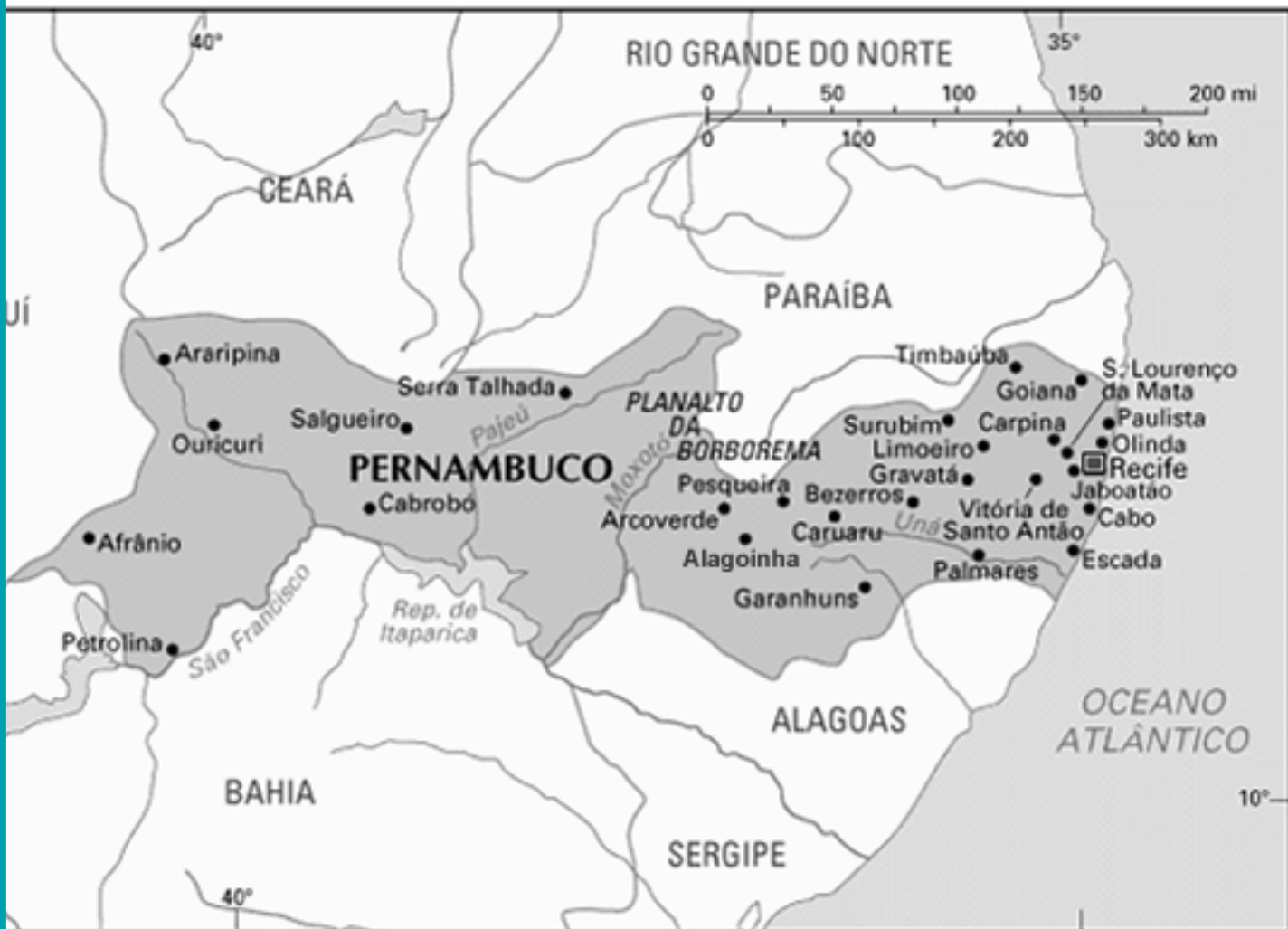


**Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro em Pernambuco: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de Recife e Petrolina**



## **ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROJETO**

Beatriz Galli - Ipas Brasil (Coordenação Geral)

Paula Viana - Grupo Curumim (Coordenação Local)

Núbia Melo – Sanitarista (Assessoria de Pesquisa e metodologia)

Kauara Rodrigues - CFEMEA (Assessoria Parlamentar)

Nataly Queiroz - Grupo Curumim (Assessoria de Comunicação)

Mario Monteiro - IMS/UFRJ (Contribuição na análise dos dados quantitativos)

# **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**

**Autores:** Beatriz Galli, Mario F. G. Monteiro, Ana Paula Viana, Núbia Melo

**Resumo:** Este dossiê visa aprofundar os conhecimentos sobre o impacto da ilegalidade do aborto na saúde e vida das mulheres e no Sistema Único de Saúde (SUS), e promover a reflexão sobre as questões que envolvem a situação do abortamento inseguro no estado de Pernambuco e no país, denunciando, assim, as violações de direitos humanos, como os problemas de falta de acesso e má qualidade da atenção à saúde sexual e reprodutiva.

No Brasil, o abortamento realizado em condições de insegurança é uma das principais causas evitáveis de mortalidade materna. As sérias disparidades sociais e econômicas afetam o risco reprodutivo e o acesso a serviços de atenção à saúde nos diferentes grupos étnicos e raciais no Brasil. A criminalização tem impacto direto no aumento das mortes e seqüelas na saúde das mulheres que o realizam na solidão, clandestinidade e insegurança.

A ilegalidade também contribui para a falta de qualidade na atenção, pois o profissional de saúde trabalha sem segurança para determinar diagnóstico e tratamento adequados.

Este panorama grave de saúde pública, relacionado ao tratamento das complicações do aborto inseguro, tem impacto financeiro direto no SUS.

É o Poder Público o responsável e quem deve responder pela má qualidade, pela discriminação na assistência, pela falta de acesso às tecnologias e equipamentos e pela morosidade no atendimento, uma vez que tem um dever de garantir o direito à saúde, conforme prevê a Constituição Federal brasileira de 1988.

**Palavras – chave:** mortalidade materna, aborto inseguro, direitos sexuais e reprodutivos, discriminação contra as mulheres, acesso à saúde

**Title in English: Dossier on the reality about unsafe abortion in Pernambuco: abortion's illegality and its impact on women's health and on health services from Recife and Petrolina**

**Abstract:** This dossier aims to deepen the knowledge on the impact of abortion's illegality over the lives of women and their health status as well as over the public health system. It also aims to promote reflection on issues regarding unsafe abortion in the state of Pernambuco and in the whole country, denouncing, thus, human rights violations, such as lack of access and bad quality in sexual and reproductive healthcare.

In Brazil, unsafe abortion is one of the main avoidable causes of maternal mortality. The serious social and economical disparities affect reproductive risk and access to healthcare services in the various ethnic racial groups present in the country. Abortion criminalization has a direct impact on the increase of maternal mortality and consequences to women's health.

The illegal condition of abortion also affects the quality of healthcare, since the professionals have to work without the appropriate level of safety in order to determine the proper diagnosis and treatment.

This serious public health scenario related to abortion complications treatment has a direct financial impact on the public health system.

The government is responsible and must respond for the bad quality of healthcare delivered, for the discrimination in the assistance, for the lack of access to technologies and for the delay in assisting women, since it is its duty to safeguard the right to health, according to the Brazilian federal Constitution dated of 1988.

**Key words:** maternal mortality, unsafe abortion, sexual and reproductive rights, discrimination against women, access to health

## **I. Introdução**

Este dossiê baseou-se em pesquisas realizadas nos Sistemas de Informação em Saúde (SUS), em bancos de dados locais, relatórios dos Comitês de Mortalidade Materna, publicações e sites, bem como pesquisas científicas que envolveram o tema. Além desse levantamento, foram realizadas visitas aos serviços de saúde nos municípios de Recife e Petrolina, respectivamente à Maternidade Prof. Barros Lima e Maternidade do Hospital Dom Malan, onde diálogos direcionados foram mantidos com gestores e profissionais, e de onde se pôde, também, entrevistar mulheres internadas ou que estiveram internadas para tratar complicações de abortamento.

Além da presença da equipe de produção deste dossiê, a comitiva que realizou as visitas foi composta por representantes do Fórum de Mulheres de Pernambuco, da Regional da Rede Feminista de Saúde e do Coletivo de Jovens Feministas.

A ação se expande para o nível do Poder Legislativo já que este documento pretende subsidiar de informações e aprofundar os conhecimentos sobre o impacto da ilegalidade do aborto na saúde e vida das mulheres assim como no Sistema Único de Saúde (SUS). Para esta articulação contamos com a presença e apoio do Deputado Federal Sr. Paulo Rubem e da Deputada Estadual Sra. Teresa Leitão, que têm a missão de levar para a Câmara Federal dos Deputados e Assembléia Legislativa do Estado de Pernambuco, a reflexão e o debate sobre as questões que envolvem a situação do abortamento inseguro no estado e no país, e desta forma denunciar as violações de Direitos Humanos das mulheres, retratadas no presente dossiê, como os problemas de falta de acesso e má qualidade da atenção à saúde sexual e reprodutiva enfrentado pelas mulheres pernambucanas e brasileiras, de forma geral.

A escolha pelos dois municípios foi feita baseando-se nas informações de que concentram as referências obstétricas do Estado de Pernambuco, com maior volume de internações por abortamento. Além disso, com base em uma pesquisa realizada em 2003 sobre Morte Materna por mesoregião, foi diagnosticado que, em 2003, o abortamento foi a 1º causa de morte na VII Gerência Regional de Saúde, sede Petrolina.

## **II. Objetivos da elaboração do dossiê:**

1. Produzir informações e dados sobre o impacto da ilegalidade do aborto na saúde, na vida das mulheres, nos serviços de saúde e no Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Divulgar os resultados do levantamento na Assembléia Legislativa do Estado de Pernambuco para deputados estaduais, gestores locais, representantes do Ministério Público estadual, Conselhos de Saúde, Comitê Estadual de Mortalidade Materna e demais autoridades presentes.
3. Apontar recomendações para que sejam tomadas medidas visando à melhoria da assistência ao abortamento para o devido o cumprimento da Constituição Federal brasileira, dos tratados internacionais em matéria de direitos humanos e a devida implementação das Normas Técnicas do Ministério da Saúde sobre assistência humanizada ao abortamento.

## **III. Panorama do aborto inseguro no Brasil: questão de Saúde Pública e de Direitos Humanos das Mulheres**

Pela condição de ilegalidade do aborto, a sua incidência é ainda subdimensionada devido à dificuldade de coleta de dados gerando deficiência nos números oficiais disponíveis. Para conhecer melhor a magnitude do fenômeno do abortamento inseguro na saúde pública, foi realizada a pesquisa “Magnitude do aborto no Brasil”, uma parceria de IPAS-Brasil com o Instituto de Medicina Social da UERJ, que contou com o apoio da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. Esta pesquisa baseia-se nos números de internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. Estas internações foram desagregadas por grandes regiões do Brasil e por faixa etária, apontando para o impacto desproporcional da criminalização do aborto em certos grupos de mulheres mais vulneráveis, que vivem nas regiões mais desprovidas de recursos. Os dados obtidos apontam para uma média de 1.054.243<sup>1</sup> abortamentos inseguros por ano no Brasil [ADESSE E MONTEIRO].

Estes números demonstram que a tipificação do aborto como um delito em si não desestimula as mulheres de se submeterem ao aborto, mas pelo contrário, as obriga a práticas de risco, como declarou o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres das Nações

---

<sup>1</sup> Cabe ressaltar que os dados em relação à magnitude do aborto no país estão baseados em estimativas oficiais do Ministério da Saúde, uma vez que há dificuldades de registro sobre o abortamento pela sua condição de ilegalidade no país, causando uma elevada sub-notificação dos dados. Diante das dificuldades de registrar o número de abortamentos, é necessário realizar estimativas a partir das internações por abortamento registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Unidas (Comitê CEDAW), em suas Observações Conclusivas ao governo do Peru, em 8 de julho de 1998 [Comitê CEDAW, 1998]. Em julho de 2007, o Comitê CEDAW, 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 Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim”* [Comitê CEDAW, 2007].

No Brasil, o abortamento realizado em condições de insegurança é uma das principais causas evitáveis de mortalidade materna [COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO SOBRE MORTALIDADE MATERNA, 2001]. Sabe-se que a curetagem pós-abortamento é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nos serviços públicos de saúde e que ocorrem cerca de 250 mil internações por ano para tratamento das complicações de aborto no país.

A legislação brasileira permite a realização de aborto quando a vida da mulher está em perigo ou quando a gravidez é resultado de estupro. Entretanto, muitas vezes os serviços públicos de saúde não estão disponíveis, nem mesmo para os casos de aborto previstos em lei.

É importante ressaltar, ainda, que os grupos de mulheres são afetados de forma desigual. Pesquisa realizada nos anos de 1990 apontou altas taxas de morte materna por aborto inseguro na região Nordeste do Brasil. Estudos demonstraram que as sérias disparidades sociais e econômicas afetam o risco reprodutivo e o acesso a serviços de atenção à saúde nos diferentes grupos étnicos e raciais no Brasil [OLIVEIRA].

Em grande medida os argumentos favoráveis à descriminalização do aborto baseiam-se em dados estimados sobre as mortes maternas por aborto inseguro, demonstrando que a criminalização mostra-se incapaz de reduzir o número de abortos, mas tem impacto direto no aumento das mortes e seqüelas na saúde das mulheres que o realizam na solidão, clandestinidade e insegurança.

Pesquisas apontam para a existência de uma relação direta entre restrições legais ao aborto e o alto número de mortes maternas e seqüelas em consequência do aborto inseguro. A proibição do aborto faz com que o procedimento seja realizado na clandestinidade, em condição de risco para as mulheres.

Neste sentido, na África do Sul, após o aborto ser legalizado em 1996, as taxas de morte materna foram reduzidas em 91% em apenas 5 anos.

Na Romênia, quando o aborto foi proibido, as mortes por aborto aumentaram. Quando as restrições legais foram removidas, o país experimentou uma redução drástica no número de mortes resultantes de aborto.

Uma análise do Banco mundial concluiu que 90% da mortalidade materna por aborto pode ser reduzida simplesmente através da assistência ao aborto com qualidade e de forma segura [WAGSTAFF & CLAESON]. Por exemplo, uma pesquisa realizada 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].

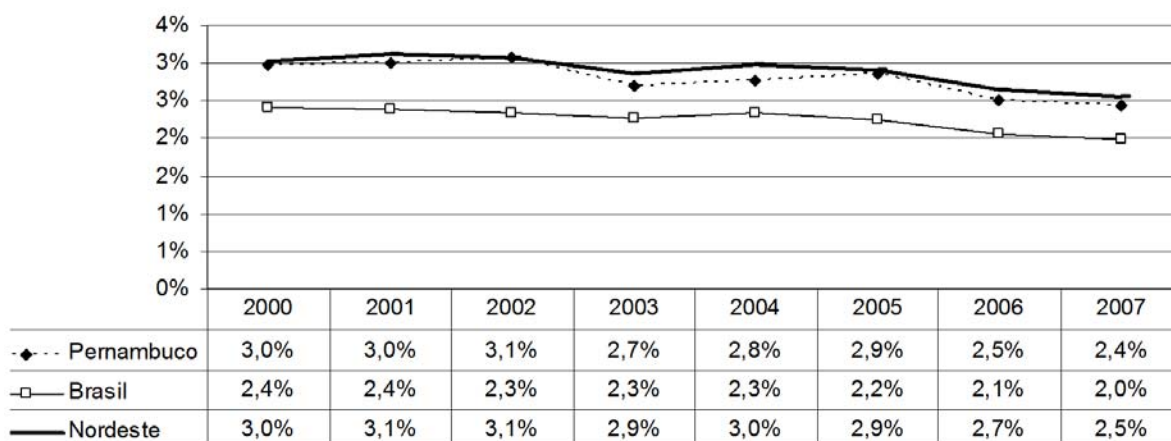
Em Recife e Petrolina, embora se verifique uma redução do número de mortes maternas em consequência do abortamento no período estudado, chama atenção o alto fator de evitabilidade em 100% dos casos ocorridos e analisados pelos Comitês, o que denuncia a gravidade da violação do direito humano das mulheres de viverem sem o risco da morte materna evitável, um crime do serviço público.

Em Pernambuco, Recife ou Petrolina, acredita-se o mesmo que em todo o Brasil, superar a morte evitável por abortamento só será possível com a revisão da lei penal atual que criminaliza o aborto. A ilegalidade acarreta, também, um elevado gasto para o sistema público de saúde brasileiro, com custos estimados em 35 milhões de reais por ano [INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION].

#### **IV. Riscos de abortamento induzido em Pernambuco.**

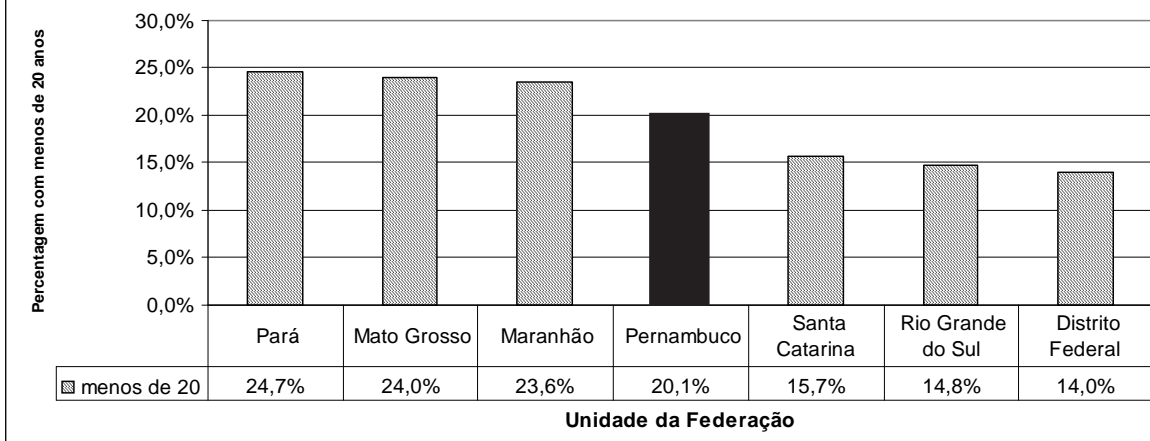
A pesquisa realizada pelo Instituto de Medicina Social do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), encontrou, em Pernambuco, uma taxa de abortamentos induzidos entre a população feminina de 15 anos a 44 anos que diminuiu de 3,0% no ano 2000 para 2,4% em 2007. Este padrão segue aproximadamente o padrão da Região Nordeste, mas revela riscos maiores que para o conjunto de mulheres de 15 a 44 anos residentes no Brasil.

Taxas anuais de abortamentos induzidos por 100 mulheres de 15 a 44 anos  
Brasil, Nordeste e Pernambuco - 2000 a 2007.

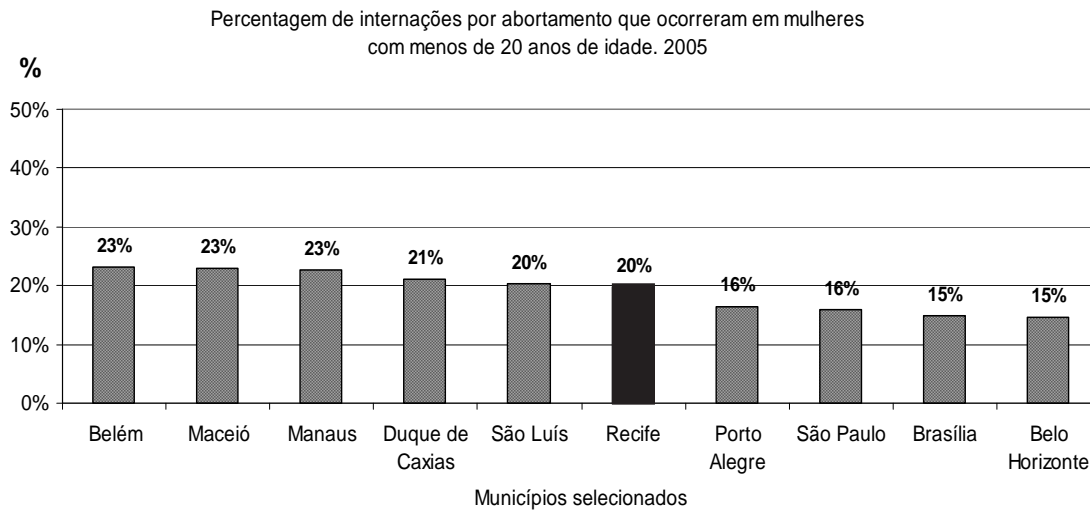


Do total de abortamentos induzidos, a percentagem destes abortamentos que ocorreram em menores de 20 anos foi de 20,1% em Pernambuco enquanto no Rio Grande do Sul e no Distrito Federal não chegava a 15%.

Percentagem de internações por abortamento que ocorreram em mulheres com menos de 20 anos de idade em Estados selecionados (com as maiores e as menores percentagens).  
2007



Esta desigualdade se repete quando comparamos Recife com alguns municípios selecionados como Porto Alegre, São Paulo, Brasília e Belo Horizonte, revelando um risco mais elevado de abortamentos em adolescentes em Recife.

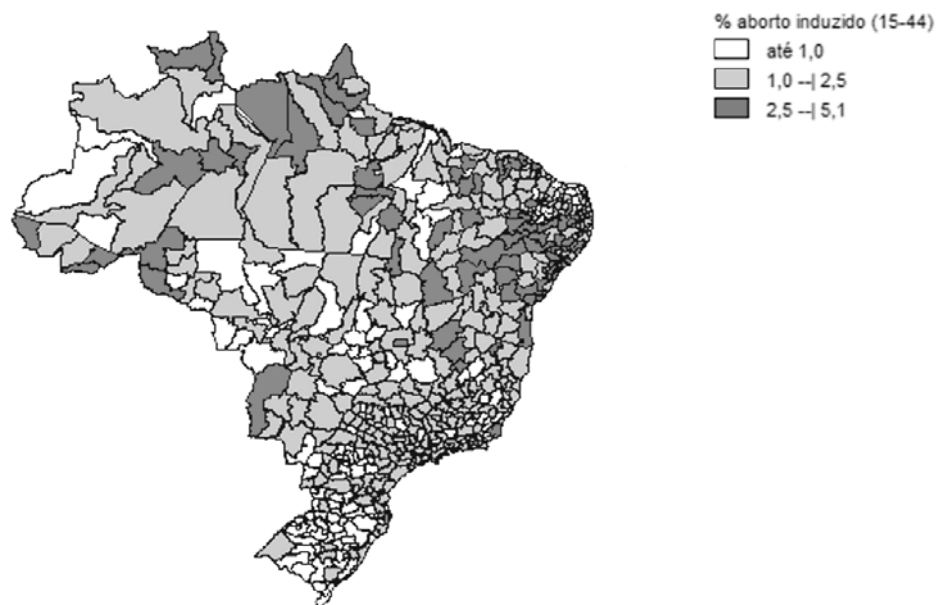


**Mapa 1**

**Taxas de aborto induzido por 1.000 mulheres de 15 a 44 anos**

As diferenças microrregionais mostram maiores riscos nas Regiões do Norte e Nordeste, conforme demonstram os mapas a seguir:

**Brasil por Microrregião - 2007**



## Taxas de aborto induzido por 100 mulheres de 15 a 44 anos

### Pernambuco por Microrregião, 2007



Fonte: Estimativas baseadas em dados de internação por aborto do SIH-SUS

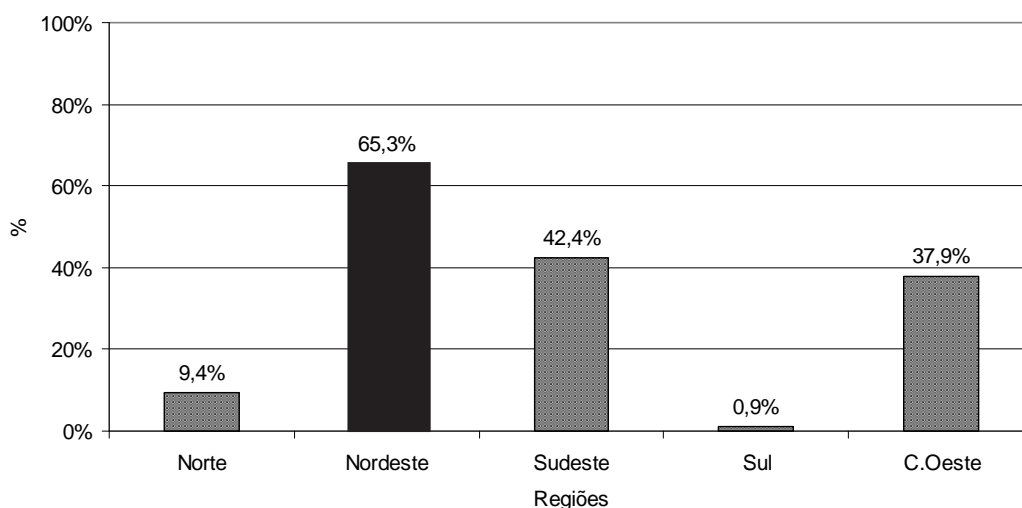
Petrolina e Araripina são as microrregiões que apresentam maiores riscos de aborto induzido.

A grande diferença é que na microrregião de Petrolina este risco diminuiu de 5,3% em 2000 para 4,0% em 2007 e na microrregião de Araripina aumentou de 3,2 em 2000 para 4,0 abortamentos induzidos por cem mulheres em 2007.

Microrregião	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
26005 Petrolina	5,3	4,5	4,7	3,8	3,8	4,4	3,6	4,0
26001 Araripina	3,2	4,4	4,4	3,4	3,1	3,6	3,1	4,0
26006 Itaparica	3,5	4,1	3,6	3,8	3,6	4,4	3,8	3,5
26002 Salgueiro	3,1	3,0	2,9	2,7	2,7	3,3	3,6	3,0
26011 Garanhuns	3,2	3,0	3,4	3,0	2,8	2,8	2,4	2,8
26003 Pajeú	2,4	2,5	2,7	2,7	2,9	2,9	2,9	2,8
26014 Vitória S.Antão	3,5	2,9	2,9	3,5	3,8	3,8	2,9	2,7
26007 Vale Ipanema	3,1	3,3	3,9	2,8	3,2	2,9	3,0	2,6
26004 Sertão Moxotó	3,3	3,0	3,1	2,8	2,9	2,8	2,6	2,5
26008 Vale do Ipojuca	1,7	2,7	2,9	2,5	2,8	3,0	2,7	2,4
26018 Suape	2,9	2,7	3,0	2,6	2,6	3,3	2,5	2,4
26017 Recife	3,4	3,3	3,2	2,7	2,9	2,9	2,4	2,2
26015 Mata Merid. PE	2,3	2,3	2,8	2,3	1,9	2,0	2,3	2,2
26012 Brejo PE	1,6	2,2	2,6	2,3	2,2	2,3	2,2	2,1
26009 Alto Capibaribe	1,5	1,5	1,9	1,9	2,6	2,4	2,0	2,0
26016 Itamaracá	2,8	2,9	2,7	2,5	2,1	2,0	2,1	2,0
26013 Mata Set. PE	1,9	1,7	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	1,9
26010 M. Capibaribe	2,2	2,3	2,3	2,0	1,8	2,0	2,0	1,7
26019 Fern. Noronha	2,2	1,3	2,1	6,1	1,3	1,2	0,6	0,0

Entre as complicações do aborto, o choque 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 deveria ser reduzida

**% complicações com choque conseqüente a aborto, sobre o total de internações de complicações conseqüentes a aborto. Grandes Regiões - 2005**



Segundo dados obtidos pela equipe responsável por esse dossiê, através da Gerência de Saúde da Mulher da Prefeitura de Recife, em 2007 foram realizados 1.835 internações para procedimentos obstétricos relacionados ao abortamento nas maternidades municipais, sendo:

- 538 na Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques
- 579 na Maternidade Bandeira Filho
- 718 na Unidade Mista Prof. Barros Lima.

Dados do SIH-DATASUS indicam que no mesmo período foram internadas 2.442 mulheres para procedimentos do abortamento na cidade de Recife. Isso posto, pode-se deduzir que mais de 75% das internações obstétricas para procedimentos do abortamento ocorrem na rede pública municipal.

Entre os anos de 2003 a 2007, 85%, aproximadamente, 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.

**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 2005.**

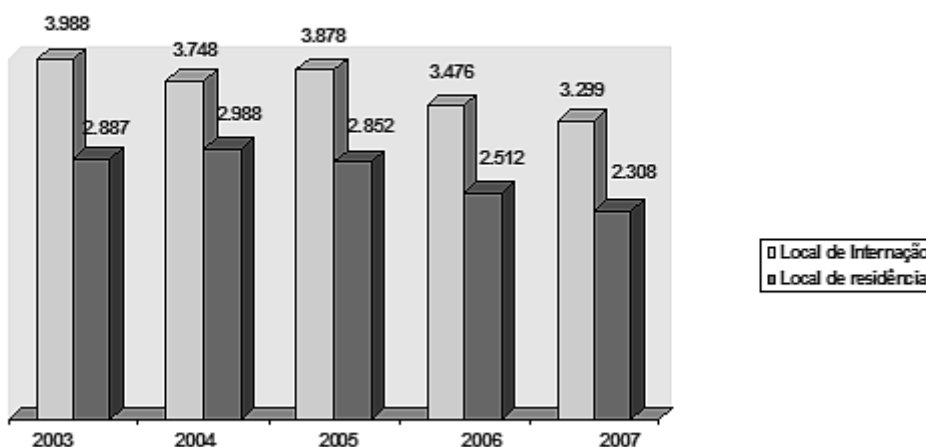
No mesmo período, em Recife e Petrolina, as internações voltadas para assistência ao parto corresponderam a 77,3% e 78,2%, respectivamente, do total de internação voltada para procedimentos obstétricos. A proporção de partos normais em Recife, cerca de 56,0%, foi menor que a observada em Petrolina, 63,0%. Em Petrolina e Recife, o abortamento contribuiu com 15,1% e 13,0%, respectivamente, percentuais acima da média estadual.



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

Do total de internações para procedimentos voltados à atenção ao abortamento ocorridas em Pernambuco, Petrolina contribuiu com cerca de 6% das internações para tratamento de complicações do abortamento ocorridas no estado, e Recife contribuiu com aproximadamente, 21,0%. O gráfico abaixo demonstra que, por não garantir assistência básica na rede municipal, cerca de 30% das internações obstétricas que ocorrem na rede municipal de Recife para tratar complicações do abortamento, são de mulheres residentes fora do município.

**Gráfico 5 - Nº de internações para procedimentos do abortamento de mulheres internadas e residentes em Recife/ PE**



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

## 2. Tecnologia utilizada para tratamento do abortamento:

A Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU) é um procedimento recomendado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde, na Portaria nº. 569 de 1º de junho de 2000, institui a AMIU como o procedimento mais humanizado e eficaz para tratamento do abortamento incompleto e na Portaria nº. 48 de 13 de Agosto de 2001 (de inclusão para reembolso pelo SUS), como o procedimento de menor tempo de intervenção (com um tempo médio de 6 horas de ocupação de leito obstétrico), reduzindo os riscos para as pacientes, envolvendo um custo médio de R\$ 143,00 por internação, pagos pelo SUS.

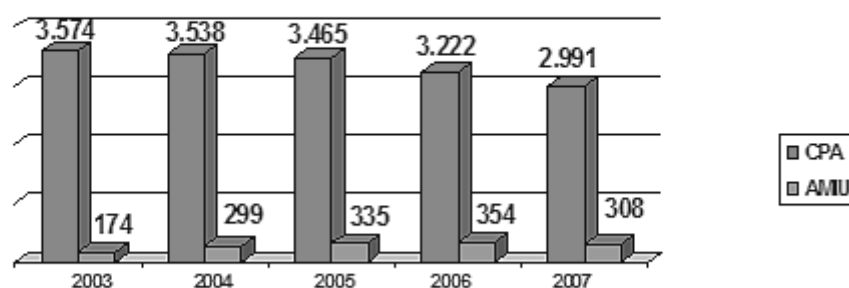
A Curetagem Pós-Aborto (CPA) é um procedimento de média complexidade, que exige anestesia, submete a mulher a um maior risco de infecção, com um tempo médio de 36 horas de ocupação de leito obstétrico e, o que também é grave, com um custo médio de R\$ 468,00 por internação, pagos pelo SUS.

Apesar de todas essas importantes diferenças, os números de procedimentos de curetagem pós-aborto (CPA), nos municípios pesquisados, permanecem absolutamente maiores que os números de esvaziamento uterino pós-abortamento por aspiração manual intra-uterina (AMIU).

Os esforços da gestão de saúde da mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Recife - que partiu à frente na publicação de uma Norma Municipal de atenção humanizada às mulheres em abortamento, à luz da Norma nacional, e que ofereceu oportunidade de capacitação às equipes médicas da rede municipal para adoção efetiva e eficaz do AMIU - podem ser a explicação para o fato de que, em Recife, no período estudado, cerca de 10,0% dos procedimentos adotados na atenção às mulheres em abortamento consistiram em procedimentos de AMIU, percentual acima da média de adoção regional e nacional deste método. Ainda assim, este é indicativo de resistência à adoção de novas tecnologias e aprendizagens para uma atenção humanizada ao abortamento pela classe médica, conforme demonstra o gráfico 6.

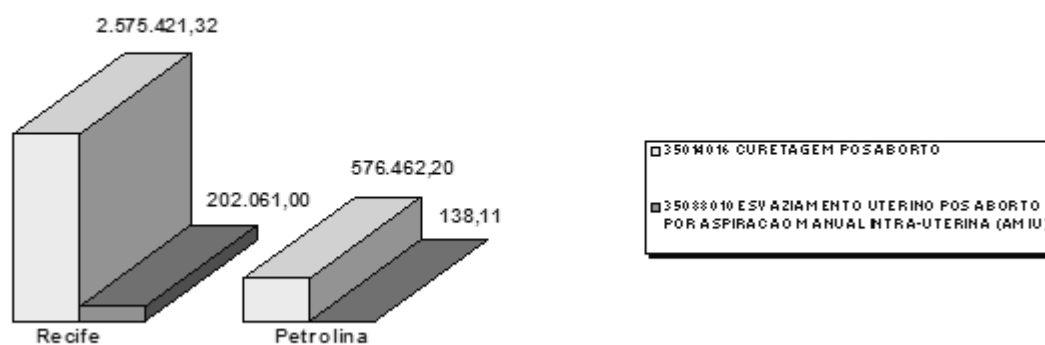
**Gráfico 6**

**Internações, por ano competência, segundo procedimento de CPA ou AMIU, Recife, 2003 a 2007.**



Em Petrolina, no período de 2003 a 2007, dados do SIH/SUS, mostram que 99,8% dos procedimentos de atenção ao abortamento (4.095), foram realizados por método de curetagem pós-aborto (CPA) e apenas um (01) procedimento utilizou a AMIU. Tal dado demonstra a resistência para adoção da técnica no município. Relatórios do Comitê Estadual de Estudos sobre a Mortalidade Materna denunciam seguidas e frustradas tentativas de levar capacitação para profissionais dos serviços de saúde da VIII GERES para implantação da AMIU em Petrolina, desde 2004, oferta esta, que nunca conquistou adesão dos/as possíveis participantes.

**Gráfico 7** - Valor total pago no período 2003 a 2007, para Curetagem Pós Aborto e Aspiração Manual Intrauterina.



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

## V. Mortalidade Materna e Abortamento

A mortalidade materna constitui um sensível indicador de qualidade de vida e atenção à saúde das mulheres de um determinado espaço geográfico e num dado período de tempo. Estudos apontam elevada sub-informação dos eventos relacionados a este indicador e grave sub-notificação ao Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS).

As mortes maternas, que têm como causa complicações decorrentes de abortamento, apresentam, ainda, maiores dificuldades de informação e registro como tal no SIM/SUS. "A condição de ilegalidade do aborto no Brasil contribui para ocultar ainda mais essa causa específica de morte relacionada à gravidez, às vezes mascarada entre infecções ou hemorragias, ou entre os "óbitos por causas mal definidas"<sup>2</sup>. A criminalidade do abortamento, portanto, agrava os problemas do sistema de informação do SUS, pois a sub-informação nos registros da evolução da internação acarreta erros no desenho do perfil epidemiológico da mortalidade materna por abortamento, mascara a realidade dos serviços de saúde e da qualidade de vida e da atenção recebida pelas mulheres.

Em Pernambuco, o Comitê Estadual de Estudos sobre a Mortalidade Materna, e em Recife, o Comitê Municipal de Estudos sobre a Morte Materna, têm envidado esforços para melhorar a qualidade da informação e dessa forma reduzir tais dificuldades. Ao estudar e analisar os eventos e procedimentos adotados diante de complicações obstétricas, os Grupos Técnicos dos comitês

<sup>2</sup> SORRENTINO, Sara. Mortes Previsíveis e Evitáveis, Rede Feminista de Saúde, março 2005.

recuperam informações que permitem encontrar a verdadeira causa do óbito, descobrindo, entre outras, o abortamento. Com base nisso, a vigilância epidemiológica estadual mantém um *Banco da Vigilância do SIM, da Vigilância Epidemiológica Estadual/SES-PE*, que corrige a causa básica e incluem as mortes maternas, mesmo que ainda não tenham sido corrigidas no SIM/SUS, uma responsabilidade do município de residência da mulher.

**Tabela 2 - Número de Mortes Maternas por abortamento ocorridas em Pernambuco em diferentes bancos de dados, segundo ano de ocorrência.**

Ano	Banco SIM-VE/SES-PE			SIM/SUS	
	Nº	Percentual incluindo 2006	Percentual Até 2005	Nº	Percentual
2003	3	27,3	30,0	1	12,5
2004	6	54,5	60,0	6	75,0
2005	1	9,1	10,0	1	12,5
<b>Sub-total</b>	<b>10</b>		<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
2006	1	9,1	-	NI*	-
TOTAL	11	100,0	-	-	-

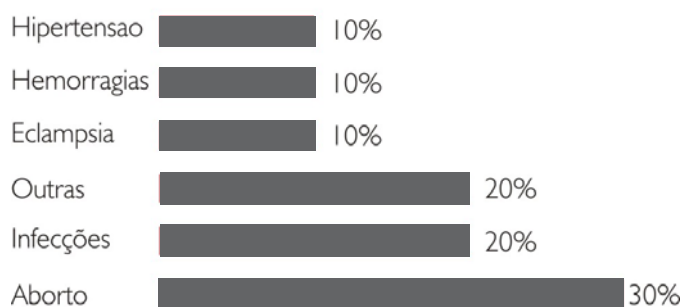
\* Não informado

**Fonte: Banco da Vigilância do SIM-VE/SES-PE, 2003 a 2006 e Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS, 2003 a 2005.**

A morte por abortamento vem reduzindo, mas em 2003, na VIIIª Gerência Regional de Saúde (GERES), com sede em Petrolina, foi a primeira causa de morte materna, gráfico 8 abaixo.

**Gráfico 8**

**Distribuição das causas de morte materna  
VIII GERES - 2003**



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

## VI. Dados qualitativos da pesquisa sobre qualidade da atenção para mulheres em situação de abortamento verificados através das visitas às maternidades.

### 1. Recife/ Unidade Mista Prof. Barros Lima:

- A maternidade não está informatizada, demanda que vem sendo feita à Secretaria Municipal de Saúde há algumas gestões, situação que impede a implantação do prontuário único e que dificulta a implantação de um sistema de referência/contra-referência com a atenção básica municipal e com os municípios de onde são encaminhadas as mulheres;
- Faltam leitos obstétricos, manutenção da sede, equipamentos e profissionais qualificados:

*“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 da Maternidade)”.*

- Existe o protocolo para atendimento ao abortamento na maternidade, instituindo normas e procedimentos, mas a direção assumiu que existem profissionais que se negam a tratar das mulheres em abortamento ou que tenham dificuldade em adotar a orientação da direção e da gestão da saúde da mulher;

*Depoimento: “Não fui maltratada. Só teve uma coisa que não gostei: um médico careca que cismou de dar um toque em mim. Eu não queria abrir minhas pernas, o lugar cheio de gente parindo, umas 8 mulheres, e ele querendo dar um toque em mim de qualquer jeito. Minha sogra foi quem ajudou. Falou comigo, colocou uma toalha de banho entre a cama, e tive de deixar dar”.*

- Há um mês vem sendo implantado o Planejamento Reprodutivo Pós-abortamento na Barros Lima, mas não se pode garantir que todas as pessoas cumpram;

*Depoimento: “Quando passou tudo, acordei, estava num quarto com mais três mulheres que*

*tinham abortado. Veio uma médica e examinou calmamente todas nós. Fez perguntas, anotou, viu o sangramento e explicou tudo. Pra finalizar, disse que a gente tinha de ficar uns quinze dias de resguardo, se cuidando, que não pegasse peso, essas recomendações. Ninguém conversou sobre Planejamento Familiar, nem foi feita nenhuma medida contraceptiva, só recomendou que voltasse se tivesse algum problema: sangramento, mau cheiro, febre, qualquer problema”, isso aconteceu há aproximadamente 2 meses.*

- Das internações para tratar abortos retidos, aproximadamente, 10% correspondem a esvaziamento uterino pós-aborto por aspiração manual intra-uterina (AMIU), percentual muito abaixo do esperado. A gestão encontra dificuldade para capacitar a equipe médica e só dois médicos participaram da capacitação para o uso do AMIU promovida na maternidade;
- A direção e os profissionais asseguraram que a instituição disponibiliza tanto a Contracepção de Emergência, quanto o Misoprostol, 200mcg;
- A direção mostrou ficha com controle da presença de acompanhantes durante o atendimento: maridos/companheiros, familiares e amigas, mas concluiu que existem profissionais resistentes, que desrespeitam o direito de escolha da mulher.

*Depoimento: “Meu companheiro não pode ficar comigo porque disseram que eu era maior de idade, que eu não podia ter um acompanhante homem, só mulher”. Ele ligou para mãe dele e ela veio, imediatamente.*

## 2. Petrolina / Maternidade Dom Malan

- A maternidade está ilegal, pois descumpre e desconhece leis federais, programas, normas técnicas, protocolos e manuais, em especial a Norma Técnica para Atenção Humanizada às Mulheres em Abortamento, editada pelo Ministério da Saúde em 2005;

*Depoimento: Às vezes até com hemorragia... teve um caso que a mulher já cheirava mau quando conseguiu chegar no 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 interações”, profissional D. Malan.*

- Discriminação na atenção às mulheres em situação de abortamento:

*Depoimento: “Com relação à questão religiosa, existe um preconceito grande. Sou adventista, mas entendo que o problema é entre a mulher e Deus. Agora, em 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 D. Malan.*

- A violência institucional com as mulheres em situação de abortamento ou curetadas, continua no tratamento. Depois de internadas, a equipe responsável por este trabalho encontrou muitas delas abandonadas em salas de pré-parto e de pós-parto conjuntas, isto é, com mulheres em trabalho de parto, ou em enfermaria com mãe/filho no colo, mamando ou deitados na cama; faltam lençóis, travesseiros e toalhas; é vedado o direito ao acompanhante, de forma sumária e ilegalmente instituída.

*Jovem, 24 anos, 7 meses de uma gravidez saudável e desejada. Uma dor no corpo, nos olhos e a febre levam-na ao serviço de saúde. É medicada: “disseram que era injeção de dipirona”. **Uma semana depois**, no domingo (08/08/2008), às 10:00hs, foi internada no Dom Malam em abortamento. Na terça, 10:40hs, permanecia internada, monitorada e recebendo medicação para entrar em trabalho de parto, falou: “São dois dias? Hoje é segunda ou terça? É que aqui a gente fica aérea... me colocaram aqui, me deram um medicamento e estão esperando o feto sair, desde ontem que eu estou tomando um medicamento. Estou tomando para sentir dor. Para ver se nasce logo, e olhe, é tanta dor, tanta dor... (começa a chorar) e durante a noite, a gente morre aqui e não vem ninguém ver a gente, ninguém”.*

*Encontramos a jovem 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. “Eu não quis nem ver, minha filha, eu queria muito, eu sentia ela mexer normalmente, era pra ser a segunda, o primeiro é homem, já estava toda formadinha”. **Essa jovem ainda ficou na mesma enfermaria onde havia uma mulher acompanhada de um recém nascido!***

**Por fim escutamos da direção:** *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”.*

*Depoimento: “Eu não posso mais ter filho, essa é a segunda gravidez de risco. Perdi um bebê há oito anos atrás. O médico deu o diagnóstico no domingo, ficou preocupado comigo, disse que tinha de colocar um comprimido em mim para dilatar o colo do útero. Estou arrependida porque não fiquei logo internada, tinha de devolver o material na escola (é professora), mas voltei ontem e hoje já é terça, não sei porque estão esperando. Eu esqueci o exame não consigo falar com ninguém desde ontem, não me deixam sair pra buscar. To desesperada, não vou fugir, tenho medo de morrer. Eu queria que o médico viesse aqui porque a enfermeira diz que não pode fazer nada e, eu fico aqui morrendo de dor de cólica, sem comer. Ele (referindo-as ao tal médico que a examinou domingo) disse: ‘você não está abortando não, você já abortou, por que não veio logo?’. Agora, eu fico aqui presa e a enfermeira diz que não pode fazer nada enquanto não ver nenhum exame? Ela disse que meu colo do útero está fechado, coisa estranha... (começa a chorar)...Me dê seu celular, me dê, deixe eu ligar para minha mãe, aqui a gente fica presa. Não pode ficar com celular aqui dentro não. Minha mãe estava ligando para saber como é que eu tava, mas não deixaram eu ficar com meu celular, levaram lá pra dentro. Estou me sentindo acuada, presa, sem rumo, sem nenhuma solução. Eu quero ir embora e ninguém me deixa ir embora, nem resolve. Se for para tirar, tire logo. Eu não quero essa gravidez não, não quero arriscar a minha vida de novo não. Eu já passei por uma gravidez de risco há oito anos, eu não quero me arriscar de novo”.*

- A maternidade é municipal, mas atende a uma média de 57 municípios do estado, além de municípios dos vizinhos estados da Bahia, Ceará e Piauí, superlotando leitos obstétricos e sobrecarregando profissionais, comprometendo a qualidade do atendimento e a possibilidade de humanização. Faltam profissionais: apenas uma enfermeira obstetra, que trabalha 12:00hs/dia, de segunda a sexta, com equipes plantonistas compostas por três obstetras e duas técnicas de enfermagem para atender uma média de 12 internações obstétricas/dia<sup>3</sup>, para realizar partos, cesáreas, cirurgias, curetagens e evoluir as internações do dia anterior. Muitos municípios encaminham mulheres com diagnóstico de abortamento para Petrolina simplesmente porque seus/suas profissionais se negam a realizar o atendimento ou porque não têm médicos anestesistas em seus hospitais;

---

<sup>3</sup> Segundo fonte do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

*“É tanta curetagem que tem dia que são oito curetas, em maio agora foram 66 curetagens pós aborto. São poucos os números de leitos obstétricos, então o D. Malam concentra atenção de risco e abortamento. Em Juazeiro (BA) eles não querem atender aborto aí mandam para cá, e Petrolina manda parto normal para lá. Muitos municípios encaminham aborto para cá porque não têm anestesistas nos hospitais de lá”, profissional D. Malan.*

*“São os anestesistas da unidade cirúrgica do Hospital Dom Malan que cobrem as necessidades da Maternidade Dom Malan. Eles não topam anestesiarem as mulheres para curetar à noite, deixam tudo para o turno da manhã. Eles não levantam. Às vezes vão, com mais de uma urgência, e voltam para o centro cirúrgico. 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 Dom Malan.*

- É grande e recorrente o problema de diagnóstico de abortamento errado. Não existe aparelho de ultrassonografia na Maternidade. Atualmente, para fechar o diagnóstico, se repete o exame no aparelho da Policlínica, que só funciona no período da tarde, concorrendo com toda a demanda do Hospital Dom Malan. Em reunião, profissionais afirmaram que é frequente a internação de mulheres para procedimentos de curetagem pós-aborto, em que na segunda ultrassonografia fica diagnosticado gravidez tópica, normal. Dias de internação e angústia, com elevado custo para o SUS, seguidos de alta médica, sem qualquer intercorrência posterior;

*“O acesso aos exames é uma dificuldade, retarda o diagnóstico. Há diagnósticos errados: muitos de uma clínica de Petrolina e outros que vêm encaminhados dos municípios. Ultrassonografias 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 D. Malan.*

*Professora, adulta, há 8 anos sofreu uma gravidez de risco para a morte materna. Dia 02/06/08, fez uma ultrassonografia que diagnosticou morte fetal. Demora pra conseguir consulta, medo, até que dia 08/06 é internada, por volta das 17:00hs, mas esquece o exame. Sozinha, sem comunicação, apenas aguarda alguém ligar pra que a enfermagem solicite que traga a ultrassonografia até a maternidade. Permaneceu internada, sem alimentação desde o dia anterior, ocupando um leito obstétrico até terça, 10/06.*

*Encontramos essa mulher chorando, pedindo socorro, apavorada com 'um feto morto há quantos dias? Eu não vou fugir, tenho medo de morrer. Não consigo falar com minha família, eles só fazem a curetagem com o exame na mão, não me deixam ir buscar, com medo que eu não volte, nem resolvem. Estou me sentindo acuada, como uma prisioneira'.*

*Fomos para a reunião com gestão e profissionais e ao término da mesma fomos informadas que a professora havia feito uma nova ultrassonografia que apresentou uma gravidez tópica, normal, recebendo alta em seguida.*

- Estudo qualitativo realizado com Programas de Saúde da Família de quatro municípios, incluindo Petrolina, tem apontado que a população não tem acesso à informação de qualidade sobre concepção, contracepção e prevenção: *"alarmante como a informação é distorcida. Achar que tomar pílula vai evitar também uma DST, por exemplo,"*, revela a coordenadora da pesquisa, Universidade do Vale do São Francisco.
- A maternidade não é informatizada e as fichas são preenchidas à mão.

*"A questão toda é falta de educação, é a base que falta, o atraso deste país. Começa na entrada do D. Malam, onde as pessoas que preenchem a ficha de entrada mal sabem escrever. O problema do abortamento é consequência da falta de educação e se a rede básica também não consegue fazer isso, informar, como fica? Se investissem em educação seria saudável para todo mundo e muito mais barato. Semana passada uma jovem de 22 anos, já com um filho, separada, veio para outro aborto. Perguntei porque ela não se prevenia, ela disse para mim que não ia chupar bombom com papel e não ia tomar pílula que a mulher engorda, fica feia", profissional Dom Malam.*

## VII. Conclusões

1. O volume de internações de mulheres de outros municípios, tanto no Recife quanto em Petrolina, causa superlotação de leitos nos dois municípios. Na maternidade Barros Lima, em Casa Amarela, 47% dos procedimentos são para atendimento de mulheres de outros municípios. Na Dom Malam, são atendidas pacientes de 57 cidades vizinhas, além de pacientes do Piauí, do Ceará e da Bahia.
2. O número de procedimentos de Curetagem Pós-Aborto (CPA) foi muito maior que o número de procedimentos de AMIU, sendo que em Petrolina, quase 100% dos procedimentos foram CPA (99,98% dos recursos foram para CPA), isso demonstra que não se está observando o disposto na Norma Técnica do Ministério, que indica o uso da AMIU. O pouco uso de tecnologia, que possibilitaria uma melhoria na atenção, revela falta de acesso das mulheres ao procedimento mais seguro e adequado para sua saúde, apontando para uma violação ao direito humano ao progresso científico.
3. A ilegalidade do aborto leva a uma sub-notificação e sub-registro das informações relacionadas ao abortamento no SUS.
4. A ilegalidade do aborto contribui para o aumento dos riscos à saúde e à vida das mulheres, levando-as à condição de clandestinidade e insegurança no estado de Pernambuco.
5. O estigma presente na questão do aborto faz com que as mulheres enfrentem uma seqüência de discriminações e violações de direitos, podendo ser desnecessariamente expostas a risco de morte materna pelo do próprio SUS.
6. A ilegalidade também contribui para a falta de qualidade na atenção, pois o profissional de saúde trabalha sem segurança para determinar diagnóstico e tratamento adequados.
7. Os profissionais de saúde não informam as mulheres sobre questões de saúde sexual e reprodutiva, nem tampouco sobre os direitos previstos em lei para a garantia da assistência ao abortamento livre de discriminação e livre de violência institucional.
8. Este panorama grave de saúde pública, relacionado ao tratamento das complicações do aborto inseguro, tem impacto financeiro direto no SUS.
9. É o Poder Público o responsável e quem deve responder pela má qualidade, pela discriminação na assistência, pela falta de acesso às tecnologias e equipamentos e pela

morosidade no atendimento, uma vez que tem um dever de garantir o direito à saúde, conforme prevê a Constituição Federal brasileira de 1988.

Este cenário grave de falta de leitos leva à demora no atendimento e ao aumento dos riscos de morbimortalidade em caso de aborto inseguro, apontando para violação ao direito humano à saúde, previsto nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal. Considerando que as mulheres que chegam ao serviço em situação de abortamento estão em uma situação de risco de vida, o Poder Público tem o dever de garantir o acesso rápido e oportuno a serviços de saúde, em que o atendimento seja eficiente para as mulheres em abortamento, livre de discriminação, para a garantia do direito à vida e à saúde [COOK, DICKENS e FATHALA].

A Recomendação Geral no. 24 do Comitê pela Eliminação de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) das Nações Unidas estabeleceu que negligenciar o acesso a serviços de saúde que somente as mulheres necessitam é uma forma de discriminação contra as mulheres: *“Parágrafo 14: 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”* [GALLI].

Neste sentido, a existência de legislação punitiva coloca as mulheres em risco maior de seqüelas e morte por aborto inseguro.

### **VIII. Recomendações para as autoridades competentes**

Considerando que a lei atual sobre o aborto afeta sobremaneira a saúde pública e os direitos humanos das mulheres no Brasil.

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 familiar 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 o aborto nestas circunstâncias está entre as principais causas de mortalidade materna no país.

Considerando que o procedimento de abortamento realizado por profissionais treinados e em condições sanitárias seguras não representa riscos para a saúde e para vida das mulheres. Nos países desenvolvidos, a possibilidade de uma mulher morrer devido às complicações derivadas

da prática de aborto é de 1 em 100.000 procedimentos, ou seja, é menor do que o risco de morrer na gravidez e no parto [Alan Guttmacher Institute].

Considerando que o Comitê de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas - 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 as Mulheres (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 necessita e busca tais serviços. As mulheres das classes mais favorecidas têm acesso a clínicas particulares e profissionais mais capacitados do que as mulheres com status sócio-econômico mais precário. O Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (Artigo 2º) e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (Artigo 2º), ambos ratificados pelo governo brasileiro, estabelecem o dever do Estado em garantir o exercício dos direitos humanos sem discriminação de qualquer natureza, incluindo a sócio-econômica.

Considerando que a criminalização do aborto não reduz a sua incidência, porém traz como consequência a sua realização em condições de insegurança, através de procedimentos clandestinos.

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, apoiem e aprovelem 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 encaminhada pela Comissão Tripartite para a Revisão da Legislação Punitiva sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez, em agosto de 2005.

## IX. Fontes e Referências utilizadas

- ADESSE. L. e MONTEIRO. M., *A Magnitude do Aborto: aspectos epidemiológicos e sociais*, Rio de Janeiro, Ipas Brasil e IMS/UERJ, 2007
- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE *Sharing responsibilities: Women, society and abortion worldwide*. New York and Washington D.C., 1999.
- ALVES, Sandra V., *Mortalidade Materna em Pernambuco – uma estimativa por mesorregiões*, 2006. Universidade do Texas. Tese de Doutorado.
- BART JOHNSTON, H, GALLO, MF AND BENSON, J, in *Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies*, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 33(4), 2007.
- COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO SOBRE MORTALIDADE MATERNA, *Relatório da CPI sobre a Situação da Mortalidade Materna no Brasil*, Brasília – DF, 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](http://www.redefeminista.org.br); [www.ipas.org.br](http://www.ipas.org.br) e [www.datasus.org.br](http://www.datasus.org.br)
- COMITÊ DE DIREITOS HUMANOS, Comentário Geral No. 28, para. 10, U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, 2000.
- COOK, R. & BEVILAQUA, M.B., *Invoking Human Rights to Prevent Maternal Deaths*, *The Lancet* 363: 73, 2004
- COOK R.J., DICKENS B.M. E FATHALLA M.F., *Reproductive Health and Human Rights Integrating medicine, ethics and law*, Oxford University Press, New York, 2003, pág. 374.
- GALLI, BEATRIZ, *Mortalidade Materna e Direitos Humanos: as mulheres e o direito de viver livre de morte materna evitável*. ADVOCACI, Rio de Janeiro, 2005
- INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, *Morte e Negação: Abortamento Inseguro e Pobreza*, 2006.
- NORMA TÉCNICA:
- NORMA TÉCNICA: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 2ª ed. atual. e ampliada, Brasília: Ministério da Saúde, 2005
- OLIVEIRA, F. Saúde Reprodutiva, *Etnicidade e Políticas Públicas no Brasil*, in *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*, Monteiro, S. & Sansone, L. (orgs.), Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2004.

Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Gabinete do Ministro. Portaria N°. 1067 de 4 de Julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde

Relatórios do Comitê Estadual de Estudos sobre a Mortalidade Materna, 2003 a 2007.

SOARES, G. S., *Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados*. Cad. Saúde Pública, 2003, vol.19 suppl. 2, p.S399-S406. ISSN 0102-311X.

World Health Organization (WHO) 2003. *Safe Abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Geneva, WHO, 2003

World Health Organization (WHO) 1994. *Clinical management of abortion and complications: a practical guide*. Geneva, WHO, 1994

## **X. Organizações Responsáveis:**

### **GRUPO CURUMIM**

Rua PE. Capistrano, 118

Bairro Campo Grande - Recife – PE

CEP 52031 100

F. 55 81 3427 2023

Correio Eletrônico: [curumim@grupocurumim.org.br](mailto:curumim@grupocurumim.org.br)

### **IPAS BRASIL**

Caixa Postal 6558

Rio de Janeiro - RJ

CEP 20030-020

Tel: (21) 2532.1930

Correio eletrônico: [ipas@ipas.org.br](mailto:ipas@ipas.org.br)

### **CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria**

SCS, Quadra 2, Edifício Goiás, Bloco C, Sala 602

70317-900 - Brasília - DF – Brasil

Telefax: 55(61) 3224-1791

Correio Eletrônico: [cfemea@cfemea.org.br](mailto:cfemea@cfemea.org.br)

**Organizações Responsáveis:**



CURUMIM

<http://grupocurumim.blogspot.com>



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



*Protegendo a saúde das mulheres  
Promovendo os direitos reprodutivos das mulheres*

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