

Interrupção voluntária de gestação e impacto na saúde da mulher

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde

Introdução

No que se refere à Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - 442 considera-se importante destacar as atribuições do Ministério da Saúde na garantia de direitos e na promoção da saúde bem como apontar os fundamentos técnicos, normativos e científicos sobre as implicações para a saúde relacionadas aos Art. 124 e 126 do Código Penal (Decreto-Lei n 2.848/1940).

O Ministério da Saúde tem como atribuição, no âmbito da União e com responsabilidades partilhadas com estados e municípios, oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação em saúde segundo preceitos da Constituição e de outras Leis Federais. A elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde do Ministério da Saúde devem estar em consonância com as convenções¹ e tratados internacionais de direito humanos, ratificadas pelo Estado Brasileiro, posto que tais documentos têm força de Lei², sendo equivalentes às emendas da Constituição Federal Brasileira.

O Ministério da Saúde tem implementado políticas públicas voltadas à atenção integral e à saúde reprodutiva das mulheres, em todo curso da vida, de modo a garantir acesso à informação, métodos contraceptivos e orientação qualificada para que possam tomar decisões conscientes sobre sua vida reprodutiva, como por exemplo, a decisão consciente sobre planejamento da gravidez. Também objetiva garantir a assistência à saúde de boa qualidade, oportuna, multiprofissional, para atenção com privacidade, sigilo e sem discriminação, tanto na atenção primária quanto na atenção especializada.

¹ Destaque à Declaração Universal de Direitos Humanos de 1988 que reconhece a saúde como um direito humano fundamental; à Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação Racial de 1965; à Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher de 1984 que versa, sobre os direitos de saúde reprodutiva ao tratar do direito de acesso à educação e informação que garanta a saúde da mulher, inclusive assistência ao planejamento familiar; à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 e à IV Conferência Mundial da Mulher de 1995 que delineiam a saúde sexual reprodutiva e quais os direitos relativos à saúde sexual e à saúde reprodutiva

² No parágrafo 3 do artigo 5 da Constituição Federal- os tratados e convenções internacionais sobre os direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.

Entretanto, o número de gravidezes não planejadas e/ou indesejadas ainda é grande no país. A pesquisa nacional de demografia e saúde realizada em 2006, mostrou que 46% das mulheres entre 15-44 anos tiveram uma gravidez não-planejada, sendo que 18% foram não-desejadas e mais frequentes entre as mulheres menores de 20 anos [1]. O Brasil não é um caso isolado no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima que no mundo ocorrem 56% de gravidezes não planejadas [2]. A gravidez não-desejada é uma das razões que podem levar as mulheres à decisão de interromper a gestação.

Uma em cada quatro gestações são interrompidas de forma voluntária a cada ano no mundo [3]. Ganatra et al (2017) estimaram 55,7 milhões de abortos induzidos por ano de 2010 a 2014. Desse total, segundo classificação usada no estudo, os abortos seguros³ foram estimados em 30,6 milhões, os menos seguros em 17,1 milhões e os pouco seguros em 8,0 milhões. Assim, nesse período, 25,1 milhões de abortos a cada ano no mundo foram inseguros, com 24,3 milhões (97%) desses em países em desenvolvimento [3]. Estes abortos são responsáveis por 80.000 mortes maternas anuais (~400 mortes maternas/100.000 abortos) [4; 2]. As principais causas de mortes maternas no mundo são infecção, hemorragia ou intoxicação por substâncias utilizadas para induzir o aborto [2;5]. As mulheres que possuem mais risco de morte após abortamento inseguro são aquelas abaixo de 20 anos, negras, pobres, de baixa escolaridade, solteiras e com idade gestacional mais elevada [6].

O aborto é considerado um procedimento de baixa complexidade técnica. A morte de uma mulher em decorrência de um aborto seguro é rara. O que torna o aborto um risco, que pode acarretar complicações e até mesmo morte da mulher, é a sua realização de maneira insegura [7].

Situação da interrupção voluntária da gestação no Brasil e estados – 2008 a 2017

Em pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e conduzida por pesquisadores da Universidade de Brasília, foi observado que quase 1 em cada 5 mulheres brasileiras, até os 40 anos, já fez pelo menos um aborto. Em 2015, 503 mil mulheres, de 18 a 39 anos, interromperam voluntariamente a gestação e destas, aproximadamente, metade, ou seja, 250 mil, precisaram buscar atendimento médico posterior e chegaram a ficar hospitalizadas [6].

³ A Organização Mundial de Saúde define como aborto inseguro o procedimento de interrupção da gestação não desejada realizado por indivíduos que não possuem conhecimentos e treinamentos técnicos ou que sejam realizados em ambientes desprovidos das exigências sanitárias mínimas [2].

O Ministério da Saúde, estimou 953.787 a 1.192.234/ano interrupções voluntárias da gestação, 2008 a 2017, na população feminina de 10 a 49 anos. Para essa estimativa foi aplicado o método proposto pelo Instituto Alan Guttmacher (AGI) [9].

No esforço de estimar, o Ministério da Saúde, também corrigiu o número de mulheres hospitalizadas por aborto induzido, considerando a população usuária do SUS e da Saúde Suplementar. Assim, foram estimadas 285.000 e 278.000 hospitalizações/ano, de mulheres brasileiras, por complicações causadas pela interrupção da gestação, para os anos de 2008 e 2017, respectivamente. No SUS, houve uma queda de 6,7% no número de internações por aborto, passando de 225.000 em 2008 para 210.000 em 2017 e uma queda de 2,7% no número estimado de internações por aborto no total (SUS e saúde suplementar)⁴.

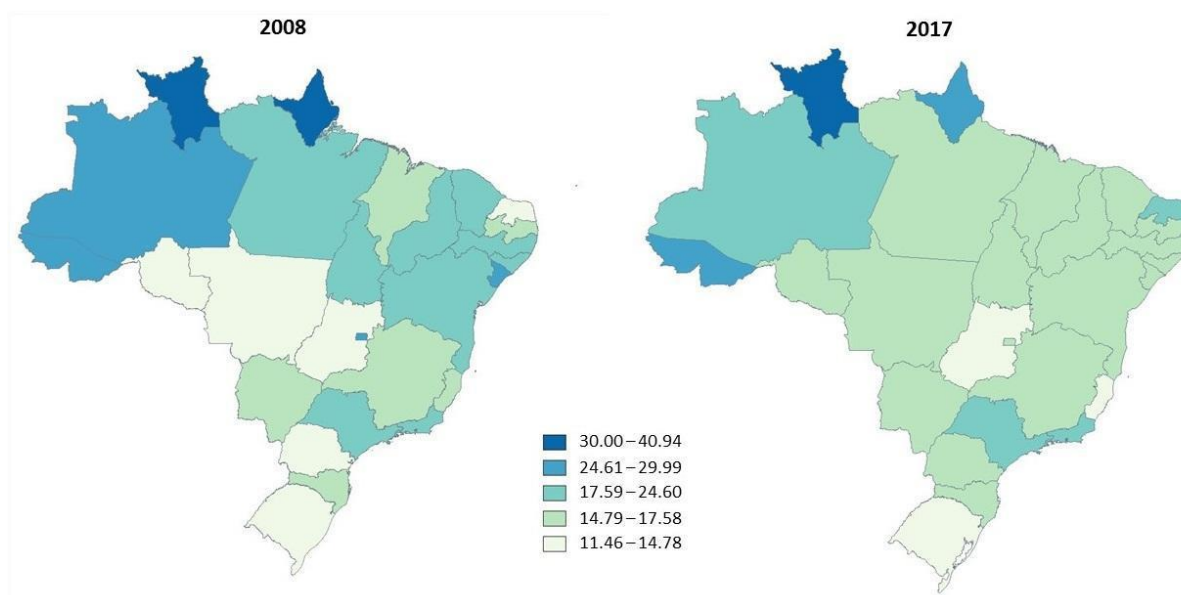
Entre 1992 a 2009, também houve redução do número de internações e complicações por aborto. A redução do número de hospitalizações por aborto foi da ordem de 41%, a redução na taxa foi de 53%, e dos casos graves 69% [10]. Os autores concluíram que a redução observada foi principalmente devida ao maior acesso ao uso do misoprostol e maior acesso aos métodos contraceptivos.

A situação nos estados mostra que, desde 2008, houve pequena melhora da taxa de interrupção voluntária da gestação por grupo de mil mulheres (Figura 1). A redução observada foi, provavelmente, devido ao aumento da cobertura de oferta de contraceptivos modernos e uso mais amplo do misoprostol, em grande parte, proveniente do mercado ilegal.

As Unidades da Federação com mais altas taxas de interrupção voluntária da gestação tiveram uma redução significativa entre 2008 e 2017 (Figura 1), enquanto que estados com taxas mais baixas houve pouca redução. Por exemplo, os estados como Paraná e Rio Grande do Norte apresentaram aumento na taxa.

Figura 1 - Distribuição espacial da taxa de interrupção voluntária da gestação por 1.000 mulheres (*), por Unidades da Federação, nos anos de 2008 e 2017.

⁴ A metodologia utilizada está descrita em detalhes no ANEXO 1.



Fonte: Estimativas Ministério da Saúde, SIH, ANS, e IBGE

(*) Método AGI - limite inferior

Em uma atualização dos dados do estudo acima mencionado [10], o Ministério da Saúde constatou (Anexo 2) que as internações hospitalares do SUS de 2008 a 2017 com aborto como diagnóstico principal (códigos O00 a O08 da CID-10). Este códigos foram distribuídos em 3 grupos, de acordo com a gravidade: o grupo A inclui os seguintes tipos de perdas gestacionais que não são induzidas ou abortos espontâneos: gravidez ectópica, gravidez molar hidatiforme e outros produtos anormais de concepção e aborto não cumprido; o grupo B tem diagnósticos que incluem complicações mais graves e é dividido em dois sub grupos, Complicações mais graves - Não especificado incluem aquelas com uma complicação grave que não foi especificada (ou seja, “outras” complicações e aquelas com complicações não especificadas) e Complicações mais graves - Especificadas - incluem os seguintes diagnósticos que são complicações graves: infecção do trato pélvico / genital, hemorragia prolongada ou excessiva, lesões, insuficiência / insuficiência renal, distúrbio metabólico, choque, embolia; e finalmente o grupo C, com complicações menos graves.

Os resultados mostram que houve queda no número de internações por aborto em todo o período. Analisando-se a taxa de internações por aborto para cada 1.000 mulheres de 15 a 49 anos, nota-se que também houve queda. Esta queda foi mais acentuada para as internações consequentes a diagnósticos de aborto com complicações mais graves.

Do total das 1.613.903 hospitalizações por interrupção voluntária da gestação estimadas entre 2008 e 2017 no SUS, encontrou-se 40.348 mulheres com pelo menos uma complicação grave. Estas complicações graves, classificadas desta maneira utilizando-se os critérios da OMS [11], fizeram com que essas mulheres quase viessem a óbito (near miss),⁵ o que corresponde a uma proporção de 2,5% das hospitalizações por aborto no SUS no período.

Estima-se que para cada morte materna há pelo menos 30 casos de complicações graves, os chamados casos de “near miss”, como hemorragia, infecções do trato reprodutivo (em cerca de 20% a 30% dos abortamentos inseguros), infecções do trato genital superior (em cerca de 20% a 40%), choque séptico, perfuração de vísceras, traumatismos genitais, e sequelas como a dor pélvica crônica e infertilidade [2;12]. A OMS estima que 5 milhões de mulheres por ano passam a sofrer de disfunções físicas e/ou mentais como resultado das complicações decorrentes de um abortamento inseguro[2].

Estudos apontam que o tratamento das complicações do abortamento consome uma parte significativa de recursos, incluindo leitos hospitalares, suprimento de bolsas de sangue, medicações e, muitas vezes, centros cirúrgicos, anestesia e especialistas. Em muitos países em desenvolvimento, isso pode comprometer o investimento clínico, material e financeiro em outras ações e serviços de saúde [13].

Segundo cálculos do Ministério da Saúde, em 2018, o custo com hospitalizações por interrupção da gestação no SUS, em 2017, foi de R\$ 50.762.324,38. No período analisado (2008 a 2017), o gasto total foi de R\$ 486 milhões. O custo médio das internações por interrupção da gestação com complicações (near miss) para todo o período foi 317% maior em relação ao custo daquelas que não complicaram.

Impacto da interrupção voluntária da gestação na morte materna

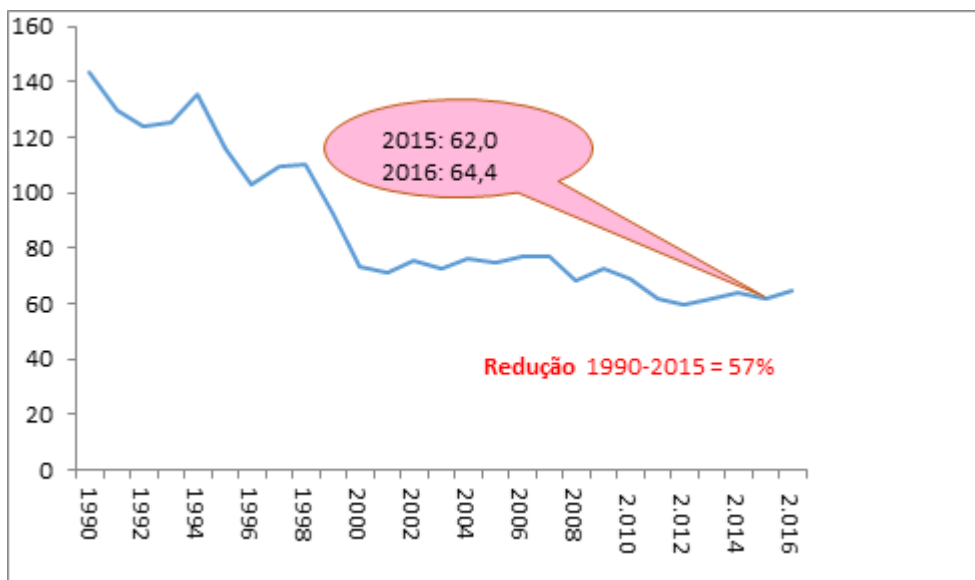
A mortalidade materna é um dos indicadores mais sensíveis para avaliar a qualidade de vida e o acesso a uma saúde de qualidade pelas mulheres de um dado território e em determinado período de tempo. Em 2000 o Brasil assumiu compromisso internacional com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o que implicaria reduzir a morte materna em 75% até 2015, tendo por base os dados de 1990. Isso permitiria que o país chegasse a uma

⁵ Método de cálculo no item 1.2 do ANEXO 1

Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 35 óbitos/100.000 nascidos vivos em 2015. Embora o número de mortes maternas no Brasil tenha apresentado uma redução de 57%, entre 1990 e 2015, esta foi menor que a prevista nos ODM, e o Brasil chegou ao final de 2015 com uma RMM de 62,0 óbitos/100.000 nascidos vivos.

Observa-se, na Figura 3, que a razão de morte materna caiu até 2013 e vem estabilizando nos últimos anos, com um repique em 2016.

Figura 2: Tendência da razão da morte materna no Brasil. 1990 a 2016.

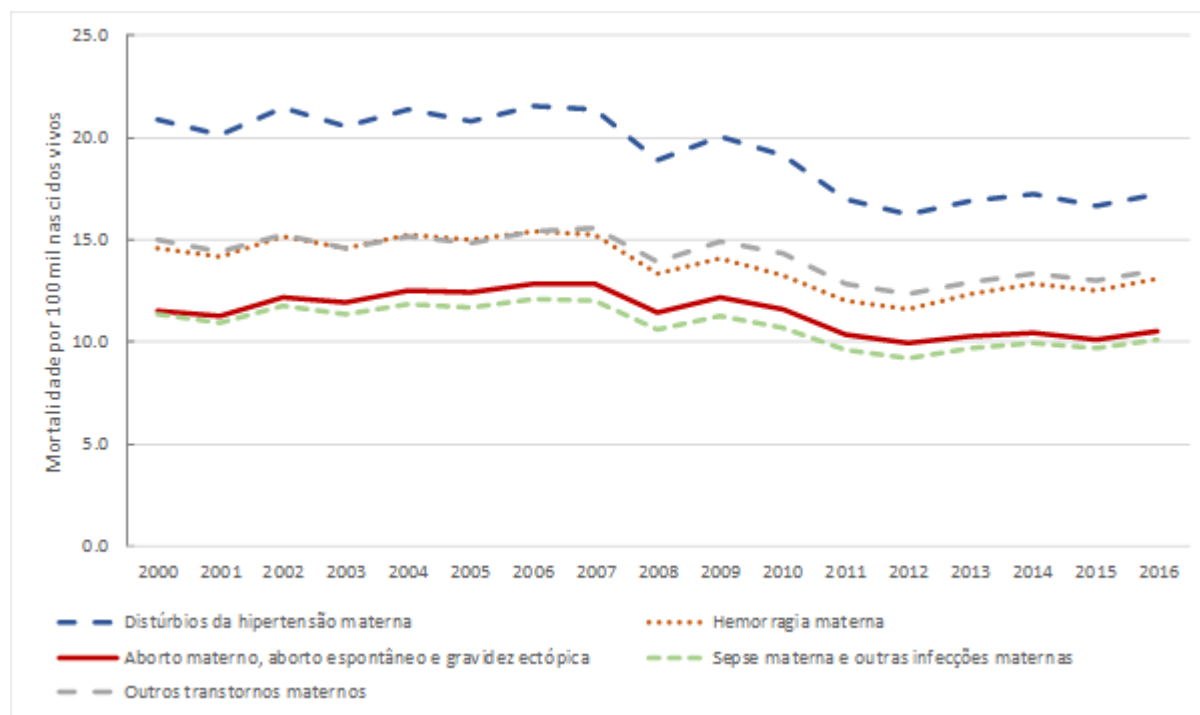


Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade e SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (dados corrigidos pela Pesquisa de Busca Ativa - FIOCRUZ - MS)

Segundo estimativas do Estudo Global Burden Disease, utilizando dados do SIM – IHME/UW e Rede GBD Brasil [15], o Brasil apresentou uma redução na proporção da morte por aborto, passando de 15% para 12% das mortes por transtornos maternos, respectivamente, 1990 e 2016. Estima-se que, em 1990, morreram 604 mulheres em decorrência de aborto e, em 2016, foram 203 mortes em um total de 1841 mortes maternas.

O aborto é a 4ª causa de morte materna por causas obstétricas diretas no país (Figura 3), que apresentou pequena redução desde 2000 a 2016 comparado as outras causas obstétricas com maior redução, como hipertensão materna e hemorragias e sepses maternas. Observa-se na Figura 3 a grande redução das mortes por hipertensão materna no SUS, resultado da política pública de prevenção dessas mortes.

Figura 3: Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos (estimativa SINASC) segundo causas obstétricas. Brasil, 2000 a 2016.



OBS: Óbitos SIM, sendo as causas estimadas pela proporção da causa em relação ao total de óbitos maternos, exceto óbitos maternos indiretos e tardios; Nascidos vivos estimados pelo SINASC

Fonte: MS – SIM, SINASC e GBD/IHME/UW

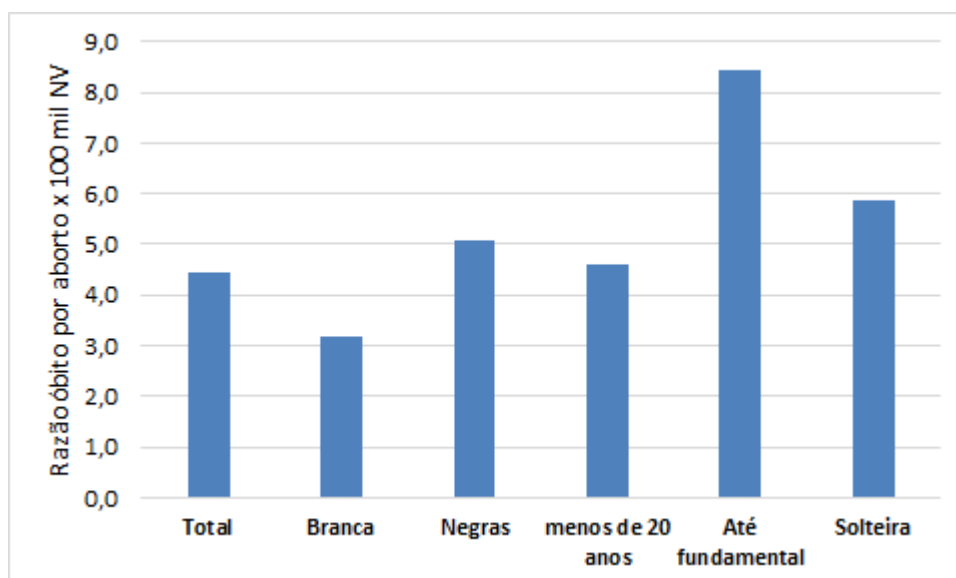
Vale destacar o grande desafio que é reduzir a mortalidade materna por abortamento em países onde o aborto se realiza na clandestinidade e ilegalidade. A ilegalidade aumenta a chance de complicação, pois leva às mulheres a não declarem ter interrompido a gestação quando são atendidas na emergência dos hospitais, dificultando o diagnóstico e intervenção médica oportuna, agravando o risco de morte [9].

Para a agenda global dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável ODS - 2016 a 2030 - o Brasil reiterou seu compromisso com a igualdade de gênero e com os direitos reprodutivos acordando com a meta de redução da mortalidade materna em 50% em 12 anos. O alcance dessa meta demandará ações eficientes e eficazes, baseadas em evidências científicas e compromisso dos gestores com políticas públicas que promovam justiça, reduzam as iniquidades em saúde e as desigualdades sociais, incluindo a redução das mortes por abortamento inseguro.

Neste sentido, considerando que mais de 90% das mortes maternas do país são evitáveis, que a maioria das mulheres que morrem são de menor nível socioeconômico e negras, perfil similar ao das mulheres que mais recorrem ao aborto inseguro.

Segundo dados do SIM (Figura 4), razões de óbitos por aborto segundo características sócio demográficas, por 100.000 nascidos vivos para 2016, mostra riscos de morte mais elevados para mulheres negras (5,0 óbitos x 100.000 NV), com escolaridade até o nível fundamental (8,5 x 100.000 NV) e solteiras (6,0 x 100.000 NV), diferindo do perfil das mortes de mulheres brancas (3,0 100.000 x NV) e da média geral (4,5 x 100.000 NV).

Figura 4 - Razão óbito por aborto x 100 mil nascidos vivos (NV), segundo características sócio demográficas das mulheres, Brasil, 2016



Fonte: SIM - Sinasc - SVS - MS

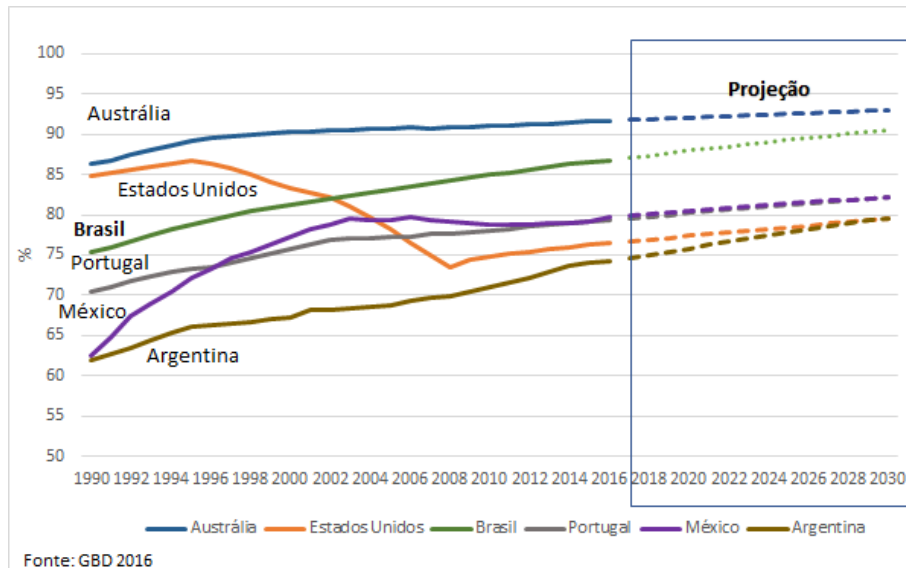
Fecundidade no Brasil e Regiões

Segundo o IBGE, a fecundidade no Brasil teve uma grande e rápida redução nos últimos anos. Esta queda, no período posterior a 1980, pode ser explicada, principalmente, pela ampla oferta e utilização de métodos contraceptivos [16].

Em 2017, a fecundidade foi de 1,67 filhos por mulher entre 15 e 49 anos, estando abaixo do nível de reposição populacional, variando de 2,02 na Região Norte a 1,55 na Região Sul. Estima-se que, em 2100, o Brasil terá uma população menor do que a que se tem hoje [17].

A oferta de métodos contraceptivos modernos no Brasil tem aumentado nos últimos anos e o país apresenta uma das maiores coberturas do mundo. Em 2016, a cobertura de contraceptivos modernos foi de 86%, devendo chegar a mais de 90% em 2030, ficando somente depois da Austrália (Figura 5-A) [18].

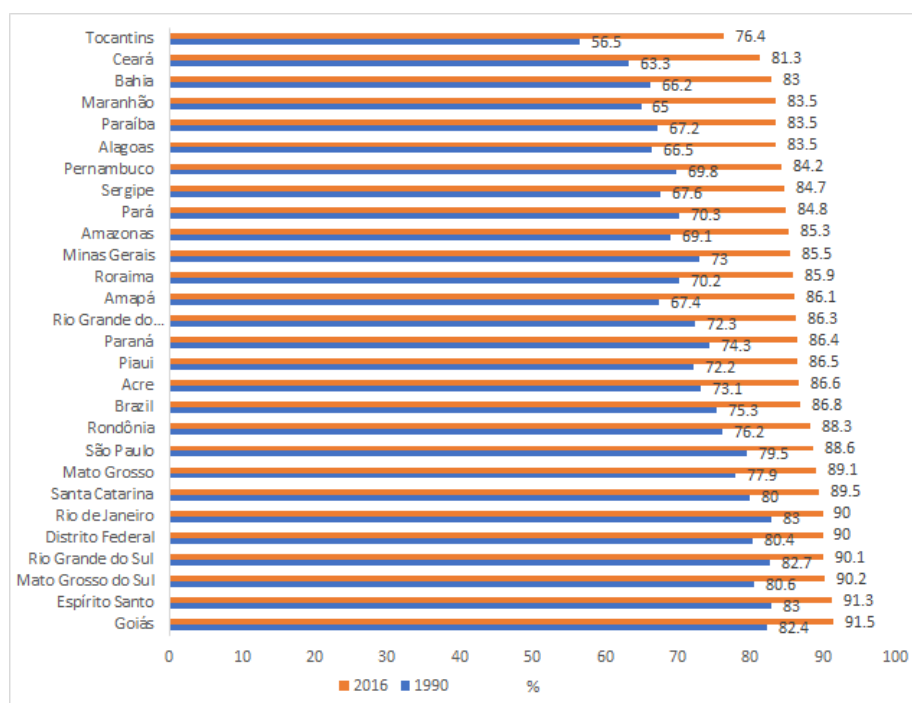
Figura 5 - A: Proporção de mulheres com necessidade de uso de contraceptivos modernos atendidas - Brasil, Argentina, Austrália, Estados Unidos, México, Portugal – 1990 a 2030



Fonte: Global Burden Disease Study - IHME

As coberturas de contraceptivo nos estados também são altas (Figura 6 - B)

Figura 5 - B: Proporção de mulheres com necessidade de uso de contraceptivos modernos atendidas segundo estados, 1990 e 2016.



Fonte: Indicadores de desenvolvimento sustentável estimados – IHME/UW e Rede GBD Brasil

Políticas públicas de Saúde e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos

O Ministério da Saúde vem trabalhando para fortalecer as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva no sentido de garantir que as mulheres e homens adultos, jovens e adolescentes tenham o direito de decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, e idade ou condição física; e o direito de acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação.

Para tanto, um conjunto de políticas de promoção e prevenção de saúde vêm sendo implementadas com foco em adolescentes, mulheres, homens, prevenção de ISTs dentre elas a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres - PNAISM.

Vale destacar que a PNAISM é precedida por marcos legais fundamentais à garantia do direito à saúde, tais como a Lei que regulamenta o SUS (Lei 8.080/90), a Lei do planejamento familiar (Lei 9.263/96) e incorpora em suas ações outros marcos mais recentes como Lei de atenção às vítimas de violência (Lei 12.845/13). Nesse sentido a PNAISM tem como objetivo promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e

serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

No que se refere à saúde reprodutiva, mais especificamente, o estado brasileiro tem investido esforços para garantia dos direitos, ampliação do acesso e promoção saúde de modo universal, integral e com equidade, reorganizando e ampliando os serviços, e estabelecendo normas técnicas, diretrizes e orientações para a qualificação da atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres.

Nesta direção destaca-se o arcabouço normativo que o Ministério da Saúde em conjunto com as sociedades científicas⁶, gestores estaduais e municipais de saúde, elaboraram, a partir de evidências científicas, com o objetivo de organizar a rede de saúde desde o planejamento reprodutivo até a atenção obstétrica. Dentre os quais destaca-se por um lado, os Cadernos da Atenção Básica e o Protocolo de Atenção Básica: Saúde da Mulher, que orientam sobre a atenção à saúde sexual e reprodutiva, pré-natal, prevenção de ISTs e outros temas na atenção básica, e por outro lado uma série de normas técnicas e/ou manuais⁷ que estabelecem ações e condutas clínicas para qualificar o atendimento às mulheres, ações estratégicas para redução morte materna e neonatal. Como o pacto pela redução pela mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia legal. Investimentos na melhoria da ambiência em maternidades, qualificação de profissionais nos serviços.

Dentre as políticas, programas e ações, destacam-se:

- A) O fortalecimento da Atenção Básica como porta de entrada do SUS, e a ampliação das equipes de saúde da Família⁸, responsáveis pela identificação e acolhimento das mulheres em idade fértil e suas parcerias, favorecem a proximidade dos profissionais de saúde com o território em que atuam, e fortalecem as ações voltadas às especificidades de cada grupo, considerando suas relações e condições familiares, sociais, comunitárias e econômicas.

⁶ Tais como Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras (ABENFO), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

⁷ Destaca-se Assistência em planejamento familiar de 2012; Assistência pré-natal de 2000; Gestação de alto risco de 2010; Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes de 2005; Atenção Humanizada ao Abortamento de 2011 e Os aspectos jurídicos no atendimento às vítimas de violência sexual de 2011.

⁸ A expansão 28.195 equipes de saúde da família em 2007 para 42.575 equipes em 2017, resultou numa cobertura de 75,04% da população.

- B) A qualificação da demanda de métodos contraceptivos por meio de uma programação ascendente dos municípios, estados até a compra centralizada e distribuição pelo Ministério da Saúde, bem como a ampliação da oferta dos métodos, sejam eles: injetável mensal, injetável trimestral, pílula combinada, minipílula, pílula de emergência, dispositivo intrauterino de cobre (DIU TCU 380), diafragma, preservativo feminino e preservativo masculino, visam assegurar às mulheres a decisão livre e informada sobre sua saúde sexual e reprodutiva.
- C) Qualificação da atenção à sexual e à saúde reprodutiva por meio de capacitação de profissionais de saúde (presencial e EAD); elaboração de diretrizes para a atenção, oferta de métodos contraceptivos e de teste rápido de sífilis, de HIV, e de gravidez⁹. Com o objetivo de aprimorar constantemente a capacidade dos profissionais frente às necessidades reprodutivas da população em todo o curso de vida, em especial de adolescentes e jovens. Tais como detectar precocemente a gestação, ofertar métodos contraceptivos, identificar situações oportunas para oferta de anticoncepção de emergência, acolher as mulheres em situação de gravidez indesejada e/ou não planejada, e acolher e atender as mulheres em situação de violência sexual.
- D) A inclusão da atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento, que consiste num novo paradigma no cuidado às mulheres, mas também na perspectiva da integralidade deste atendimento, disponibilizando alternativas contraceptivas, para as mulheres com abortamento espontâneo orientando-as a uma nova gestação e garantido um atendimento adequado às suas necessidades. Essa estratégia implicou: 1) no estabelecimento de uma rede de serviços de referência em todo o Brasil; 2) na oferta de insumos estratégicos, tais como Misoprostol e Aspiração Manual Intrauterina - AMIU e avanço tecnológicos e modo a reduzir uso de técnicas consideradas pela OMS obsoletas; 3) no aprimoramento de profissionais de saúde¹⁰ por meio da incorporação de condutas terapêuticas, éticas e legais na assistência, e do acolhimento e criação de vínculo no cuidado.

⁹ A oferta do teste rápido de gravidez, acompanhada de acolhimento e escuta qualificada, oportuniza o diálogo sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Entre 2012 e 2017 foram repassados R\$ 13.651.534,36 aos municípios para aquisição dos testes rápidos de gravidez para serem ofertados na Atenção Básica.

¹⁰ Foram 30 hospitais na formação sobre abortamento 67 hospitais na atenção Humanizadas às vítimas de violência e coleta de vestígios (2014 e 2016) e 98 hospitais de ensino na atenção obstétrica e neonatal(2017 a 2019).

- E) Fortalecimento da Atenção Obstétrica por meio de ações estratégicas como a Rede Cegonha¹¹, o Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal e o Ápice On, bem como a implementação de diretrizes que possibilitem a identificação de complicações obstétricas e garantindo a atenção adequada e em tempo oportuno.
- F) A disponibilização do Painel de Monitoramento de Morte Materna em tempo real é uma ação que visa facilitar o acesso a informação de qualidade e a tomada de decisão dos gestores locais.

Experiências Internacionais de descriminalização da interrupção de gestação

O Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, categoriza os principais motivos existentes para permissão do aborto na maioria dos países como: risco de vida para as mulheres; risco para a saúde física e às vezes mental; gestação decorrente de estupro ou abuso sexual; diagnóstico de anomalia fetal grave; razões sociais e econômicas e, por fim, as situações em que não há restrição e a interrupção da gestação pode ser realizada a pedido da mulher grávida [19].

De acordo com levantamento realizado pelo Centro de Direitos Reprodutivos, entre as décadas de 50 e 80, quase todos os países desenvolvidos modificaram suas legislações sobre interrupção voluntária da gestação, de modo a prever situações em que o ato não seja considerado crime [20]. Um mapa elaborado por este centro (ANEXO 3), mostra os países do mundo classificados em quatro categorias de situação legal, quanto ao grau de criminalização da interrupção voluntária da gravidez. Da mais restritiva à mais liberalizante. Deste modo apresenta: I - 66 países, 25,5% da população mundial, em situação "restritiva na maior parte das condições ou permitido para salvar a vida da mulher" (neste grupo estão o Brasil, Irlanda, Angola, Afeganistão, Irã, entre outros); II - 59 países, 13,8% da população mundial, em situação que é aceita a interrupção voluntária "para preservar a saúde" (Colômbia, Costa Rica, Equador, Israel, Nova Zelândia, Nigéria, Peru, e outros); III - 13 países, 21,3% da população mundial, não consideram crime a interrupção feita com base em questões "socioeconômicos" da mãe (Índia, Japão, Grã-Bretanha, Islândia, e outros); e IV - 61 países, 39,5% da população mundial, aceitam que se interrompa voluntariamente a gestação "sem restrição de motivação"

¹¹ A Rede Cegonha é uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

(Estados Unidos, Austrália, Canadá, Alemanha, França, Suíça, Suécia, Espanha, Portugal, Grécia, Rússia, Uruguai, China, entre outros).

Estudo realizado em parceria com a Organização Mundial de Saúde [3], utilizando dados empíricos sobre métodos, provedores e cenários de aborto, bem como fatores que afetam a sua segurança para estimar as distribuições global, regional e sub-regional de aborto, apontou que as sub-regiões com as maiores proporções de abortos seguros (norte da Europa e norte da América) foram aquelas com a menor incidência de aborto. A maioria dos países nestas duas sub-regiões têm leis menos restritivas sobre o aborto, alto uso de métodos contraceptivos, desenvolvimento econômico elevado, altos níveis de igualdade de gênero, e infraestruturas de saúde bem desenvolvida. Isso sugere que que, nesses contextos, é possível garantir tanto uma baixa incidência de aborto como alto nível de segurança para a mulher quando estes são realizados.

Seguem abaixo informações relacionadas aos impactos nos sistemas de saúde considerando os marcos legislativos para interrupção voluntária da gestação.

Portugal

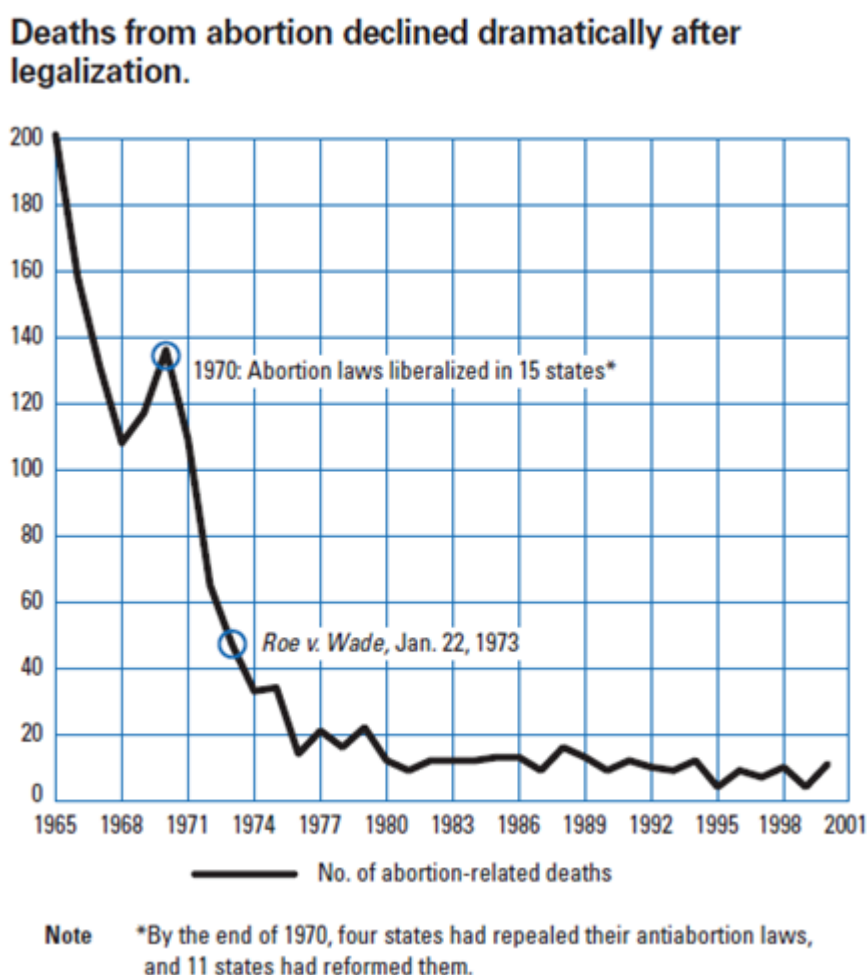
Em Portugal, a interrupção da gravidez a todas as mulheres que o solicitem, até a 10^a semana gestacional completa, foi considerada legal a partir de abril de 2007. Buscando compreender o impacto da liberalização do aborto por solicitação materna sobre as tendências totais de hospitalização, Gonçalves-Pinho *et. all* identificaram em um cenário anterior a alteração legislativa, no período de 2000 a 2006, um lento e contínuo aumento no número de hospitalizações relacionadas ao aborto (618 a 902 internações), com 83,5% destas sendo realizadas em situação de emergência [21]. Após a legalização, foi identificado um aumento inicial de internações (2007-2010) seguido de significativa redução. Em comparação com o cenário analisado no ano 2000, no qual se estimava uma internação para cada caso de aborto, em 2014 foi estimado 0.11 internações para cada caso. Além disso, 87.2% das internações deixaram de ser decorrentes de situação de emergência, passando a serem programadas, o que confere menor risco de complicações e morte [21].

A avaliação da Direção Geral de Saúde de Portugal é que, em 2015, foi registrado o mais baixo número de abortos desde 2008, primeiro ano completo da vigência da lei que despenaliza o aborto. Além disso, observou-se diminuição de 1,9% nas interrupções voluntárias entre 2014 e 2015, tendo sido feitos 15.873 procedimentos neste ano [22]. De acordo com dados oficiais, desde julho de 2007, não ocorreu óbito materno por interrupção legal da gravidez [23].

Estados Unidos

Nos Estados Unidos, a interrupção da gravidez a todas as mulheres grávidas foi considerada legal a partir de 1973. A morte de mulheres por interrupção voluntária da gestação declinou de forma significativa desde a legalização do procedimento (Figura 6). Em 2001, ocorreram 12 vezes menos óbitos que no Brasil em 2016 [24].

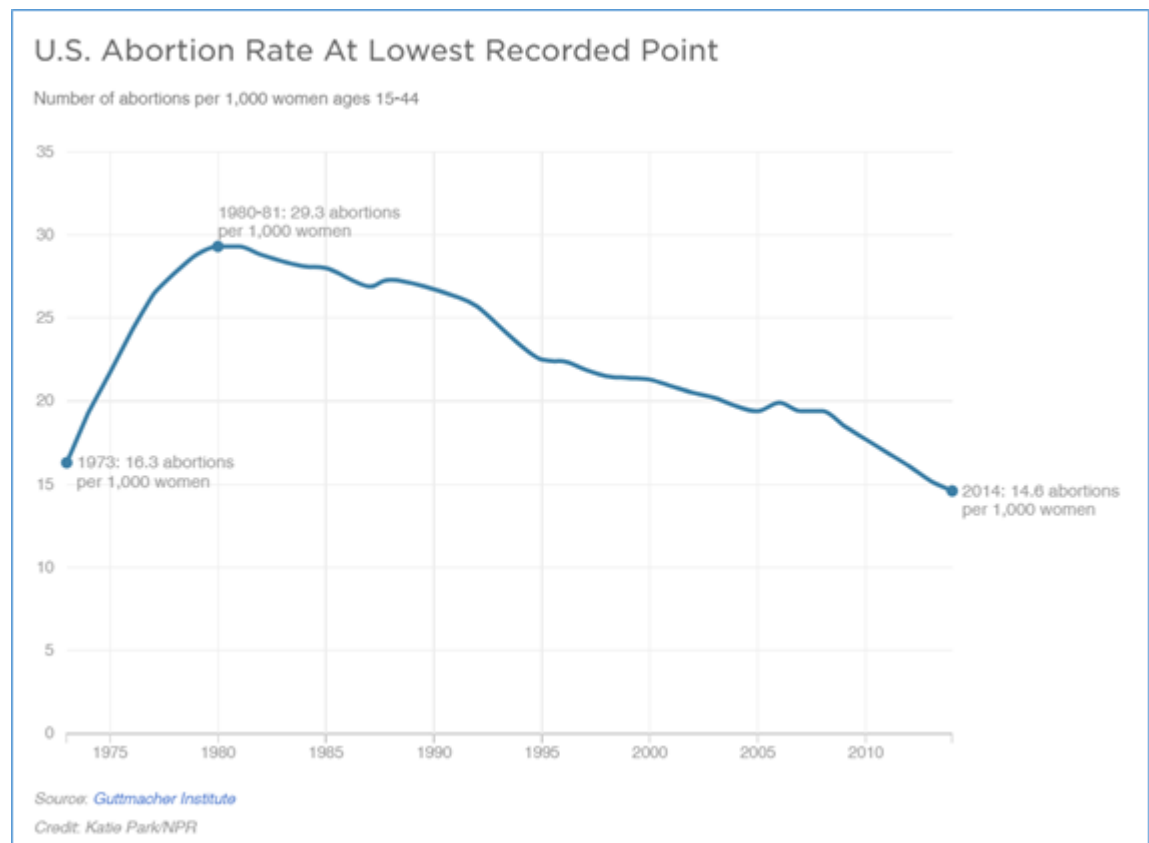
Figura 7: Número de óbitos de mulheres devido a interrupção voluntária da gestação nos Estados Unidos



Um estudo da Universidade da Califórnia/EUA [25] mostrou que dos 54.911 abortos estudados entre 2009 e 2010, apenas 126 casos (0,23%) envolveram complicações maiores que exigiram internação hospitalar. A OMS [26] considera que, para países onde o aborto é ilegal, este número seria entre 20% e 25%.

Em 2014 foi registrada a menor taxa de interrupção da gestação dos últimos 40 anos (Figura 8). A taxa de 2014 foi de 14,6 interrupções voluntárias por grupo de mil mulheres de 15 a 44 anos [24]. No mesmo ano no Brasil, essa taxa foi de 20/1000 mulheres de 15-44 anos.

Figura 8: Taxa de interrupção voluntária da gestação nos Estados Unidos em mulheres de 15 a 44 anos, 1974 a 2014.



Fonte: Guttmacher Institute Credito: Katie Park/NPR

Discussão

A carga do aborto induzido no Brasil é muito alta, estando entre 800 mil a 1 milhão de abortos por ano, na população de mulheres de 10 a 49 anos. Mais de 200 mil mulheres foram hospitalizadas, em 2017, por complicações do aborto e os casos graves foram de mais de 5 mil. Ocorreram 2 mortes por aborto a cada dois dias em 2016, afetando principalmente mulheres jovens, negras e com baixa escolaridade.

A carga do aborto ilegal no Brasil não é diferente de outros países onde o aborto também é ilegal. Por outro lado, é maior que os abortos realizados nos países onde esse procedimento é feito sem restrições, onde há menos complicações devido ao procedimento feito com segurança e por profissionais qualificados, onde a morte por aborto é muito baixa, ocorrendo somente nas situações onde essa morte é inevitável.

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tem desenvolvido ações com impacto positivo para reverter a situação da grande carga de aborto ilegal. A oferta de contraceptivos gratuitos pelo SUS tem alta cobertura, o que tem impactado positivamente na redução da fecundidade e na redução das hospitalizações por aborto, além disso, com o melhor atendimento da saúde materna, reduziu-se em mais de 50% as mortes maternas no período de 1990 a 2015, principalmente suas principais causas, hipertensão materna e hemorragia. Somente as mortes por aborto tiveram uma menor redução.

Nesse contexto, destaca-se as diretrizes do Ministério da Saúde para a incorporação hospitalar do misoprostol nas boas práticas de atenção às mulheres em situação de abortamento, sendo espontâneo ou não. O uso deste fármaco tem causado impacto positivo na redução das complicações pelo aborto nos serviços de saúde nos quais seu uso é permitido. Em que pese sua venda ser restrita apenas para os serviços de saúde hospitalares, onde seu uso é controlado, isto não alterou a oferta ilegal desta medicação no mercado clandestino e seu acesso e uso pelas mulheres. Ao mesmo tempo, se por um lado, algumas mulheres ficam mais vulneráveis à aquisição de medicação sem a devida orientação de uso e sobre sinais de risco; por outro lado, as expõem ao risco de utilizar uma medicação falsificada, sem garantia de qualidade e procedência. Paradoxalmente, o uso do misoprostol, mesmo que ilegal, causou impacto positivo na redução das complicações pelo aborto não seguro.

O abortamento representa um grave problema de saúde pública. Por atravessar um emaranhado de aspectos sociais, culturais, econômicos, jurídicos, religiosos e ideológicos. As evidências apontam que a ilegalidade da interrupção voluntária da gestação não impede sua prática pelas mulheres, no entanto, afeta drasticamente o acesso das mesmas a um procedimento em condições seguras [8], impondo maior risco de complicações e de morte materna evitável, em contexto de grande desigualdade social.

Considerações finais

Diante do exposto, seguem abaixo os principais pontos levantados por este Ministério como elementos a serem considerados no debate público sobre a interrupção voluntária da gestação no país e nas reflexões sobre as responsabilidades do estado brasileiro na redução das desigualdades, garantia do direito universal à saúde e à proteção à vida das mulheres:

1. O estado brasileiro dispõe de um arcabouço legal e normativo relativo aos direitos reprodutivos que visa garantir de modo universal, integral e com equidade políticas públicas para a promoção, proteção e recuperação em saúde;

2. Persistem problemas decorrentes de violências e das desigualdades sociais, bem como no acesso aos serviços e a informações para tomada livre, consentida e segura de decisões. Esse contexto contribui para que a carga das gravidezes não intencionais seja maior para as mulheres mais vulneráveis, especialmente, quando consideradas raça/cor, classe social, e curso de vida, produzindo maiores riscos a estas nas situações de interrupção voluntária da gestação;

3. A carga da interrupção voluntária da gestação é alta no Brasil, com estimativa de quase 1 milhão de procedimentos não-legalizados por ano, que ocorrem de modo clandestino e, na maioria das vezes, de modo inseguro;

4. As complicações por abortamento inseguro resultam em internações, aumento dos custos em saúde e em mortes evitáveis. Os procedimentos inseguros levam à hospitalização de mais de 250 mil mulheres por ano, cerca de 15 mil complicações e 5 mil hospitalizações de muita gravidade levando as mulheres quase ao óbito (*near miss* materno). Esse cenário causou a morte de 203 mulheres por procedimento inseguro de interrupção da gestação em 2016 (uma morte a cada dois dias), totalizando mais de 2 mil mortes maternas nos últimos 10 anos;

5. A efetivação e promoção dos direitos sexuais e reprodutivos são fundamentais para a proposição e implementação de políticas públicas que contemplem a saúde de maneira integral, com respeito à liberdade e autonomia das (os) usuárias (os) para exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
- [2] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Abortamento Seguro: Orientação Técnica E de Políticas Para Sistemas de Saúde. Genebra. World Health Organization, 20 de fev de 2015 - 136 págs. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;jsessionid=CEA70E120D2DDECEB8F4F0D8F087B23B5?sequence=7
- [3] GANATRA, Bela *et al.* Global, regional, and sub regional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, Volume 390, Issue 10110 , 2372 - 2381. 25 November 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf
- [5] LÓPEZ-GÓMEZ, Alejandra *et al.* Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención. México. *Salud Pública de México* [online]. 2017, v. 59, n.5, pp. 577-582. Disponível em: <https://doi.org/10.21149/7937>.
- [6] DINIZ, Debora *et al.* Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v.22, n.2, pp. 653-660. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>.
- [7] UNITED NATIONS. Report of the International Conference on Population and Development. Cairo: 5-13 set. 1994. Disponível em: <https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>
- [8] UNITED NATIONS. Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing: 4-15 set. 1995. Disponível em <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/>

- [9] THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. An overview of clandestine abortion in Latin America. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1996. 6 páginas. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/ib12.pdf>
- [10] SUSHEELA, Singha *et al.* Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992–2009: Why the decline in numbers and severity? *Int J Gynaecol Obstet.* 2012 Sep;118 Suppl 2:S99-106. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/S0020-7292%2812%2960007-1>
- [11] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf?sequence=1
- [12] GRIMES, David A *et al.* Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet.* Volume 368, No. 9550, p1908–1919, 25 November 2006 Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(06\)69481-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(06)69481-6.pdf)
- [13] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. -- 6th ed. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/
- [14] MARINHO, Fatima *et al.* Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, v. 25, n. 4, p. 701-712, Dec. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ress/2016nahead/2237-9622-ress-S1679_49742016000400004.pdf
- [15] INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). Global Burden of Disease Study (GBD) 2016. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- [16] MARTINS, Eunice Francisca *et al.* Multiple causes of maternal mortality related to abortion in Minas Gerais State, Brazil, 2000-2011. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública* vol.33 no.1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105009
- [17] SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população / Celso Cardoso da Silva Simões. - Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. 119 p., ISSN 2236-5265. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf>

- [18] KASSEBAUM, Nicholas J *et al.* Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* , Volume 388 , Issue 10053 , 1775 - 1812. 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31470-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31470-2.pdf)
- [19] UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. *World Abortion Policies 2013*. 2013. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf
- [20] CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. *The world's abortion laws map 2018*. 2018. Disponível em: <http://www.worldabortionlaws.com>.
- [21] GONÇALVES-PINHO, Manuel *et al.* The impact of a liberalisation law on legally induced abortion hospitalisations. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 203, 142-146. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.05.037. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301-2115\(16\)30255-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301-2115(16)30255-X)
- [22] LUSA - Agência de notícias de Portugal. Portugal é país europeu com menos abortos, lei foi “um sucesso”, diz Francisco George. Artigo de internet. 2017. Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/09/14/sociedade/noticia/portugal-e-pais-europeu-com-menos-abortos-lei-foi-um-sucesso-diz-francisco-george-1785386>
- [23] SANTOS, Ana Paula Vidal dos *et al.* Factors Associated with Abortion in Women of Reproductive Age. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 38, n. 6, p. 273-279, 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032016000600273&lng=pt&nrm=iso
- [24] STARRS, Ann M *et al.* Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*. Volume 391, No. 10140, p2642–2692, June 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)
- [25] USHMA, D. Upadhyay *et al.* Incidence of Emergency Department Visits and Complications After Abortion. *Obstetrics & Gynecology*. VOL. 125, NO. 1, :175-83, 2014; DOI: 10.1097) Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25560122>
- [26] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. Geneve: World Health Organization; 2004. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241591803/en/

ANEXO 1

1.1 Cálculo das estimativas do número de interrupções voluntárias de gestação

Para manter a comparabilidade histórica e com estimativas feitas em outros países, usamos o método proposto pelo Instituto Alan Guttmacher (AGI) no estudo sobre aborto na América Latina, em 1994,¹ aceito e usado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).²

A metodologia proposta pelo AGI é considerada válida e usada pela OMS para regiões onde o aborto induzido é criminalizado e as estimativas precisam ser feitas de maneira indireta, por meio das internações por complicações do aborto, como sugerido por Singh e Wulf (1994).³

Para diminuir o erro, o número de abortos induzidos foi estimado por intervalo entre um limite superior, com a multiplicação por cinco do número de internações por abortamento registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), e um limite inferior, com a multiplicação por quatro do número de internações.

Usamos as hipóteses propostas na investigação do AGI⁴ de que, no Brasil, há sub-registro de 12,5% e a proporção de abortos espontâneos é de 25%. Assim, a estimativa foi obtida com a aplicação da seguinte equação para o limite superior (LS) do número de abortos:

$$LS = \text{Número de internações por abortamento} \times 5 \times 1,125 \times 0,75$$

Para o limite inferior (LI) das estimativas, assumimos a proporção de uma internação para cada quatro abortos, ou seja, 25% das mulheres que induziram o aborto tiveram de ser hospitalizadas por complicações. A equação do limite inferior (LI) ficou assim definida: LI =

$$\text{Número de internações por abortamento} \times 4 \times 1,125 \times 0,75$$

Análise de dados

- Estimativa do número total de hospitalizações por aborto corrigindo o número de hospitalizações do SUS com a proporção da população que possui plano de saúde privado.
- Aplicação o método AGI (corroborado pela OMS) para criar os limites inferior e superior para a estimativa do número total de abortos induzidos. Suposições:
 - o 12,5% das hospitalizações por aborto são registradas com outras razões (multiplicar hospitalizações por 1,125)
 - o 25% das hospitalizações por aborto são devidas a abortos espontâneos/naturais, 75% são por abortos induzidos (multiplicar hospitalizações por 0,75)

- o Um em cada 4 (25%) ou 5 (20%) dos abortos induzidos tem complicações que exigem hospitalização (multiplicar hospitalizações por 5 para o limite superior e por 4 para o limite inferior)
- Calcular estimativa da razão de abortos induzidos por 1.000 mulheres, limites inferior e superior

Fontes de dados:

Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS)

- Download de arquivos SIH (por estado, mês e ano, de 2008 a 2018)
- Seleção das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) de 2008 a 2017
- Seleção de casos de aborto:
 - Códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão (CID-10) de O00 a O08
 - Internações com procedimentos por aborto como procedimento principal (04.09.06.007-0 - esvaziamento de útero pós-aborto por aspiração manual intra-uterina (AMIU) e 04.11.02.001-3 - curetagem pós-abortamento / puerperal)

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

- Proporção da população que possui seguro saúde privado (por estado / região / total, de 2008 a 2017)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

- Estimativas populacionais: mulheres de 10 a 49 anos, 15 a 49 anos e 15 a 44 anos (por estado / região / total, de 2008 a 2017)

1.2 Método adotado para estimar o número de near miss

Considera-se near miss os casos em que as mulheres quase faleceram. Segundo Cecatti⁵, casos de near miss podem ser classificados com base em três critérios: **complexidade de manejo dos casos**, presença de certas condições clínicas e presença de falência de órgãos. O SIH permite apenas a utilização dos indicadores do primeiro critério, quais sejam:

- o Admissão na UTI
- o Transfusão de sangue
- o Acesso venoso central
- o Histerectomia

- o Internação prolongada (≥ 4 dias)
- o Eclâmpsia

Para cada alta hospitalar, fez-se uma classificação como near miss (sim / não) e estimou-se o número de near miss considerando uma proporção de 2,5% de abortos que evoluíram para near miss⁶; e estimou-se o número de near miss considerando que uma proporção de 6,3% de abortos que evoluíram para near miss⁷

O cálculo das despesas para casos regulares e casos near miss foram baseados nos dados do SIH.

Referências ANEXO 1:

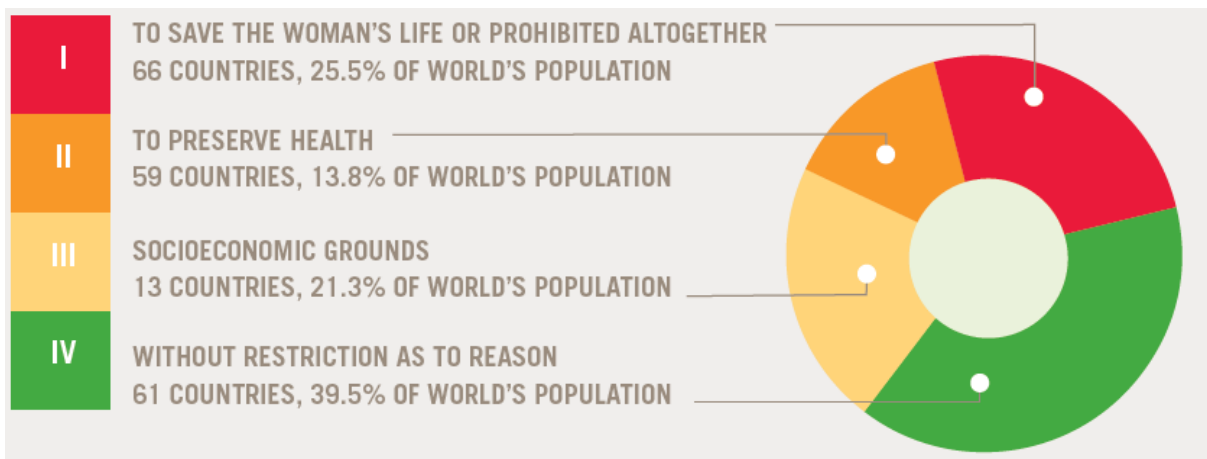
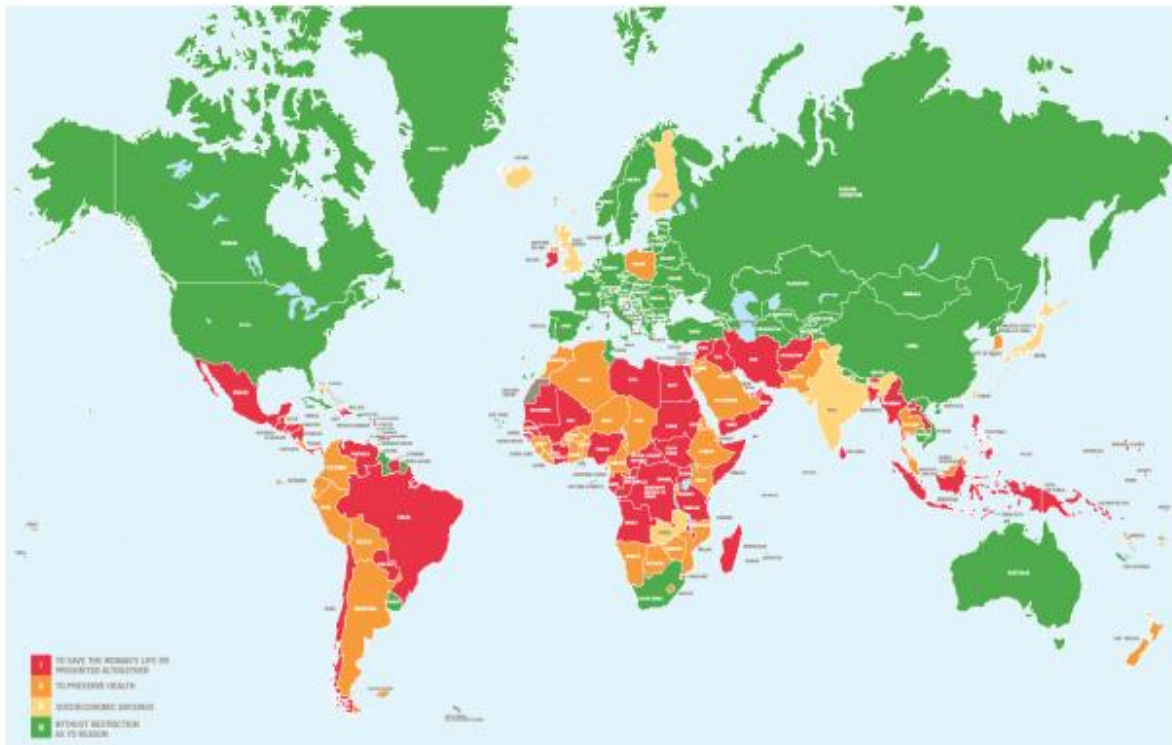
1. The Alan Guttmacher Institute. An overview of clandestine abortion in Latin America. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1996. Disponível em: <http://www.guttmacher.org/pubs/ib12.html>.
2. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated. Geneva: World Health Organization; 2004.
3. Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *Int Fam Plan Persp*. 1994;20(1):4–13.
4. Drezett J. Mortalidade materna no Brasil. Insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. *Reprod Clim*. 2013; 28(3):89–91.
5. Jose Guilherme Cecatti, Joao Paulo Souza, Mary Angela Parpinelli, Maria Helena de Sousa & Eliana Amaral (2007) Research on Severe Maternal Morbidities and Near Misses in Brazil: What We Have Learned, *Reproductive Health Matters*, 15:30, 125-133, DOI: 10.1016/S0968-8080(07)30333-9.
6. SANTANA, Danielly Scaranello Nunes. Morbidade materna grave por aborto no Brasil. 2011. 89 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP.
7. Adler AJ, Filippi V, Thomas SL, Ronsmans C. Incidence of severe acute maternal morbidity associated with abortion: systematic review. *Trop Med Int Health* 2011. Doi:10.1111/j.1365-3156.2011.02896.x.

ANEXO 2 - Internações hospitalares do SUS de 2008 a 2017 com aborto como diagnóstico principal (códigos O00 a O08 da CID-10), de acordo com a gravidade

Medida	Grupo	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	RMA
Nº de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH)	Grupo A: Casos anormais	58.929	57.787	58.292	58.159	61.071	64.870	68.792	68.525	68.669	71.134	1,9%
	Grupo B: Complicações mais graves - Especificadas	27.112	23.698	23.040	20.578	17.504	17.008	17.011	15.581	15.721	15.133	-5,7%
	Grupo B: Complicações mais graves - Não especificadas	8.133	9.559	8.608	8.604	8.601	8.453	7.910	7.471	7.047	7.140	-1,3%
	Grupo C: Complicações menos graves	127.972	130.728	129.534	123.522	121.734	114.708	114.088	105.783	102.424	106.436	-1,8%
	Outros códigos (procedimento rel. e aborto)	3.234	3.505	3.832	5.315	5.985	6.808	6.839	9.251	9.685	10.367	12,4%
	Total de abortos		225.380	225.272	223.306	216.178	214.895	211.832	214.640	206.611	208.546	210.210
Taxa por 1.000 mulheres (estimativa de abortos em toda a população - método AGI - limite inferior)	Grupo A: Casos anormais	4,78	4,67	4,73	4,74	4,96	5,28	5,63	5,59	5,50	5,62	1,6%
	Grupo B: Complicações mais graves - Especificadas	2,20	1,92	1,87	1,68	1,42	1,38	1,39	1,27	1,26	1,20	-5,9%
	Grupo B: Complicações mais graves - Não especificadas	0,66	0,77	0,70	0,70	0,70	0,69	0,65	0,61	0,56	0,56	-1,5%
	Grupo C: Complicações menos graves	10,37	10,57	10,51	10,07	9,89	9,34	9,33	8,62	8,21	8,41	-2,1%
	Outros códigos (procedimento rel. e aborto)	0,26	0,28	0,31	0,43	0,49	0,55	0,56	0,75	0,78	0,82	12,1%
	Total de abortos		18,26	18,21	18,12	17,63	17,46	17,24	17,56	16,84	16,31	16,61

ANEXO 3

Mapa da situação dos países quanto à legislação sobre aborto no mundo, em 2014



Fonte: Center for reproductive rights, acessado em <http://www.worldabortionlaws.com/>