras reclináveis, não vão para leito. Quando essa sala está lotada, as pacientes são redistribuídas em outros espaços”* (Enfermeira, RJ). *“Hoje a sala está muito cheia, não é apropriada para estar com tanta gente assim, aqui não é enfermaria e quem realmente chega para fazer a medicação tem que aguardar em pé, porque não tem lugar para sentar”* (Profissional de saúde, Dossiê RJ).

A ausência de lugar adequado denuncia a falta de prioridade e de estrutura para o atendimento. Essas situações revelam que há diversas formas de punição e discriminação das mulheres que abortam. Muitos profissionais de saúde consideram adequado ambientes específicos para o atendimento dos casos de parto e de aborto, pelo fato de que a internação conjunta constrange a mulher em processo de abortamento.

Também há dificuldades para a realização do exame de ultra-sonografia que contribui para prolongar a espera e o tempo gasto no atendimento. Muitas vezes, o exame não está disponível ou só está em horários comerciais, ou ainda, só existem em outros municípios. É muito comum que não haja ultrassom no turno da noite, fins de semana e feriados, obrigando usuárias a esperar para definição do procedimento. Apesar do exame não ser imprescindível para o diagnóstico em todos os casos, alguns profissionais consideram uma conduta obrigatória como pré-requisito para a realização da curetagem, tornando-a demasiadamente importante para a resolutividade dos casos. Todavia, para alguns profissionais a clínica é determinante e, só nos casos de dúvida, a ultra-sonografia é necessária.

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento não preconiza o exame como obrigatório, afirmando que *“ultra-som confirma a hipótese diagnóstica, embora não seja imprescindível”* nos casos de abortamento inevitável/incompleto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005:23).

Assistente social de João Pessoa afirma que a solicitação de ultra-sonografia é especialmente feita em casos de suspeita de abortamento provocado. É possível refletir sobre a obrigatoriedade do exame como um instrumento de controle do corpo das mulheres e um recurso para exercer o poder médico sobre a decisão das mulheres, quiça interferindo quando possível. A espera configura como uma punição às mulheres. (RABAY E SOARES, 2008).

¹⁸ Ambiente para observação, repouso e estabilização dos sinais vitais

Todavia, a dificuldade de acesso ao exame de ultra-sonografia também pode ocasionar em erro no diagnóstico de abortamento. O dossiê PE ressaltou o problema de retardo do diagnóstico e reincidência de erro de diagnóstico em Petrolina, cujo serviço não dispõe do exame de ultrassom e encaminha para uma policlínica, que só realiza no período da tarde.

Ultra-sonografias diagnosticando aborto retido e ovo anaembrionado que levam ao internamento imediato das mulheres. Quando o D. Malam consegue repetir o exame, verifica o erro e que o embrião está normal. Depois de dias de internação, a mulher recebe alta sem qualquer problema de saúde (profissional de saúde, dossiê PE).

Norma Técnica e método da interrupção: A quantas anda o uso da AMIU?

Há um baixo conhecimento dos profissionais de saúde sobre a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005c) que regulamentou a atenção no Brasil. Ademais, há um descumprimento cotidiano de programas, protocolos, manuais e em especial dessa Norma Técnica. Quando se trata do abortamento, é usual que profissionais se neguem a atender mulheres ou tenham dificuldade de adotar as recomendações da Norma Técnica e da direção da maternidade, a exemplo do uso da técnica Aspiração Manual Intra Uterina (AMIU).

Quanto ao método para realizar o procedimento, há uma predominância quase que absoluta da curetagem pós-aborto (CPA) em relação à técnica de AMIU a despeito das diferenças que podem resultar na melhor qualidade da atenção. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005c) aponta o uso da AMIU como método mais barato, rápido e seguro do que a CPA.

O município do Recife foi o que mais utilizou a técnica, alcançando o percentual de 10% em relação aos procedimentos para tratamento de aborto induzido em comparação com as outras capitais que apresentaram percentuais de 2,33% (Rio de Janeiro) e 1% (João Pessoa e Salvador) e alguns municípios que não registraram qualquer procedimento com AMIU. Em Petrolina (PE), entre 2003 e 2007, a CPA foi escolhida como método em 98% dos procedimentos. O mesmo fenômeno foi detectado em municípios como Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, João Pessoa, Campina Grande, Salvador, Feira de Santana, Campo Grande e Corumbá.

Foram levantadas explicações para a não utilização do procedimento, haja vista que foram realizados treinamentos em serviços para o domínio da técnica. Alguns profissionais de saúde entrevistados na Bahia observaram que um treinamento rápido, com duração de dois dias, não é suficiente para romper ou reduzir as resistências das/os profissionais de saúde. Constatou-se que, apesar de baixo, o número de procedimentos com AMIU aumentou depois que foi realizado o segundo treinamento. De acordo com uma das profissionais entrevistadas, “para aumentar a aceitação do AMIU precisamos investir mais na sensibilidade dos profissionais para com mulheres em situação de abortamento; não basta apenas ter o kit” (Dossiê BA).

Planejamento Reprodutivo pós-aborto

Essa parece ser uma das grandes lacunas na atenção ao abortamento. O planejamento reprodutivo pós-aborto não está instituído como rotina nos serviços. É comum que as usuárias voltem para casa, sem ter recebido atendimento preventivo, saindo da internação sem indicação de uso de algum método contraceptivo e sem estarem referenciadas para uma unidade de atenção básica de modo a realizar a prevenção a gravidez inesperada.

Há casos em que a orientação é realizada, todavia é feita de maneira informal ou apressada, sem alcançar a efetividade necessária. Há também relatos de que as usuárias solicitam a orientação e não recebem. *“Não há planejamento familiar pós-aborto. As mulheres saem do hospital sem ter para onde serem encaminhadas. Elas pedem orientação, mas não tem para onde encaminhar. O hospital é de alta complexidade, não é de atenção básica”* (Dossiê RJ). Essa flagrante omissão é revertida em punição às mulheres que retornam aos serviços em situação de abortos repetidos, sendo julgadas como irresponsáveis. Fica evidente o quanto é nociva para a saúde reprodutiva das mulheres a falta de um sistema implementado de referência e contrarreferência.

Em João Pessoa, o monitoramento da assistência às mulheres em processo de abortamento, realizado pela Cunha Coletivo Feminista, em quatro maternidades públicas da grande João Pessoa (2009), revela uma média de 1,4 abortamentos por mulher, indicando a presença ao aborto de repetição. Da amostra de 56 mulheres que acessaram os serviços, 16 delas já haviam vivenciado um ou mais abortos (CUNHÃ, 2009).

No Mato Grosso do Sul, uma gestora reconheceu que a assistência ao planejamento familiar precisa melhorar. Na Bahia, um dos serviços pesquisados inscreve as usuárias em serviço de planejamento reprodutivo e elas têm alta com uma consulta agendada para retorno. Entretanto, sabe-se das dificuldades das mulheres de voltarem aos serviços no pós-aborto ou no pós-parto, devido aos cuidados dispensados aos filhos pequenos, bebê e tarefas domésticas, em contextos de precariedade econômica.

Na ausência de serviços de planejamento familiar de qualidade; muitos profissionais optam e oferecem às usuárias a laqueadura tubária como método de planejamento familiar. Quase não houve referência à indicação e oferta de contracepção de emergência em todos os serviços pesquisados.

O planejamento reprodutivo pós-aborto é imprescindível para a abordagem preventiva de gravidezes inesperadas, evitando também o recurso a abortos repetidos. Essa lacuna se configura como omissão do Estado, sobretudo, no contexto de responsabilização e criminalização das mulheres que recorrem ao aborto.

Espera, fome, ausência de informação, falta privacidade, desconforto... Atendimento desumano

Não fui maltratada aqui, mas essa sala é muito fria e as condições em que ficamos é péssima, se não trouxer cobertor de casa ficamos no frio nessa cadeira nada confortável. Estou desde ontem, 24h, até agora, 12h45min, sem alimentação, acho que aguardando curetagem, que penso ser à tarde, mas aqui ninguém informa nada... (Usuária. Dossiê RJ).

Como demonstrado anteriormente, o abortamento é parte significativa da demanda das mulheres que procuram por serviços de saúde reprodutiva. A atenção de qualidade é um direito da usuária, sobretudo, quando se encontra em situação de vulnerabilidade física e emocional, independente de que seja um parto, um aborto espontâneo ou provocado.

Todavia, as falas das mulheres revelam a violação do direito ao atendimento e à informação e da autonomia em relação à decisão de interromper uma gravidez. Os depoimentos de mulheres em situação de abortamento apontam grande frequência de atendimento desumano nos hospitais, marcado pelas longas esperas, jejum, ausência de informação, violação da privacidade e atitudes de recriminação, culpabilização e punição das usuárias. Em Salvador e Campo Grande ainda foram encontrados relatos de curetagem realizada sem anestesia,

prática muito comum nos maus tratos em serviços de abortamento que apareceram em relatos anteriores e que vem sendo combatida ao longo dos anos.

A espera pode estar relacionada a fatores inerentes ao quadro clínico como a dilatação do colo do útero. No entanto, a experiência tem demonstrado que é determinada também por questões como a falta da ultrassonografia e de prioridade no atendimento associadas ao suposto poder dos profissionais de saúde de julgar e punir as usuárias.

A usuária em processo de abortamento não tem atendimento preferencial, e existe uma ordem informal que prioriza o atendimento à gestante no processo de parturição. Esse padrão foi encontrado em todos os serviços pesquisados, aumentando, sem dúvida, o tempo de internação das usuárias. Quando chegam à maternidade em processo de abortamento, geralmente sangrando, elas esperam duas, três horas na recepção ou na triagem mesmo que estejam com dor ou hemorragia.

... chegamos cedo, lembro que só tinha duas pessoas na minha frente, só que eles demoraram muito pra me atender. Num tavam nem aí, foram chegando outras pessoas e passavam na minha frente, acho que porque sabiam que eu tinha provocado o aborto. Acho que quando a mulher provoca o aborto eles castigam muito, deixam encostada num canto. Tava eu, minha irmã e minha mãe, a gente ficou esperando ali no local da espera mesmo, não me levaram pra dentro, nem trouxeram cama, eu fiquei sentada. Tava com absorvente bem grande, mas mesmo assim, quando levantei da cadeira eu tava com a roupa toda encharcada de sangue, a mulher que fica atendendo na frente chamou os médicos. Acho que se não tivessem visto o sangue ia demorar mais. Sei que cheguei às sete horas e foram me atender lá pelas 10 horas. (Usuária, dossiê BA)

Às vezes até com hemorragia... teve um caso que a mulher já cheirava mal quando conseguiu chegar ao atendimento, mais de um dia esperando na triagem, com um feto retido, infectado, e, mesmo assim, ficou para ser a última do dia. "É assim, quando é um aborto não querem nem saber se foi espontâneo ou provocado, a mulher fica para o último lugar nas internações" (Profissional de saúde de Petrolina, Dossiê PE).

Vale destacar que em uma maternidade de Campina Grande, surpreendeu o fato das mulheres receberem alta hospitalar imediata após a acordarem do procedimento da curetagem. Isso configura como descuido e negligência, especialmente, em contextos de pobreza, em que as mulheres precisam voltar ao trabalho imediatamente após a saída do hospital, e algumas vezes, não têm companhia, nem transporte para voltar para casa.

A falta de prioridade também está relacionada à falta de espaço para atender usuárias que chegam abortando em maternidades superlotadas: "Se tiver três salas boas e uma ruim, a mulher que chegar por complicação de aborto vai ficar na pior" (Profissional de saúde, Dossiê RJ). Sem dúvida, existe um tratamento diferenciado entre as mulheres em processo de abortamento e as parturientes, com evidente desvalorização e marginalização das mulheres que abortam, levando as mesmas a enfrentar uma seqüência de violências institucionais.

A espera, em geral, é acompanhada de desconforto, sangramento, dor, medo e fome, já que as usuárias em espera são submetidas ao jejum. A fome incomoda muito as mulheres, visto que muitas delas têm experiência

de fome em seu cotidiano, dada sua situação de baixa renda. A expectativa durante os períodos de espera é maximizada pela falta de informações adequadas que são negadas às usuárias pelas (os) profissionais de saúde, infringindo os seus direitos de decisão e escolha.

Demorou muito pra fazer essa 'coletagem'. Teve que a tia do meu namorado brigar, dizer coisa... Depois foi minha mãe que foi falar. Aí, disseram: "tenha calma, você tem que ter calma". Ela disse: "calma nada, que a menina já tá de quatro dias de jejum. Que jejum é esse? É de Semana Santa? Por acaso a menina vai morrer, é?". Aí, disseram: "de três horas". De três horas, passaram pra depois da visita. Da visita, vieram fazer era seis horas, porque a minha mãe já foi reclamar de novo. (Usuária de João Pessoa, Dossiê PB).

Muitos relatos trazem o desconforto das mulheres quando há a violação de sua privacidade. Esta acontece de várias formas: a alta demanda das maternidades ocasiona a superlotação das enfermarias, fazendo com que a ocupação de leitos seja maior que a capacidade das enfermarias; a indiscrição dos profissionais; o acesso as enfermarias por outras pessoas, como vigilantes; as batas pequenas e o excesso de estudantes em hospitais-escola, que é sempre um motivo de constrangimento referido pelas mulheres.

Você fica jogada num canto e eles mal te olham. Para não dizer que não prestaram atenção em mim, isso aconteceu quando um dia depois, um grupo de acadêmicos foi "convidado" por uma médica a ver a minha situação. Eram uns seis e todos fizeram "toque" em mim para sentir alguma coisa que a médica estava ensinando para eles. Hoje, acho incrível como pude deixar que fizessem isso comigo! Eles simplesmente chegavam, "enfiavam" a mão e nem uma palavra dirigiram a mim. Era como se eu fosse uma coisa, um objeto. (Usuária, Dossiê MS).

Eu tava na ante-sala de fazer a curetagem, botavam ali como se fosse um castigo, eu achava que era um castigo. E fiquei o dia inteiro, dia das mães.... Veio o médico, fez o toque, e não falou nada, nada, e fiquei lá, com a roupinha do hospital. E aí vinham os estagiários, levantavam a roupa e enfiavam o dedo, sem dizer nada, vinha um, vinha outro, me sentia uma coisa... (Usuária, Dossiê Bahia).

A espera, a fome, a dor, a exposição raramente são amenizados com informações. A falta de comunicação entre profissionais de saúde e usuárias é uma constante nos serviços de saúde. Muitas vezes, as mulheres não são informadas sobre os procedimentos a que serão submetidas e só terão algum conhecimento ao conversar com outras usuárias que já passaram pelo processo. Muitas não entendem o procedimento pelo qual vão passar, porque precisam fazer jejum prolongado, porque estão esperando. Encontramos usuárias em diferentes estados que chegaram a pensar em ir embora da maternidade devido à demora e a falta de explicação.

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005c) recomenda que a mulher deve ser orientada para que possa conduzir o processo como sujeito da ação de saúde, tomar decisões e exercer o auto-cuidado. A desinformação prejudica o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissionais e usuárias e compromete a continuidade e efetividade das ações de saúde.

A falta de comunicação é resultante do tipo de relação que os profissionais entendem que devem estabelecer com a usuária, vista como paciente. O tecnicismo é uma marca nessa conduta, onde o saber técnico do profissional de

saúde produz um distanciamento na relação profissional-usuária, baseado na relação superioridade/inferioridade. Alguns profissionais de saúde se referem à mulher como cureta, o que faz com que a mulher que está abortando seja reduzida a um procedimento ou objeto. O depoimento de um profissional de saúde revela a forma como colegas atuam em relação ao abortamento:

“Eles não topam anestesiarem as mulheres para curetar a noite, deixam tudo para o turno da manhã. Eles não levantam. Se entrar outra mulher para curetar, pode estar sangrando, com hemorragia, se for chamar eles dizem piadinha tipo: ‘junte tudo que for cureta que depois eu vou’”. (Profissional de saúde de Petrolina, dossiê PE).

Na ausência de diálogo, a usuária se sente como objeto, tratada com total descaso. “É difícil identificar os profissionais que nos atendem, eles não dizem seus nomes e ler nas batatas na hora da dor é muito difícil” (Usuária, dossiê PB). Mais uma vez, o depoimento demonstra a baixa condição socioeconômica das mulheres, com baixa escolaridade, aumentando a vulnerabilidade a que são submetidas nos serviços de saúde.

A forma como os alunos/estagiários são conduzidos por professores e como estes se aproximam das usuárias se configura como uma aprendizagem do modelo de relação profissional-usuária predominante no setor saúde, levando a adoção de práticas de constrangimento, punição e ausência de diálogo. A atitude tecnicista e a postura de superioridade e julgamento criam barreiras para a aproximação entre usuária e profissionais, comprometendo a confiança e o diálogo, importantes para o acolhimento no atendimento.

O atendimento carece de escuta qualificada por parte dos profissionais de saúde. A escuta qualificada pressupõe ouvir e interagir com as necessidades, dificuldades, dúvidas e angústias das usuárias. Também deve considerar a inserção social, cultural, história familiar, história de relacionamento com o parceiro e desejo de ter ou não ter filhos. Envolve também uma questão de direitos e cidadania, resgatando a condição de sujeito histórico da usuária e não o de mera depositária das condutas médicas.

Criminalização das mulheres e a presença de valores religiosos no atendimento

A desumanização está relacionada à situação de clandestinidade do aborto no país. A crescente criminalização das mulheres que abortam tem feito aumentar os casos de prisão de mulheres nas comunidades e também nos hospitais. Relato do dossiê mostrou que em um dos hospitais do Rio de Janeiro, “a chefe de obstetrícia chamou a polícia, pois a mulher tinha ajudado outra a fazer um aborto, pois a ‘aborteira’ tinha sumido com o feto. Essa mulher foi presa e a médica foi testemunha de acusação” (Dossiê RJ). Os casos de delação têm coexistido com a prática de profissionais de saúde em serviços públicos brasileiros, configurando desrespeito aos direitos humanos das mulheres no tocante a salvaguardar o sigilo do atendimento e do prontuário, na contramão do que preconiza a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento ¹⁹. Além da denúncia por parte dos profissionais de saúde, ainda existem outras formas de criminalização através da legitimação dos maus tratos, da punição, das atitudes preconceituosas, dos julgamentos morais e das acusações sofridas pelas mulheres que abortam.

¹⁹ Diante de abortamento natural ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, por estar diante de um segredo médico cuja revelação é antiética e criminosa, em especial porque pode ensejar procedimento criminal contra a mulher.

A forma de se referir as mulheres é carregada de julgamentos e preconceitos: “temos as freguesas, temos uma parcela da população refratária com quem nenhum médico consegue conversar, são as drogadas, as que vivem de qualquer forma, que não dão importância ao que dizemos”. “Elas têm um tipo de vida descomprometida com tudo, essas pessoas que fazem aborto... e depois se arrependem” (Profissional de saúde de Salvador, Dossiê BA).

As visitas nos serviços, as observações dos atendimentos, as entrevistas com usuárias, depoimentos e expressões utilizadas por profissionais de saúde entrevistados/os, com frequência, indicaram a urgência da superação das várias formas de discriminação que afetam as mulheres em processo de abortamento.

Abordagens preconceituosas, inadequadas e instituídas pelos profissionais de saúde tornam o atendimento desumano e marcado pela violência institucional. As mulheres que abortam são julgadas como irresponsáveis e descomprometidas, sem que os profissionais tenham praticado a escuta qualificada sobre os motivos das mulheres para engravidar e para abortar e as dificuldades que elas tenham para realizar a prevenção da gravidez. Verificou-se, também, a presença do tom investigativo e valorativo sobre a atitude da mulher, ignorando o sentido de uma abordagem humanizada.

“Noutra instituição, um profissional afirmou que antes queria ser ginecologista, mas no final do curso escolheu ser anestesista. “Sabem por quê? Porque sedare dolore divinum est ”²⁰. Depois esse mesmo profissional retornou ao local onde estávamos, trazendo uma mulher pelo braço. Num gesto de falta de respeito em relação a ela, mostrou-a para nós ao mesmo tempo em que lhe perguntava, num tom agressivo: ‘Foi espontâneo ou provocado? Diga minha filha, quantos comprimidos você botou na vagina? Quantos você tomou? Você é dessas que mata a cobra e mostra o pau?’. Em seguida ordenou à enfermeira que a levasse para o centro cirúrgico e acrescentou: “Deixa ela lá sentindo um pouco de frio”. (Dossiê BA)

Investido da autoridade, o médico se atribui o poder de interrogar a usuária sobre se ela induziu o abortamento de forma investigativa. O depoimento sintético de uma usuária resume bem.

“Não tive acompanhante. Tive acusante. Só isso”. Para muitos profissionais, tratar a mulher mal é uma forma de fazê-la espiar a culpa por ter abortado. “E a gente sabe que o preconceito é tão grande que inclusive as mulheres que chegam aos hospitais abortando de maneira natural também são mal tratadas, porque sempre existe a suspeita de que a mulher tenha feito algo para provocar esse aborto” (Pesquisadora, Dossiê MS).

De fato, atitudes dos profissionais de saúde são marcadas por valores morais religiosos, dificultando o atendimento aos casos de abortamento. Muitos profissionais de saúde são católicos ou evangélicos e têm problemas para realizar o aborto, por transferirem suas crenças religiosas para a atuação profissional. Muitos explicam suas resistências em função de um posicionamento de defesa da vida. Todavia, com posturas opostas à preservação da vida das mulheres, o profissional de saúde julga a mulher, adota atitudes punitivas e discriminatórias, boicota o atendimento ou se recusa a realizar o procedimento de aborto legal. Profissional de saúde do Rio de Janeiro apontou as dificuldades nos serviços de aborto legal:

²⁰ “Sedar a dor é um ato divino” (tradução das autoras do Dossiê).

“Mesmo assim, percebo resistências dos médicos obstetras e anestesistas em fazer o procedimento por questões de foro íntimo. A maternidade veste a camisa, mas o profissional cuja concepção é preservação da vida acaba julgando a mulher e se recusando a realizar o procedimento” (Dossiê RJ)

É fundamental para a formulação e implementação de políticas públicas o aprofundamento das questões relativas à prática dos profissionais de saúde de forma a criar um ambiente favorável para a atenção ao abortamento, diminuindo o estigma e estimulando os profissionais, independente de preceitos morais e religiosos, a adotarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres.

Alguns profissionais de saúde, a despeito da filiação religiosa e dos julgamentos que façam, tentam garantir o atendimento:

Com relação à questão religiosa, existe um preconceito grande. Sou adventista, mas entendo que o problema é entre a mulher e Deus. Agora, eu trabalho com 17 profissionais (em formação acadêmica), e às vezes eu vejo um deles perguntar se o aborto foi provocado. Eu digo a eles que não estão ali para estas perguntas, que a evolução deles é o cuidado, é ver sinais vitais... (Profissional de saúde, dossiê PE).

Todavia, o ambiente das maternidades está marcado por simbolismos religiosos, em grande maioria dos serviços pesquisados, que infringem a laicidade do atendimento e das políticas públicas. Símbolos católicos predominam, como crucifixos, imagens de santos, quadros com salmos nos corredores, imagens de Virgem Maria em salas de acolhimento e até mesmo capelas no interior das maternidades, assim como televisão transmitindo programas católicos e evangélicos nas enfermarias. A presença religiosa nos serviços está instituída de forma naturalizada, corroborando para a legitimação das práticas abusivas de profissionais e para a culpabilização das mulheres. Também implica no desrespeito a mulheres afiliadas a outras religiões, como os cultos afros, ou aquelas que não têm religião. O depoimento da direção de uma maternidade em Pernambuco confirma a institucionalização do desrespeito a laicidade: “Aqui no hospital tem um projeto evangélico que vem para rezar e ler a bíblia para as pacientes, todos os dias, e um grupo carismático da igreja católica que vem todo final de semana... é uma rotina, um conforto” (Dossiê PE).

E as mulheres, o que sentem?

Diante desse panorama, as mulheres ficam em situação ameaçadora quando estão nos serviços de saúde em busca de atendimento para o abortamento provocado ou espontâneo e o sentimento de insegurança e solidão é comum nas salas das maternidades. “Tive medo. Tinha muito medo de que algo ruim acontecesse. Só fui parar no hospital por conta da hemorragia. Sangrei a noite toda, estava muito fraca e a hemorragia parecia que só aumentava” (Usuária, Dossiê MS).

A condição de clandestinidade e as inúmeras violências institucionais fazem com que muitas mulheres não procurem o serviço ou o façam tardiamente. Chegando aos serviços, é comum que refiram um sangramento espontâneo, omitindo a indução do abortamento, como estratégia de proteção aos julgamentos e à discriminação por parte de profissionais de saúde. Assim como a crescente ameaça de delação e prisão que grupos conservadores têm promovido em oposição às lutas das mulheres pela ampliação de direitos.

Muitas vezes, essa atitude das usuárias é confrontada pelos profissionais e estudantes com abordagens que buscam extrair a confissão. Mesmo quando se afirma que o profissional não tem o direito de julgar, os discursos são indicativos da forma como tratam as mulheres, sendo a condição social e vulnerabilidade banalizadas: “No entanto, a gente conhece o folclore das histórias das pacientes que chegam ao hospital público oriundas de abortamento provocado” (Gestor de saúde, Dossiê RJ).

O sentimento de solidão é expresso pelas mulheres e está associado à ausência do “parceiro” da gravidez, à ausência de diálogo dos profissionais de saúde, ao fato de estarem numa situação de clandestinidade e às grosserias e abuso de autoridade de profissionais de saúde, assim como todo tipo de maus tratos sofridos durante a passagem pela maternidade. Há também o fato de que mulheres que abortam não têm direito a acompanhante, muitas vezes justificada pela falta de espaço, todavia é mais um reflexo da criminalização a prática do abortamento nos serviços.

Quando são tratadas com descaso, falta de acolhimento e de assistência adequada às suas necessidades, as mulheres avaliam negativamente profissionais e serviços. Também positivamente quando recebem um atendimento humanizado.

Todavia, minimizam as violações mediante a resolução do problema, após conseguir o atendimento, relatam o sentimento de alívio.

“Senti um alívio por ter conseguido. Um grande alívio depois que tudo deu certo. Foi a melhor coisa que aconteceu. É lógico que passar pelo sofrimento, pelo medo, angústia, não é bom. Mas não tenho nenhum arrependimento...” (Usuária, Dossiê PB).

Considerações finais

O estudo realizado em cinco estados, com alta incidência de aborto inseguro, de três regiões brasileiras, trouxe dados que refletem a realidade nacional, com algumas exceções. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005C) aponta o uso da AMIU como método mais barato, rápido e seguro do que a curetagem. Mas, em todos os estados estudados – Pernambuco, Paraíba, Bahia, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro - a Curetagem Pós-Aborto (CPA) foi escolhida como método em 98% dos procedimentos para concluir o processo de abortamento. Recife apresentou o maior índice de uso da AMIU, chegando a 10% em relação ao uso de CPA.

Nesses mesmos estados, depoimentos de mulheres que procuram os hospitais em situação de abortamento revelam grande frequência de atendimento desumano, longas esperas em jejum e em processo de sangramento, curetagens feitas sem anestesia, atitudes de recriminação e culpabilização das clientes que se submeteram à indução do aborto.

Também foram encontradas graves falhas na atenção ao planejamento reprodutivo pós-aborto. Em geral, o atendimento não acontece no pós-aborto imediato e não é referenciado, e quando acontece se realiza de modo informal. No Mato Grosso do Sul, ficaram atestadas falhas graves na cobertura, na qualidade do atendimento e

na manutenção do estoque de métodos anticoncepcionais, afetando a zona rural e os estratos pobres da população, com destaque para a população indígena.

Esse panorama aponta que um dos instrumentos fundamentais para reverter essa realidade é a incorporação na prática cotidiana dos profissionais de saúde das recomendações da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005c). No entanto, muito há que ser feito no tocante aos valores e julgamentos morais dos profissionais de saúde, visto que não é possível praticar as recomendações de acolhimento, respeito à decisão e atenção humanizada, se não houver uma postura laica da/do profissional de saúde de aceitação da decisão da mulher de abortar, sem julgamento de sua conduta.

O conjunto dos dossiês trouxe uma série de recomendações direcionadas a parlamentares, gestores, entidades de formação profissional no intuito de colaborar para a transformação dessa realidade gerada pela lei restritiva ao aborto no Brasil como uma barreira para o acesso à saúde como um direito humano das mulheres.

Recomendações para as Autoridades Competentes

As recomendações abaixo resultam das conclusões alcançadas a partir dos dados levantados para a elaboração dos cinco dossiês e do debate realizado entre gestores, profissionais de saúde e lideranças do movimento de mulheres a partir desse trabalho. Visam colaborar para a melhoria da qualidade da assistência às mulheres em situação de abortamento em todo o Brasil a partir da experiência dos estados estudados e para a ampla reflexão sobre a necessidade da descriminalização e legalização do aborto no Brasil.

- Considerando que a prática ilegal do aborto não reduz sua incidência e que a legislação atual causa impactos negativos na vida das mulheres, na qualidade do atendimento e no Sistema Único de Saúde;
- Considerando que nas regiões mais pobres do país e nas periferias dos centros urbanos, a dificuldade do acesso das mulheres à informação e aos serviços de saúde de planejamento reprodutivo pode ser a causa de elevado número de gravidezes indesejadas, que podem resultar na prática de abortos inseguros com risco de vida para as mulheres;
- Considerando que a maioria das mulheres que acessa os serviços de saúde para assistência ao abortamento inseguro é negra, jovem e pobre, em situação de desemprego, com média escolarização e que já têm filhos;
- Considerando que o aborto é a quarta causa de morte materna em nosso país, causa já superada em países onde o aborto é legalizado;
- Considerando que o procedimento de abortamento realizado por profissionais treinados e em condições sanitárias seguras não representa riscos para a saúde e a vida das mulheres. Nos países do Norte, a possibilidade de uma mulher morrer devido às complicações derivadas da prática de aborto é de uma em 100.000 procedimentos, ou seja, é menor do que o risco de morrer na gravidez e no parto (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1999);
- Considerando que o Comitê de Direitos Humanos da ONU estabeleceu que *“o respeito à vida das mulheres inclui o dever dos Estados de adotarem medidas para evitar que elas recorram a abortos inseguros e clandestinos que ponham em risco a sua vida e a sua saúde, especialmente quando se tratar de mulheres pobres e afro-descendentes”*;
- Considerando que o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (Comitê CEDAW) da ONU,

em sua Recomendação Geral nº. 24 expressou que negligenciar o acesso a serviços de saúde que somente as mulheres necessitam é uma forma de discriminação contra as mulheres: *“Outras barreiras ao acesso das mulheres a uma assistência de saúde apropriada incluem as leis que criminalizam procedimentos médicos que somente as mulheres necessitam e que punem as mulheres que se submetem a tais procedimentos”; e dispõe que “quando possível, a legislação que criminaliza o aborto deveria ser reformada para remover provisões punitivas impostas às mulheres que se submetem ao aborto”;*

Considerando que o acesso a serviços de aborto seguro está diretamente relacionado ao maior ou menor poder aquisitivo de quem busca tais serviços. As mulheres das classes mais favorecidas têm acesso a clínicas particulares e profissionais mais capacitados do que as mulheres com menor status socioeconômico. O Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (Artigo 2) e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (Artigo 2), ambos ratificados pelo governo brasileiro, estabelecem o dever do Estado em garantir o exercício dos direitos humanos sem discriminação de qualquer natureza, incluindo a socioeconômica;

E, finalmente, considerando que a criminalização do aborto traz como consequência a clandestinidade da prática e a sua realização em condições de insegurança, relacionamos abaixo as seguintes recomendações:

- Aumentar a cobertura e qualificar a assistência obstétrica em todos os municípios, de acordo com a complexidade de gestão do SUS;
- Organizar redes de serviços de atenção obstétrica e neonatal com garantia de atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, respeitando os mecanismos de referência e contrarreferência;
- Aumentar a cobertura e qualificar a rede de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, garantindo o aborto nos casos previstos em lei;
- Qualificar e humanizar a atenção às mulheres em situação de abortamento nos hospitais;
- Difundir a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde e monitorar e avaliar sua implantação nos serviços;
- Ampliar a utilização do método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) nos serviços que já o utilizam e implantar o procedimento como rotina nas maternidades brasileiras, tendo em vista a constatação do seu benefício para as usuárias e para o serviço;
- Criar mecanismos e rotinas que visem diminuir o tempo de permanência das mulheres em processo de abortamento no serviço;
- Respeitar a privacidade da mulher durante o atendimento ao processo de abortamento;
- Disponibilizar o exame de ultra-sonografia nos municípios, a fim de diminuir o tempo de espera das mulheres para a realização do procedimento, evitando as longas esperas, os jejuns e os deslocamentos;
- Facilitar a compra de medicamentos, especificamente do Misoprostol, através de novas portarias e resoluções que garantam a obtenção às maternidades e aos hospitais de pequeno porte e do interior;
- Priorizar a melhoria da assistência ao planejamento reprodutivo nos municípios, através da implementação das ações do Planejamento Familiar e do monitoramento das mesmas;
- Garantir o atendimento ao planejamento reprodutivo pós-abortamento nas maternidades, referenciando as usuárias para a atenção básica;
- Garantir o atendimento psicossocial às mulheres em situação de abortamento nas maternidades públicas;
- Desenvolver processo de educação permanente com profissionais de saúde, na perspectiva de gênero, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, que tenha como foco a relação profissional de saúde-usuária, as questões relativas ao abortamento inseguro e ao aborto previsto em lei, visando à humanização da assistência;

- Possibilitar a participação do movimento feminista na elaboração dos processos de educação permanente a serem desenvolvidos com profissionais de saúde a respeito do tema do abortamento;
- Estimular a realização de pesquisas que possam visibilizar as questões sobre abortamento e contracepção a partir do ponto de vista das mulheres em interface com o meio em que vivem e suas especificidades culturais;
- Apoiar a realização de campanhas sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos, direcionadas à população mais vulnerável, destacando as mulheres residentes em municípios do interior, jovens e adolescentes.

Recomendação Final

Recomenda-se aos representantes do Congresso Nacional, a partir do comprovado impacto da legislação atual sobre o aborto na saúde das mulheres, na qualidade do atendimento e no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme os fatos e dados apresentados no presente relatório, que apóiem e aprovem os projetos de lei em trâmite nesta Casa que versem sobre a revisão da lei atual restritiva em relação ao aborto, apoiando a sua descriminalização e posterior regulamentação através do Sistema Único de Saúde, adotando como referência o teor da proposta elaborada pela Comissão Tripartite para a Revisão da Legislação Punitiva sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez, em agosto de 2005.

Bibliografia

- ARAÚJO, M. J. O; ADESSE, L. Misoprostol, Metotrexate, Mifepristona y Derecho AL Aborto en Brasil. In: Symposium Misoprostol y Mifepristona em Gineco-Obstetricia, 3º, 2007, Valencia. Libro de Ponencias. Valencia: Ed. Mediterranea, 2007.
- ALEXANDER, S. "Maternal health outcomes in Europe". In: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. [S.l.: s.n.], 2003, 111:S78-87
- BART JOHNSTON, H; GALLO, MF; BENSON, J.. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. In: Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 33(4), 2007.
- BORGES, M.S.; LIMA, A.C.; SOARES, G. S. Dossiê. O impacto da realidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de João Pessoa e Campina Grande. Recife: Grupo Curumim; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do sistema único de saúde. Sistema de Informação em Saúde/SUS. 2009. Disponível em: www.datasus.gov.br. [25 NOV 2009].
- _____. Ministério da Saúde e CEBRAP. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006. Série G. Estatística e Informação em Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- _____. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. 2003 – 2006. Brasília, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília, 2005a.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria MISOPROSTOL N 344/98.
- CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR. Panorama do Aborto Legal no Brasil. São Paulo: Católicas pelo direito de decidir, 2006.
- COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO SOBRE MORTALIDADE MATERNA, Relatório da CPI sobre a Situação da Mortalidade Materna no Brasil, agosto 2001.
- COMITÊ CEDAW, Doc. UN Cedaw/C/1998/II/L.1/Add. 7, parágrafo 6, 1998.
- COMITÊ CEDAW, CEDAW/C/BRA/CO/6, 2007, disponível através dos links [http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw"\);www.redefeminista.org.br; www.ipas.org.br e www.datasus.org.br](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw).
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. Plataforma do Cairo, 1994. Relatório Final. Disponível: <http://200.130.7.5/spmu/portal_pr/eventos_internacionais/onu/Relatório%20Cairo.pdf> . Acesso em: 20 de novembro de 2010.
- CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, Pequim, 1995. http://200.130.7.5/spmu/portal_pr/eventos_internacionais/onu/Relatório%20Pequim.pdfAcesso em: 20 de novembro de 2010.
- COSTA, A. L; ZIOLKOWSKI, N. E. Dossiê sobre aborto inseguro para advocacy: O impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e na qualidade da atenção à saúde reprodutiva em Campo Grande e Corumbá, Mato Grosso do Sul. Recife: Grupo Curumim; 2010.
- COSTA, A. L; ZIOLKOWSKI, N. E. Diretos sexuais e reprodutivos: desafios para a cidadania. Disponível no endereço eletrônico: <<http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2008/05/420508.shtml>>
- CUNHÃ COLETIVO FEMINISTA. Promotoras populares de saúde: Monitoramento da assistência a Mulheres em Processo de Abortamento. Relatório de Pesquisa. (mimeo). João Pessoa, 2009.
- DINIZ, D; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna, 2010. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/002.pdf>. Acesso em: 20/07/2010.
- GALLI, M. B.; PIOVESAN, F.; PANDJIARJIAN, V. Mortalidade materna e direitos humanos: as mulheres e o direito de viver livre de morte materna evitável. Rio de Janeiro: ADVOCACI; 2005.
- GALLI, M. B.; VIANA P.; SHIRAIWA, T. Dossiê sobre aborto inseguro para advocacy: O impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e na qualidade da atenção à saúde reprodutiva no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IPAS; 2010.
- GASTAUD, A. L. A mortalidade materna e a mortalidade infantil em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2000 a 2002. Tese de doutorado, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2007.
- HEILBORN, M.L., AQUINO, E.M.L., BOZON, M.; KNAUTH, D. R. O aprendizado da sexualidade. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/ Fiocruz; 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. As estatísticas do Registro Civil, 2007.
- INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). Relatório de pesquisa: Muerte y negación: aborto inseguro y pobreza. 2007
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. [S.l.]: Relatório de Pesquisa apresentado no V Fórum Nacional de Mortalidade Materna. 102 p., 2003.
- LOPES, R.C. et al. Avaliação do estado emocional em mulheres que foram submetidas a atendimento obstétrico devido a quadro de aborto. 15º Congresso Baiano de Ginecologia e Obstetrícia. Programa Oficial e Anais, Salvador. 2003.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2. ed. Brasília, 2005b.
- _____. Norma técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento. Brasília, 2005c.
- _____. Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, 1999.
- MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E.M.L. Mortalidade materna na Bahia, 1998. Relatório de pesquisa. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Sec. Saúde do Estado da Bahia, 2001.
- MENEZES, G. M. S; MARINHO, L. O que é o 28 de Setembro [texto produzido para o Dia de Ação pela Descriminalização do Aborto na América Latina e no Caribe. Salvador. 2008].
- MONTEIRO M. & ADESSE L., Relatório de pesquisa Magnitude do aborto no Brasil: Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais, Ipas Brasil e IMS/UERJ, 2007.
- MONTEIRO M.F.G, ADESSE L, E LEVIN J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. Revista Radis – Comunicação em Saúde [periódico on line], Nº 66. Fevereiro de 2008. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis_66.pdf [11 abr 2009].
- RABAY, G. & SOARES, G. Abortamento inseguro: assistência e discriminação. João Pessoa, Cunha – Coletivo Feminista; Marmesh, 2008.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2005, Belo Horizonte. Dossiê Aborto inseguro, 2005.
- _____. 2003, Belo Horizonte. Aborto não deve ser crime. Boletim da Rede Feminista de Saúde.
- _____. 2001, Belo Horizonte. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.
- SIMONETTI, C.; SOUZA, M.H; ARAÚJO, M.J.O. Dossiê A realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana. Salvador: Secretaria Municipal de Reparação, 2008.
- SOUZA, V. L. C. 1998. Aborto: A problemática em Feira de Santana-Bahia. In: Sitientibus, Feira de Santana, n.19, p.9-25, jul./dez. 1998.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Sharing responsibilities: Women, society and abortion worldwide. New York and Washington D.C., 1999.
- _____. Aborto clandestino: uma realidade latinoamericana. Nova Iorque, [s.n.], 1994.
- TOLEDO, K. Contraceptivos. O Estado de São Paulo. São Paulo. 14 de jun de 2010. Caderno Vida.
- VALONGUEIRO, S. Mortalidade materna em Pernambuco, Brasil: o que mudou em dez anos? ("Maternal Mortality in Pernambuco, Brazil: what changed in ten years?") in: Reproductive Health Matters, 15 (30):134-144; 2007
- VIANA, A. P.; GALLI, B.; MELO, N. M. Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro em Pernambuco: O impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de Recife e Petrolina. Rio de Janeiro: Interage, 2009.

Anexo 1

Quadro: Maternidades pesquisadas e atuação de parlamentares nos estados/municípios estudados

Estado	Capital / município	Maternidade	Parlamentares e formas de atuação no projeto
Pernambuco	Recife	Maternidade Prof. Barros Lima	Dep. estadual Teresa Leitão (PT) – Articulação para lançamento na Assembleia Legislativa Dep. Federal Paulo Rubem (PT) – Articulação para lançamento na Câmara Federal Participaram das visitas às maternidades, das coletivas de imprensa e do lançamento no estado.
	Petrolina	Maternidade do Hospital Dom Malan,	
Bahia	Salvador	Maternidade Tsyla Balbino Instituto de Perinatologia da Bahia – Iperba	Vereadoras presentes no lançamento no estado: Vânia Galvão (PT) Olívia Santana (PCdoB) Aladilce Souza(PCdoB) Marta Rodrigues (PT) Deputado Estadual Presente no lançamento no estado Daniel Almeida (PCdoB) Deputadas/os Federais presentes no lançamento no estado Zezeu Ribeiro (PT) Lídice da Mata (PSB) Alice Portugal (PCdB) Neuza Cadore (PT)
	Feira de Santana	Maternidade Prof. José Maria de Magalhães Neto	
Paraíba	João Pessoa	Instituto Cândida Vargas	Não houve atuação parlamentar
	Campina Grande	Maternidade Elpídio de Almeida	
Mato Grosso do Sul	Campo Grande	Maternidade Cândido Mariano	Dep. estadual Paulo Duarte (PT) – Articulação na Assembleia Legislativa Dep. estadual Marcus Trad (PMDB) Receberam em seus gabinetes a comitiva de pesquisadoras e do movimento de mulheres.
	Corumbá	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	

Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Maternidade Pró-Matre	Dep. estadual Inés Pandeló (PT) – asses. Acompanhou as visitas e participou da audiência pública. Dep. estadual Paulo Ramos (PDT) - Acompanhou as visitas e participou da audiência pública. Dep. estadual Marcelo Freixo (PSOL) - -Articulação na Assembléia Legislativa, convocou e coordenou a audiência pública e acompanhou as visitas às maternidades.
	Nova Iguaçu	Hospital Geral de Nova Iguaçu/ Hospital da Posse	
	Duque de Caxias	Hospital Municipal Dr. Moacyr do Carmo	

Anexo 2

RELATÓRIO DE COMUNICAÇÃO

A Comunicação, pela sua natureza política, é um elemento indispensável nas estratégias de intervenção em defesa dos direitos das mulheres. Sendo assim, desde a fase de produção até a difusão dos dossiês, utilizaram-se ferramentas específicas de comunicação, as quais consideraram os contextos locais, as pessoas e instituições envolvidas e a relevância que os veículos de comunicação de massa (públicos, privados, comunitários, etc.) possuem para a continuidade ou o rompimento de estigmas sociais. A cobertura dos jornais revelou, mesmo nos não-ditos, as tendências políticas e sociais dominantes, ou mesmo latentes. Ainda assim, os dados estarrecedores que demonstraram a vulnerabilidade das mulheres diante de um tema-tabu, como o aborto, conseguiram furar o filtro das interdições midiáticas, além de deixar um bom gancho, utilizando o jargão jornalístico, para outras matérias sobre interrupção voluntária da gravidez que sucederam as inserções aqui citadas.

INSERÇÕES NA MÍDIA NOS ESTADOS:

INSERÇÕES PERNAMBUCO

Período: 10/06/2008 a 12/08 /2008

Responsável: Nataly Queiroz – Assessoria de Comunicação

Quantidade de inserções: Impresso – 10 inserções

Televisão – 03 inserções

Rádio – 11 inserções

Web – 19 inserções

IMPRESSO				
Veículo	Editoria	Data	Assunto	Fonte
Gazeta do São Francisco	Geral	10/06/2008	Dossiê/visita Dom Malan	Da assessoria
Folha de Pernambuco	Grande Recife	10/06/2008	Dossiê/visita Barros Lima	Paula Viana
Jornal do Comércio	Cidades	11/06/2008	Dossiê/visita Dom Malan	Da assessoria
Gazeta do São Francisco	Geral	11/06/2008	Dossiê /visita Dom Malan	Paula Viana
Folha de Pernambuco	Grande Recife	22/06/2008	Dossiê / Aborto no Brasil	Núbia Melo
Folha de Pernambuco	Editorial	24/06/2008	Favorável a descriminalização aborto	
Diário de Pernambuco	Brasil	03/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Beatriz Galli
Diário de Pernambuco	Vida Urbana	03/07/2008	Pesquisa/ Dossiê	Da assessoria
Jornal de Uberaba (MG)	Caderno B / Saúde	04/07/2008	Dossiê	Beatriz Galli
Diário de Pernambuco	Vida Urbana	12/08/2008	Audiência ALEPE/ Dossiê	Da assessoria
TELEVISÃO				
Emissora	Programa	Data	Assunto	Fonte
TV Grande Rio (Globo)	Noticiário Grande Rio	10/06/2008	Dossiê/visita Dom Malan	Paula Viana
TVU	Nosso Jornal	11/06/2008	Dossiê /Balanço	Paula/Núbia
TV Jornal	TV Jornal Notícias	03/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Núbia Melo
RÁDIO				
Emissora	Programa	Data	Assunto	Fonte
Rádio Folha	Folha Notícias	09/06/2008	Dossiê /Visita Barros Lima	Paula Viana
CBN	CBN Recife	09/06/2008	Dossiê /visita Barros Lima	Paula Viana
Rádio Folha	Folha Notícias	11/06/2008	Dossiê /balanço	Núbia Melo
Rádio Universitária FM	Redator Comunitário	12/06/2008	Dossiê/balanço	Paula Viana
Rádio Palmares	Rádio Mulher	16/06/2008	Dossiê /balanço	Paula Viana
CBN	CBN Recife	26/06/2008	Audiência Alepe/ Dossiê	Núbia Melo
CBN	CBN Recife	03/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Núbia Melo
Rádio Clube	Super Tarde	07/07/2008	Projeto/dossier	Paula Viana
Rádio Jornal	Super Manhã	12/08/2008	Audiência Alepe/ Dossiê	Paula Viana
CBN	CBN Recife	12/08/2008	Audiência Alepe/ Dossiê	Paula Viana
Rádio Folha	Folha Notícias	12/08/2008	Audiência Alepe/ Dossiê	Paula Viana
WEB				
Portal	Seção	Data	Assunto	Fonte
Pernambuco.com	Últimas	09/06/2008	Visita Barros Lima	Da assessoria
Folha Digital	Notícias	09/06/2008	Visita Barros Lima	Da assessoria
JC Online	Cidadania	25/06/2008	Audiência Alepe	Da assessoria
Pernambuco.com	Últimas	25/06/2008	Audiência Alepe	Da assessoria
Folha Digital	Notícias	25/06/2008	Audiência Alepe	Da assessoria
Hotlink	Local	25/06/2008	Audiência Alepe	Da assessoria
JC Online	Últimas	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Agência Estado
Pernambuco.com	Últimas	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Agência Brasil
Agência Brasil	Notícias	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Beatriz Galli
Fórum PLP's do Distrito Federal		02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Agência Brasil
Agência Brasil	Notícias	02/07/2008	Projeto/Aborto no Brasil	Beatriz Galli
UOL	Últimas	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Agência Brasil
Hotlink	Brasil	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	UOL
Adital	Brasil	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Paula Viana
Agência Estado	Últimas	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Beatriz Galli
Agência NE	Notícias	06/07/2008	Dossiê /balanço	Dados dossiê
Rits	Rets	11/07/2008	Dossiê	Dados dossiê
Pernambuco.com	Últimas	12/08/2008	Audiência Alepe	Da assessoria
Pauta Social	Pautas	11/08/2008	Audiência Alepe	Da assessoria
JC Online	Últimas	12/08/2008	Audiência Alepe	Da assessoria
Pernambuco.com	Últimas	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Agência Brasil
Agência Brasil	Notícias	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Beatriz Galli
Fórum PLP's do Distrito Federal		02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Agência Brasil
Agência Brasil	Notícias	02/07/2008	Projeto/Aborto no Brasil	Beatriz Galli
WEB				
Portal	Seção	Data	Assunto	Fonte
UOL	Últimas	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Agência Brasil
Hotlink	Brasil	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	UOL
Adital	Brasil	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Paula Viana
Agência Estado	Últimas	02/07/2008	Entrega dossiê Câmara	Beatriz Galli
Agência NE	Notícias	06/07/2008	Dossiê /balanço	Dados dossiê
Rits	Rets	11/07/2008	Dossiê	Dados dossiê
Pernambuco.com	Últimas	12/08/2008	Audiência Alepe	Da assessoria
Pauta Social	Pautas	11/08/2008	Audiência Alepe	Da assessoria
JC Online	Últimas	12/08/2008	Audiência Alepe	Da assessoria

INSERÇÕES BAHIA

Período: 13/11/2008 a 12/02/2009

Responsável: Linda Bezerra e Perla Mayane Santos Ribeiro - Assessoria de Comunicação

Nataly Queiroz – Consultoria em Comunicação

Quantidade de inserções: Web – 15 inserções

WEB				
Portal	Seção	Data	Assunto	Fonte
Grupo Curumim	Post	13/11/2008	Dossiê / Lançamento	Da Assessoria
Blog Bahia de Fato	Post	03/12/2009	Dossiê / Lançamento	Da Assessoria
Blog Política Livre	Post	03/12/2009	Dossiê / Lançamento	Da Assessoria
Adital	Notícia	05/12/2008	Dossiê / Lançamento	Lena Souza / Télia Negrão/ Assessoria
Fórum de Entidades Nacionais de Direitos Humanos	Direitos das Mulheres	06/10/2008	Dossiê / Lançamento	Agência Adital
Blog Bahia de Fato	Post	06/10/2008	Dossiê / Dados	Agência Adital
Blog Bahia de Fato	Post	06/10/2008	Dossiê / Repercussão junto a deputada Lídice da Mata	
Rádioagência NP	Nordeste	06/12/2008	Dossiê / Lançamento	Greice Menezes / Assessoria
Fórum PLP's do Distrito Federal	Direitos Humanos	06/2/2008	Dossiê / Lançamento	Agência Adital
Blog Multi-eu	Post	07/12/2008	Dossiê	Agência Adital
Ipas Brasil	Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva	Dez/2008	Dossiê	Da assessoria
Observatório de Gênero	Publicações	Dez/2008	Dossiê	Da assessoria
CCR	Notícias		Dossiê / Lançamento	Da assessoria
Rede Feminista de Saúde	Comunica Rede	19/12/2008	Dossiê	Da assessoria
Blog Infância Urgente	Post	12/02/2009	Dossiê / Dados	Dossiê

INSERÇÕES MATO GROSSO DO SUL

Período: 10/06/2009 a 07/04/2010

Responsável: Ivanise Andrade - Assessoria de Comunicação

Nataly Queiroz – Consultoria em Comunicação

Quantidade de inserções: Impresso – 05 inserções

Televisão – 01 inserções

Web – 20 inserções

IMPRESSO				
Veículo	Editoria	Data	Assunto	Fonte
O Estado de MS	Cidades	12/06/2009	Elaboração Dossiê	Da Assessoria
O Estado de MS	Cidades	19/06/2009	Elaboração Dossiê	Paula Viana / Beatriz Galli
Folha do Povo		19/06/2009	Dados Dossiê	Paula Viana
O Estado de MS	Cidades	07/04/2010	Dados aborto	JC
O Estado de MS	Cidades	09/04/2010	Dados aborto / Caso Neide Mota	Paula Viana / Beatriz Galli
TELEVISÃO				
Emissora	Programa	Data	Assunto	Fonte
TV MS Record	Jornal MS Record 2ª Edição	17/06/2009	Dossiê	
WEB				
Portal	Seção	Data	Assunto	Fonte
Capital do Pantanal	Geral	11/06/2009	Elaboração Dossiê MS	Nota / Assessoria Dossiê
Campo Grande News	Geral	11/06/2009	Elaboração Dossiê MS	Nota / Assessoria Dossiê
Ativa FM	Geral	12/06/2009	Elaboração de Dossiê MS	Nota / Assessoria Dossiê
Campo Grande News	Geral	18/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
Folha de Dourados	Estado	18/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
Blog Cravo e Canela	Post	18/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
BBC News	Notícias	18/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
Fátima News	Notícias	18/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
CCR	Cobertura Temática	18/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
Jornal Hojems	Geral	18/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
Rádio Grande FM	Mato Grosso do Sul	19/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
Pantanal Notícias	Notícias	19/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
Câmara Municipal de Pedro Gomes	Notícias	19/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
Costa Rica News	Destaque	19/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
WEB				
Portal	Seção	Data	Assunto	Fonte
Conesul News	Geral	19/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
A Tribuna News	Últimas Notícias	19/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
Idest	Notícias	19/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
CCR	Frase da Semana	19/06/2009	Dados preliminares Dossiê MS	Paula Viana
Campo Grande News	Geral	05/04/2010	Ongs denunciam abortos em MS	-
Campo Grande News	Geral	07/04/2010	Julgamento médica e denúncia Ongs	-

LEVANTAMENTO

MS registra 10,5 mil abortos induzidos

Ongs vão elaborar dossiê sobre o procedimento no Estado; número é referente a 2008

Gesiel Rocha

Mato Grosso do Sul é um dos Estados brasileiros com os maiores índices de aborto inseguro, segundo informações divulgadas pelas organizações não-governamentais Grupo Curumim, de Pernambuco, e IPAS, do Rio de Janeiro. As instituições se baseiam em um estudo feito pelos pesquisadores Mário Monteiro e Leila Adesse, do Instituto de Medicina Social do Rio de Janeiro, e divulgado no início deste ano. Conforme a pesquisa, em 2008 foram realizadas 2.480 internações no Estado em consequência de abortos, gerando uma estimativa de 10,5 mil abortamentos induzidos. Tal estimativa é baseada na proporção de abortamentos que necessitam de internação.

Tomando como base os índices verificados, pesquisadoras do Grupo Curumim e do IPAS vêm a Campo Grande nos dias 17 e 18 de junho para investigar a situação do

atendimento às gestantes e, em particular, às mulheres em situação de aborto inseguro. Juntamente com pesquisadores ligados ao Movimento de Mulheres do Estado, elas vão visitar serviços públicos de saúde e conversar com gestores, parlamentares e profissionais. Os dados coletados vão compor um dossiê sobre a realidade do aborto inseguro em Mato Grosso do Sul, que será anexado a dossiês de outros Estados para compor um estudo inédito a ser entregue ao Congresso Nacional no início de julho.

DIREITOS HUMANOS

Além do alto número de abortamentos induzidos, as instituições que vão realizar o levantamento afirmam que a situação dos direitos humanos no Estado é bastante

precária. As ONGs citam o caso das mulheres indígenas, que compõem o grupo mais vulnerável ao risco de morte e morbidade materna por aborto inseguro.

"Milhares de mulheres estão sendo criminalizadas por terem supostamente recorrido ao aborto clandestino, o que revela que o Poder Público não vem atendendo, pelo menos não com a qualidade necessária, as mulheres que necessitam desse tratamento", afirmou a assessora

das instituições. Na avaliação das coordenadoras nacionais da pesquisa, Paula Viana, do Grupo Curumim, e Beatriz Galli, do IPAS, o número de internações e as complicações delas seriam menores se a criminalização não inibisse as instituições de saúde de oferecer atenção médico-

hospitalar segura para as mulheres que decidissem induzir o aborto.

SAÚDE PÚBLICA

As informações coletadas em todo o País vão subsidiar o debate entre profissionais de saúde, gestores e parlamentares sobre a necessidade da revisão da legislação penal atual sobre o aborto. A ideia é que o tema seja tratado no âmbito da saúde pública e não mais na esfera criminal.

Dados preliminares obtidos pelas pesquisadoras revelam que a ilegalidade da interrupção voluntária da gravidez gera impacto direto na qualidade do atendimento oferecido e pode mascarar a realidade. A intervenção mais utilizada, por exemplo, para assistir mulheres que abortaram ainda seria o mais caro e arriscado (Curetagem pós-parto), na contramão da política nacional, que indica o uso de Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU).

E-mail para esta editoria: cidades@oestado.com.br

Caso Neide Mota teve repercussão nacional

• Em abril de 2007, Mato Grosso do Sul tornou-se notícia nacional quando a médica anestesiológica Neide Mota Machado, dona da Clínica de Planejamento Familiar, e mais oito funcionários do estabelecimento foram denunciados por crime de aborto e formação de quadrilha. Neide chegou a ser presa após ficar foragida durante dois meses e 19 dias, mas foi liberada por força de habeas-corpus. A médica responde a processo em liberdade, por ter praticado abortos na própria clínica por pelo menos 20 anos.

Pelo menos 10 mil fichas de mulheres que teriam se submetido ao procedimento criminoso foram apreendidas na clínica.

A polícia chegou a ouvir muitas das pacientes e o Ministério Público Estadual (MPE) pediu que mais de oito mil delas fossem excluídas da investigação. Casos que ocorreram entre 2001 e 2002 foram localizados por meio das fichas apreendidas pela polícia.

Em agosto de 2008, o juiz da 2ª Vara do Tribunal do Júri, Aluizio Pereira dos Santos, aceitou a denúncia do MPE e pronunciou os envolvidos para que sejam levados a júri popular. No entanto, todos os réus pronunciados entraram com recurso no Tribunal de Justiça (TJ) de Mato Grosso do Sul, recorrendo da sentença do magistrado de primeiro grau. (GR)

ABORTO

Pesquisadoras preparam dossiê sobre saúde materna no Estado

Luisa Amorim

• As pesquisadoras Paula Viana, coordenadora do grupo Curumim em Recife (PE) e Beatriz Galli, assessora de Direitos Humanos do Grupo IPAS, do Rio de Janeiro (RJ), estiveram em Campo Grande nesta semana para elaboração de um dossiê sobre a saúde materna em Mato Grosso do Sul. A principal motivação para a elaboração do documento é o elevado número de abortamentos inseguros subnotificados no Estado. Elas apontam que, em 2008 foram realizadas 2.480 internações no Estado em consequência de abortos, gerando uma estimativa de 10,5 mil abortamentos induzidos.

O documento, que deverá ser entregue ao Congresso Nacional, "é uma forma

de dar um direcionamento correto às políticas públicas para a mulher, que se enquadram à realidade do Estado", afirmam as pesquisadoras. O levantamento foi baseado em dados coletados no Sistema Único de Saúde (SUS) e em visitas a duas maternidades da Capital.

LEVANTAMENTO

Beatriz Galli afirma que a decisão de pesquisar a situação de Mato Grosso do Sul - o mesmo levantamento já foi feito no Estado de Pernambuco e na Bahia - foi baseada no alto volume de abortos do Estado. "O aborto deve deixar de ser criminalizado. Um grande exemplo é a história das mulheres que foram condenadas e apareceram nas principais manchetes do Brasil", afirma Beatriz. De acordo com ela, outro fator preocupante é não existir

um serviço de planejamento familiar, principalmente no Interior.

"O número de estupros notificados em Mato Grosso do Sul é muito alto. Como essas mulheres foram atendidas? Alguma dessas situações de violência resultou em uma gravidez? Elas receberam atenção qualificada relacionada à prevenção da gravidez e de Doenças Sexualmente Transmissíveis?", questiona Beatriz.

Ainda segundo dados da pesquisa, o grupo mais vulnerável do Estado são as mulheres indígenas. "Estamos conversando com as equipes, levantando dados e mostrando que esse tipo de problema deve ser mais debatido na sociedade. As mulheres com menor grau de escolaridade, mais jovens e indígenas ou afrodescendentes são as mais suscetíveis a mortes maternas", afirma Paula.

• EM 2008

Estado teve cerca de 10 mil abortos

Uma pesquisa desenvolvida pelo Instituto Social de Medicina da UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) demonstrou que Mato Grosso do Sul teve aproximadamente 10 mil abortos no ano de 2008. Com base nos dados levantados pela pesquisa, o Grupo Curumim, entidade civil feminista de Pernambuco, desenvolveu outra pesquisa no Estado, sobre a saúde reprodutiva da mulher com ênfase na realidade do aborto praticado de forma clandestina.

Os dados apurados pela UERJ, através do pesquisador Mário Monteiro, foram baseados nos cálculos obtidos nas informações do Ministério da Saúde, ou seja, dos 2.450 abortos registrados no Estado, o pesquisador calculou dados sobre a população de mulheres em idade fértil no Estado, mais os índices de violência sexual, e similares chegaram a 10.450 casos.

Esses números chamaram a atenção dos pesquisadores do Grupo Curumim, que uniu forças com a ONG Ipas, do Rio de Janeiro, para aprofundar o resultado da pesquisa e questionar sobre a saúde pública da mulher em Mato Grosso do Sul.

O grupo, para conseguir levantar os dados, esteve em hospitais e maternidades do Estado, para confrontar as informações oficiais do Ministério da Saúde e reunir números com os profissionais que estão atuando na área.

Ontem, 18, foram publicadas as primeiras informações da pesquisa, que está prevista para ser concluída no final do mês. O resultado final será



■ Entidades trabalham com rede de apoio para grávidas

divulgado em Brasília (DF) nos dias 1º e 2 de julho.

Paula Viana, 46 anos, enfermeira e pesquisadora do grupo, disse que os 250 casos de estupro no Estado no ano de 2003, mostrados pelo Relatório Nacional de Direitos Humanos do Núcleo de Estudos da Violência da USP (Universidade de São Paulo) em 2007, chamou a atenção das entidades que atuam nessa área.

Como muitos casos de abortos induzidos são feitos de forma clandestina, e difícil precisar a quantidade de abortos no Estado, e muitos profissionais contam que na maioria são feitos de forma rudimentar, introduzem objetos na vagina e também ingerem chás fortes, o que coloca em risco a vida dessas mulheres.

“Os dados utilizados nesse tipo de pesquisa sempre se baseiam em estimativas feitas a partir do sistema de informação do Ministério da Saúde, porque se tem pouco conhecimento sobre a situação real das mulheres”, relata a pesquisadora.

A pesquisa da UERJ, aponta que os municípios de Anastácio, Aquidauana, Caarapó, Corumbá, Ladário, Navirai, Ponta Porã, São Gabriel do Oeste e Sonora são os que apresentam as maiores taxas estimadas de aborto no ano de 2008.

O índice é de 20 abortos induzidos por ano, para cada mil mulheres de 15 a 49 anos. Outro dado apontado é que entre mulheres com idade inferior a 20 anos, o índice atinge 20%, considerado um dos

mais altos do País.

A violência sexual contra as mulheres é apontada como uma necessidade que precisa de cuidados específicos, como distribuição de contraceptivo e preservativos para a prevenção de gravidez e DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis).

Geralmente quando as mulheres não têm acesso aos contraceptivos acabam por recorrer aos abortos ilegais que põem em risco a própria vida.

O aborto induzido é definido como crime, pela legislação brasileira, sendo que só é permitida a prática quando a gravidez põe em risco a vida da gestante, ou nos casos de estupro, situação que ainda gera polêmica entre grupos religiosos e segmentos conservadores da sociedade.

“Queremos que o aborto deixe de ser pensado como área criminal, e seja tratado como um problema de saúde pública”, completa a pesquisadora.

A Arquidiocese de Campo Grande mantém um grupo de apoio para ajudar as mulheres que desejam o aborto, através do telefone 3321-0139. Na Paróquia São José, por dia, são atendidas em média 10 ligações; a equipe é formada por voluntários, psicólogo e médico.

Segundo informações obtidas com uma atendente, a maioria das mulheres que procuram o atendimento é de adolescentes, e as que optam por fazer o aborto se dizem arrependidas. O grupo de apoio no momento está necessitando de voluntários, que irão dar atendimento uma vez por semana pelo período de quatro horas. (LC)

Caso Neide Mota

Ex-funcionárias de clínica de aborto vão a júri amanhã

Quatro ex-funcionárias da Clínica de Planejamento Familiar, localizada na área central de Campo Grande, vão a julgamento popular às 8 horas de amanhã. O júri havia sido marcado para março, mas por conta de documentação ele deve ocorrer nesta semana e será ministrado pelo juiz, Aluizio Pereira dos Santos, da 2ª Vara do Tribunal do Júri.

A psicóloga Simone Aparecida Cantaguessi de Souza e as enfermeiras Libertina de Jesus Centurion, Maria Nelma de Souza e Rosângela de Almeida trabalhavam na clínica que pertencia a ex-médica Neide Mota Machado, realizando abortos clandestinos, conforme denúncia feita ao MPE (Ministério Público Estadual). Após o caso tomar repercussão, a unidade foi fechada em março de 2007.

Se forem condenadas, elas podem cumprir pena de 26 a 104 anos de reclusão em regime fechado por ter auxiliado Neide na realização

de aproximadamente 9 mil abortos, porém, por conta do tempo em que ocorreram os fatos, alguns crimes já prescreveram. No documento principal há pelo menos 1,2 mil abortos.

As ONGs Ipas Brasil, do Rio de Janeiro, e Grupo Curumim, de Recife, vão esperar a conclusão do júri para reforçar as denúncias aos órgãos internacionais de que o direito à privacidade das mulheres não está sendo respeitado. Essas entidades questionam o que consideram como “tratamento equivocado” sobre a questão. Elas defendem um debate sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, por isso vão denunciar o que consideram “criminalização de profissionais da saúde”.

As entidades pretendem denunciar o caso para a comunidade internacional alegando descumprimento pelo governo de compromissos internacionais em matéria de saúde sexual e reprodutiva. (JC com Bruno Desidério)

INSERÇÕES PARAÍBA

Período: 17/10/2009 a 21/10/2009

Responsável: Cristina Lima, Jô Vital e Iayna Rabay - Assessoria de Comunicação

Nataly Queiroz – Consultoria em Comunicação

Quantidade de inserções: Impresso – 03 inserções

Televisão – 03 inserções

Rádio – 02 inserções

Web – 14 inserções

IMPRESSO				
Veículo	Editoria	Data	Assunto	Fonte
Correio da Paraíba	Cidades	20/10/2009	Número de aborto na Paraíba	
Correio da Paraíba	Cidades	21/10/2009	Dossiê PB	
O Norte	Dia-a-Dia	10/09/2010	Dados Dossiê	Maria Lúcia / Gerlane Bandeira
TELEVISÃO				
Emissora	Programa	Data	Assunto	Fonte
TV Paraíba	JPB 1ª Edição	20/10/2009	Projeto Abortamento inseguro na Paraíba	
TV Correio	Jornal da Correio – 2ª Edição	20/10/2009	Riscos da curetagem para as mulheres	
TV Cabo Branco	Bom Dia Paraíba	21/10/2009	Abortamento inseguro na Paraíba	Paula Viana
RÁDIO				
Emissora	Programa	Data	Assunto	Fonte
Rádio Tabajara AM	Paraíba Agora	20/10/2009	Impacto do aborto ilegal na Paraíba	Lucia Lira/ Paula Viana
Rádio 101 FM	Paraíba Agora	21/10/2009	Impacto do aborto inseguro na Paraíba	Ana Paula Sciammarella / Socorro Borges
WEB				
Portal	Seção	Data	Assunto	Fonte
Paraíba 1	Cidades	17/10/2009	Dossiê	Assessoria
Blog Diálogo Jovem	Post	17/10/2009	Dossiê	Portal Paraíba 1
Patos Online		20/10/2009	Dados Aborto	Assessoria
Ipas	Publications	01/03/2010	Dossiê	Assessoria
Portal Correio	Cidades	01/07/2010	Dossiê Aborto PB	Nota / Da assessoria
PB Agora	Cidades	01/07/2010	Dossiê Aborto PB	Nota / Da assessoria
Rádio Liberdade Fm	Paraíba	01/07/2010	Dossiê Aborto PB	Nota / Da assessoria
WEB				
Portal	Portal	Portal	Portal	Portal
Portal Patos Absoluto	Cidades		Dossiê Aborto PB	Nota / Da assessoria
Paraíba Agora	Notícias	01/07/2010	Dossiê Aborto PB	Nota / Da assessoria
CZ Agora	Post	01/07/2010	Dossiê Aborto PB	Nota / Da Assessoria
CCR	Notícias	02/07/2010	Dossiê Aborto PB	Correio da Paraíba / Assessoria
Focando a Notícia	Saúde	02/07/2010	Dossiê Aborto PB	Nota / Da assessoria
Criança.PB	Notícias	02/07/2010	Dossiê Aborto PB	Nota / Da assessoria
Salvem as nossas crianças	Notícias	03/07/2010	Dossiês Aborto PB	Criança.PB / Assessoria

DOSSIÊ REVELA IMPACTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE João Pessoa já fez 3.266 abortos

João Pessoa é a única cidade do Estado que realiza aspiração manual intra-uterina

FLÁVIO ASEVÊDO

Apenas a Capital do Estado realiza o procedimento Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU). Este será apenas um dos dados destacados hoje no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (Isea) durante a divulgação do "Dossiê sobre a Realidade do Aborto Inseguro na Paraíba: O Impacto da Ilegalidade do Abortamento na Saúde das Mulheres e nos Serviços de Saúde de João Pessoa e Campina Grande". Nas demais cidades, o pós-abor-

to ainda é feito através da curetagem, que exige internação, e anestesia geral, aumentando os riscos de infecção hospitalar.

De janeiro a agosto deste ano, 3.266 mulheres fizeram abortos na Paraíba. A Capital João Pessoa lidera o ranking de abortos por local de internação, com 39,8% (1.301 abortos), seguida de Campina Grande, com 29,6% (969 abortos). Um único óbito foi registrado, no município de

Patos, que teve 193 abortos no período.

Os abortos ocorreram de forma espontânea, por razões médicas ou em outras gestações que terminaram com a morte do feto. As informações são do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (DataSus). A divulgação do dossiê ocorrerá às 11h, durante uma visita das pesquisadoras ao Isea. Amanhã, elas estão em João

Pessoa, no Instituto Cândida Vargas, às 10h.

Apesar de João Pessoa ser a única cidade do Estado em que é realizado o AMIU, o procedimento ainda é pouco realizado. Entre janeiro de 2008 e junho de 2009, a Capital realizou apenas 29 AMIU, enquanto que foram feitas 2.319 curetagens no mesmo período. A pesquisa foi desenvolvida por representantes do movimento de mulheres, pesquisadoras do Coletivo Feminista, Grupo Curumim e órgãos de Pernambuco, Brasília e Rio de Janeiro.

Divulgação

Informações do DataSus serão apresentadas hoje em Campina Grande e amanhã na Capital

CORREIO DA PARAIBA

Cidades

Paraíba • Quarta-feira, 21 de outubro de 2009 R\$1

Dossiê revela 115 abortos de meninas

Levantamento sobre impacto da ilegalidade do aborto mostra que garotas entre 10 e 14 anos já interromperam gestação

A divulgação, entretanto, do "Dossiê sobre a Realidade do Aborto Inseguro na Paraíba: O Impacto da Ilegalidade do Abortamento na Saúde das Mulheres e nos Serviços de Saúde de João Pessoa e Campina Grande" revelou um dado preocupante para as autoridades de saúde e de defesa da Criança e do Adolescente. De acordo com o Dossiê, 115 meninas entre 10 e 14 anos foram internadas e fizeram aborto entre janeiro de 2008 e junho de 2009 na Paraíba.

Outro dado revelado foi que as mulheres negras e pobres são responsáveis por quase metade dos abortos realizados na Paraíba no mesmo período. Do total de mulheres que fizeram o aborto espontâneo, 6.897, pouco mais de 43%, ou seja, 2.969 delas, afirmaram ser negras. Os outros 57% estão distribuídos entre brancas pobres e ricas, índias e pardas.

Em um ano e meio, foram realizadas 44.366 internações para procedimentos obstétricos, dos quais, 17,35% são para o abortamento. Os gastos públicos com a curetagem pós-aborto foi de quase R\$ 1 milhão (R\$ 946.427,14). Além dos abortos espontâneos, foram realizados 36 abortos por razões médicas e 779, resultado de outras gravidezes.

A intenção da divulgação do dossiê, segundo a pesquisadora da Articulação de Mulheres Brasileiras, Maria Lúcia Lopes de Oliveira, é diminuir a negação. Os outros 57% estão distribuídos entre brancas pobres e ricas, índias e pardas.

Em um ano e meio, foram realizadas 44.366 internações para procedimentos obstétricos, dos quais, 17,35% são para o abortamento. Os gastos públicos com a curetagem pós-aborto foi de quase R\$ 1 milhão (R\$ 946.427,14). Além dos abortos espontâneos, foram realizados 36 abortos por razões médicas e 779, resultado de outras gravidezes.

A intenção da divulgação do dossiê, segundo a pesquisadora da Articulação de Mulheres Brasileiras, Maria Lúcia Lopes de Oliveira, é diminuir a negação. Os outros 57% estão distribuídos entre brancas pobres e ricas, índias e pardas.

"Quando as mulheres procuram os serviços de saúde para realizar o aborto, muitas vezes são humilhadas e maltratadas. O aborto já é legal em casos de violência sexual e de risco de morte para a mãe, mas queremos que o atendimento seja humanizado e não criminalizado", disse. Ela afirmou que qualquer mulher grávida, ao recorrer aos hospitais para abortar, tem que ser bem assistida e orientada. "Se ela quiser levar adiante a decisão pelo aborto, deve ter seu desejo respeitado", completou a pesquisadora.



Maternidade Frei Damião faz o aborto autorizado por lei

Faite informação

"As mulheres que procuram o serviço público para abortar são na maioria pobres e negras, com idades entre 20 e 29 anos. Falta orientação, desde o pré-natal, na atenção básica e não tem planejamento familiar. Elas desconhecem ou não têm acesso aos métodos contraceptivos, como a pílula ou camisinha", falou Maria Lúcia.

Estatísticas

010 a 14 anos -	115 casos
015 a 19 anos -	1.297
020 a 29 anos -	3.430
030 a 39 -	1.698
040 a 49 -	423
050 a 59 -	18
060 a 69 -	3

Faite informação

"As mulheres que procuram o serviço público para abortar são na maioria pobres e negras, com idades entre 20 e 29 anos. Falta orientação, desde o pré-natal, na atenção básica e não tem planejamento familiar. Elas desconhecem ou não têm acesso aos métodos contraceptivos, como a pílula ou camisinha", falou Maria Lúcia.

Estatísticas

010 a 14 anos -	115 casos
015 a 19 anos -	1.297
020 a 29 anos -	3.430
030 a 39 -	1.698
040 a 49 -	423
050 a 59 -	18
060 a 69 -	3

Obs. Pesquisadora acredita que houve um equívoco na hora do preenchimento do formulário junto ao Sistema Único de Saúde, em relação ao registro de mulheres grávidas entre 60 e 79 anos, na terceira idade.

INSERÇÕES RIO DE JANEIRO

Período: Abril e Maio de 2010

Responsável: Evanize Sydow (Ipas Brasil) - Assessoria de Comunicação

Nataly Queiroz – Consultoria em Comunicação

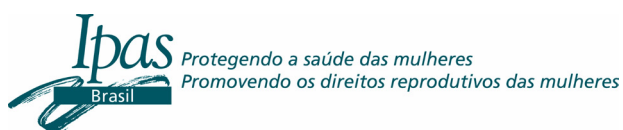
Quantidade de inserções: Impresso – 02 inserções

Rádio – 01 inserção

Web – 25 inserções

IMPRESSO				
Veículo	Editoria	Data	Assunto	Fonte
Jornal do Brasil		04/05/2010	Dossiê	
Estado de S. Paulo		04/05/2010	Dossiê	
RÁDIO				
Emissora	Programa	Data	Assunto	Fonte
Rádio MEC		30/04/2010	Dossiê	Beatriz Galli
WEB				
Portal	Seção	Data	Assunto	Fonte
Blog Eu Decido	Post	04/04/2010	Dossiê / Lançamento	Da Assessoria
Consultor Jurídico	Notas Curtas	29/04/2010	Dossiê / Lançamento	Da Assessoria
Ariquemes On line	Coluna	29/04/2010	Dossiê / Lançamento	Conjur
Terra	Brasil	30/04/2010	Dossiê / Lançamento	Da Assessoria
JB On line	Brasil	30/04/2010	Dossiê / Lançamento	Da Assessoria
O Dia	Rio	30/04/2010	Dossiê / Lançamento	Da Assessoria
Rádio 102 Fm	Cidades	30/04/2010	Dossiê / Lançamento	Da Assessoria
Rádio Cidade FM	Notícia	30/04/2010	Dossiê / Lançamento	Da Assessoria
Rio News	Post	30/04/2010	Dossiê / Lançamento	Da Assessoria
Adital	Notícias	30/04/2010	Dossiê / Lançamento	Tizuko Shiraiwa
Ciranda	Notícias	30/04/2010	Dossiê / Lançamento	Adital
Jornal da Mulher	Aconteceu	Abril/10	Dossiê	Da Assessoria
De igual a igual	Notícias	02/05/2010	Dossiê / Lançamento	Adital
Fórum PLP1z do Distrito Federaç	Notícias	02/05/2010	Dossiê / Lançamento	Adital
IPS	IPS Brasil	03/05/2010	Dados Dossiê	Kauara Rodrigues
Portal No Minuto	Cidades	03/05/2010	Dossiê	Tizuko Shiraiwa
Adital	Notícias de Pulsar	03/05/2010	Dossiê	Tizuko Shiraiwa
Agência Pressenza			Dossiê	Ciranda / Terezinha/Vicente
Jus Brasil	Notícias	03/05/2010	Dossiê / Assembléias	Da Assessoria
Coordenação Nacional das Mulheres	Notícias	03/05/2010	Dossiê / Dados	Da Assessoria
Últimas Notícias	Notícias	03/05/2010	Dossiê / Lançamento	Adital
Criança.PB	Notícias	03/05/2010	Dossiês / Lançamento	Adital
Agência Aids	Clipping	04/05/2010	Dossiê	Da Assessoria
SBC Notícias		04/05/2010	Dossiê / Dados	Beatriz Galli
CCR	Notícia do Dia	04/05/2010	Dossiê / Lançamento	Adital

Realização:



<http://www.ipas.org.br>



POR TODAS AS MULHERES • POR TODOS OS DIREITOS

<http://www.grupocurumim.org.br>

Parcerias:



jornadas.secretaria@gmail.com



<http://www.articulacaodemulheres.org.br>



REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE
DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS
<http://www.redesaude.org.br/>



<http://www.cunhanfeminista.org.br/>



<http://www.cfemea.org.br/>

IMAI

INSTITUTO MULHERES PELA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
E AOS DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

FRENTE NACIONAL CONTRA A
CRIMINALIZAÇÃO DAS
MULHERES E PELA
LEGALIZAÇÃO DO ABORTO