

# ABORTO

## Interrupção voluntária da gravidez

*Maria Tereza Verardo\**  
*Maria Jucinete de Souza\*\**

Toda mulher em idade reprodutiva sabe o que significa a angústia do atraso da menstruação quando não se pretende engravidar. Por mais segura que esteja quanto aos métodos anticoncepcionais adotados, é impossível não ficar temerosa, pois nenhum método contraceptivo pode ser considerado 100% seguro. Apesar dessa realidade, é irrefutável que o uso de métodos de planejamento familiar reduz a possibilidade de gravidez indesejada. No entanto, quando a gravidez acontece só existem dois caminhos: o parto ou o aborto.

Dados encontrados na Internet<sup>1</sup> informam que seis em dez mulheres americanas que fizeram aborto experimentaram uma falha de contraceptivos. Cerca de 58% das que abortaram em 1990 usavam um método de contracepção durante o mês em que engravidaram. Somente 11% nunca tinham usado um método de controle de natalidade. Essa taxa se refere principalmente a mulheres jovens, solteiras, pobres, negras ou hispânicas, o que significa, naquele país, com um nível menor de informação.

O aborto é classificado como a interrupção de uma gravidez. Alguns obstetras, para defini-lo, delimitam o tempo de gestação até a 22ª semana de gravidez. Após esse período, a interrupção é considerada parto prematuro e, se houver óbito do feto, este é considerado natimorto. Ou seja, até os cinco meses e meio de gravidez a expulsão do feto é considerada aborto pela medicina; dos cinco meses e meio em diante, parto prematuro. Verificamos, no entanto, que a grande maioria dos abortamentos obedece a um prazo bem menor que as 22 semanas delimitadas pelos obstetras.

Os abortos podem ser espontâneos ou provocados. Espontâneos, se a interrupção ocorrer em consequência de vários fatores de ordem natural, isto é, se a expulsão do feto for realizada pelo próprio organismo sem interferência externa. Provocados, quando sofrem a interferência de agentes mecânicos (cureta, aspiração etc.) ou químicos (remédios abortivos). Os abortos provocados podem ainda ser classificados como terapêuticos (para salvar a vida da mãe) ou eugênicos (quando o feto contrai doenças graves) e possuem caráter legal em diversos países. Quando ocorrem simplesmente por desejo da mulher, geralmente possuem caráter ilegal por serem considerados criminosos, como no Brasil, por exemplo.

### **Aborto terapêutico e aborto eugênico**

O aborto terapêutico, praticado quando a vida da mãe corre perigo, é também chamado “aborto necessário”. Com os avanços da medicina, está se tornando cada vez mais raro. É indicado para portadoras de doenças renais e vasculares, como a glomerulonefrite e a hipertensão; insuficiências respiratórias graves provocadas por tuberculose ou asma crônica; vários tipos de cardiopatias, diabetes, hemopatias como a leucemia e a doença de Hodgkin e alguns tipos de câncer, principalmente do colo do útero, cujo risco para a mulher que engravida é imediato.

Tomemos como exemplo uma gestante cardiopata, isto é, com graves problemas cardíacos, que necessita submeter-se a cirurgia cardiovascular inadiável e se encontra no primeiro trimestre de gravidez. A gravidez representa, nesse caso, grande risco para a gestante e, mesmo que haja recusa ao aborto, ele será inevitável devido à própria cirurgia. Vejamos outro exemplo, uma mulher cuja gravidez se desenvolveu nas trompas, a chamada gravidez ectópica ou tubária. Se o feto não for removido ocorrerá ruptura das trompas, hemorragia

interna e morte da gestante em vários casos. Tratando-se de câncer de colo uterino existem duas possibilidades de tratamento, dependendo do estágio da doença: radioterapia intra-uterina ou histerectomia radical, isto é, retirada do órgão canceroso. Ambos os tratamentos adotados implicam óbito fetal inevitável. Classificadas ainda no campo do aborto terapêutico, temos as indicações de caráter psiquiátrico. A medida é recomendada em casos de graves psicoses e debilidade mental.

Um último tipo que se enquadra na categoria de aborto terapêutico e também na de aborto eugênico é o caso de gravidez resultante de estupro. Costuma-se classificá-lo na categoria de aborto terapêutico uma vez que, como decorrência de forte abalo psíquico produzido pelo estupro, a gestante tem sua saúde mental abalada. Enquadra-se também na categoria de aborto eugênico, porque quando não se conhece a saúde mental e física do esturador, pode haver possibilidade dele ser portador de fatores hereditários patogênicos ou doenças adquiridas que podem ser transmitidas ao feto. Legalmente, este tipo de aborto recebe tratamento diferenciado em diversos países. No Brasil ele é permitido qualquer que seja a idade da vítima.

Uma preocupação muito grande para todos aqueles que lidam com a temática do aborto, sejam as feministas ou os profissionais de saúde, é o alto índice de gravidez na adolescência. No Brasil, as pesquisas recentes indicam que este índice tem aumentado nos últimos anos. Dados levantados no SUS (Sistema Único de Saúde) indicam um aumento de 20% do número de partos em 1998 entre jovens de dez a dezenove anos em relação a 1997. Em todo o mundo, 10% dos nascimentos — cerca de quatorze milhões — são atribuídos a adolescentes. Cerca de 50% das nigerianas têm pelo menos um filho antes de completar 20 anos. Somente o Japão consegue ter um índice abaixo de 1% de gravidez na adolescência<sup>2</sup>.

Nesta faixa etária a possibilidade de complicações é muito maior do que em mulheres adultas, o que classifica esta gravidez como de risco. Em 1990, o risco de morte de meninas de dez a quatorze anos foi cinco vezes maior do que o de meninas de quinze a dezenove anos que, por sua vez, foi duas vezes maior que de mulheres adultas.

A doença mais comum na gravidez adolescente é a toxemia gravídica. Há um grande aumento da pressão arterial e inchaço nos pés, mãos e rosto, que podem provocar uma eclâmpsia caracterizada por convulsões. Esse quadro pode resultar em coma, morte da gestante e até do bebê, se não houver atendimento rápido e competente.

Além deste sintoma realmente grave, outras conseqüências podem advir da gravidez na adolescência, principalmente se a menina tiver menos de dezesseis anos. Seu corpo ainda está em fase de crescimento e as formas físicas ainda em desenvolvimento. O diâmetro da bacia ainda não se formou completamente e esse estreitamento pode impedir o desenvolvimento do bebê ou ocasionar partos prematuros. Por estar em crescimento e portar outro ser em desenvolvimento em seu corpo, a possibilidade de anemia torna-se grande, se sua alimentação não for equilibrada. Tudo isto faz com que o pré-natal bem feito e com acompanhamento médico cuidadoso torne-se ainda mais indispensável.

No entanto, se os problemas físicos podem ser evitados com um bom acompanhamento médico, os problemas sociais são mais difíceis de serem evitados. 70% das adolescentes grávidas abandonam a escola até um ano depois de terem dado à luz. A possibilidade de conseguir um emprego diminui bastante para esta garota. O risco de ser abandonada pelo namorado ou pelos pais é muito grande, ou seja, a exclusão social constitui um dos graves problemas da gravidez precoce<sup>3</sup>.

Uma parcela considerável destes casos acaba em abortamento. Muitos deles são efetuados clandestinamente e com problemas ou seqüelas. Pesquisa realizada pela Prof. Lucila Amaral Vianna e publicada pela *Folha de São Paulo*, mostrava que

20% das mulheres que tiveram complicações com aborto clandestino e foram internadas em hospitais públicos da cidade de São Paulo tinham dezenove anos ou menos. Outras 53% tinham entre vinte e 39 anos. Entre as oito que morreram de aborto em 1994 em São Paulo, três tinham dezessete anos ou menos e estavam na 7ª série. Todas eram católicas, moravam na periferia e suas famílias não sabiam que estavam grávidas<sup>4</sup>.

## Aspectos legais do aborto

O aborto é regido legalmente pelo Código Penal de 1940, e que diz:

Art. 124 – Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque.

Pena: detenção de 1 a 3 anos.

Aborto provocado por terceiros:

Art. 125 - Provocar aborto sem o consentimento da gestante.

Pena: reclusão de 3 a 10 anos.

Art. 126 - Provocar o aborto com o consentimento da gestante.

Pena: reclusão de 1 a 4 anos.

Parágrafo Único: Aplica-se a pena do artigo anterior se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada:

Art. 127 – As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto, ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas se, por qualquer destas causas, lhe sobrevem a morte.

Art. 128 – Não se pune o aborto praticado por médico:

I. Se não há outro meio de salvar a vida da gestante.

II. Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido do consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Apesar de constar no Código Penal a legalidade do abortamento quando a gravidez é consequência de estupro ou risco de vida da mãe, nenhum médico de hospital público se dispunha a atender esses casos sem a autorização de um juiz. O que significava peregrinação da gestante por meses a fio, até que a gravidez estivesse num momento em que já não era mais possível o abortamento. Esta era a técnica do médico para esquivar-se de atender. Dessa forma, uma lei que existia há mais de cinquenta anos não era aplicada.

Em 20 de agosto de 1997, em uma sessão tumultuada realizada na Câmara dos Deputados pela Comissão de Constituição e Justiça, foi aprovado por 24 votos contra 23 o projeto que obriga os hospitais da rede pública a cumprirem a lei de efetuarem o abortamento nos casos de estupro e risco de vida da mãe. O debate torna-se público e extremamente acirrado com várias facções protestando contra a decisão na Câmara. Outra parte da sociedade aproveita a discussão para se manifestar contra o aborto até mesmo nos casos já previstos em lei, como se ali estivesse sendo aprovada sua legalização e não o simples cumprimento de uma lei já existente. Este Código e o Código de Ética Médica dão ao médico o direito de não praticar um aborto quando sentir que isso ofende seus princípios morais. Sua recusa é absolutamente justa e adequada a uma democracia. O problema é que as mulheres não são regidas por esta mesma democracia e não têm o direito de decidir o que consideram melhor para si mesmas. É interessante notar que todos parecem ter direitos numa democracia, menos as mulheres. Os homens decidem o que é melhor ou não para elas e quando essas decisões são contestadas eles se espantam, como se as mulheres não tivessem capacidade de decisão.

Depois de muita luta, em 1989, graças à inserção de feministas no aparelho de Estado, algumas leis passaram a ser cumpridas e hospitais públicos implantaram o abortamento nos casos previstos por lei. Foi na gestão da prefeita Luiza Erundina<sup>5</sup> que várias feministas ocuparam cargos de poder na Prefeitura de São Paulo. Na Secretaria de Saúde, a presença de Maria José de Oliveira Araújo na direção do Programa de Saúde da Mulher e a sensibilidade da direção e de profissionais do Hospital do Jabaquara permitiram que o aborto nos casos previstos por lei fosse implantado nesse hospital. A burocracia antes existente nesses casos foi substituída pela confiança na palavra da mulher e esse exemplo foi seguido por outros estados do país<sup>6</sup>.

Além desse passo decisivo na inserção das mulheres numa sociedade democrática, esse processo foi consolidado pela instalação de postos de saúde com condições de atendimento das queixas de saúde feminina, informação e possibilidade de aquisição dos métodos anticoncepcionais e orientação sobre auto-exame de mama.

## **Debates sobre a despenalização do aborto**

Apesar do imenso avanço que significou a implantação do serviço de aborto previsto por lei, muito ainda tem se discutido sobre o tema. Uma parte da sociedade vem tentando ampliar sua despenalização para casos de malformação fetal, ou seja, casos em que a criança não teria condições de sobrevivência por muito tempo devido a sua patologia. Mas, este tema gera debates apai-xonados. É o caso do deputado Helio Bicudo (PT-SP) que diz:

Essa posição me faz lembrar as ideologias nazistas e fascistas de raça pura. Em Esparta matavam-se crianças malformadas para que se tivesse um povo hígido. Hoje, sob pretexto de que as crianças malformadas não devem sofrer, busca-se eliminá-las. Mas de quem é o juízo do sofrimento? Não seria egoísmo dos pais? Cabe aos pais dar aos filhos malformados o amor de que eles necessitam para viver os dias limitados de que dispõem<sup>7</sup>.

No entanto, alguns médicos e mulheres defendem este tipo de aborto por ser causa de muito sofrimento para a gestante que espera nove meses por uma criança que vai viver algumas horas ou dias, ou que não tem perspectiva de cura para seu mal. Aqueles que se manifestam contra o aborto eugênico não pensam em nenhum momento nesta mulher e em seu sofrimento.

Fato concreto é que o aborto existe e é preciso fazer algo com relação a isso. O mesmo *site* [www.aborto.com](http://www.aborto.com) informa que sua maior ocorrência na América Latina é no Peru e Chile — cerca de um para vinte mulheres com idade entre quinze e 49 anos. Em seguida vêm Brasil, Colômbia e República Dominicana, onde uma mulher em cada trinta faz aborto induzido. O índice mais baixo é encontrado no México, uma em cada quarenta mulheres. Vejamos no quadro abaixo:

### ***Incidência de Abortos***

<b>País e ano</b>	<b>Número anual de abortos</b>	<b>Percentual por mil mulheres</b>	<b>Média por mulheres</b>
Brasil, 1991	1.433.350	36.5	1.3
Chile, 1990	159.650	45.4	1.6
Colômbia, 1989	288.400	33.7	1.2
Rep.Dominicana <sup>8</sup>	82.500	43.7	1.5
México, 1990	533.100	23.2	0.8
Peru, 1989	271.150	51.8	1.8
América Latina	4.000.000	33.9	1.2

Estes seis países representam cerca de 70% da população da América Latina e sabe-se que a maioria das que procuram aborto são casadas e têm filhos. Ou seja, os números falam mais do que muitos argumentos. Se esta é a realidade, é com ela que temos de lidar. O aborto existe, milhares de mulheres estão morrendo por fazê-lo de forma clandestina. Essas vidas podem ser poupadas quando deixarmos de ser hipócritas e passarmos a adotar medidas efetivas para salvar-lhes a vida.

Talvez a forma mais contundente de demonstrarmos que lutar pela legalidade do aborto é lutar pela vida, seja através dos números. Em países onde a prática é legalizada, seu número diminuiu — o mesmo *site*<sup>9</sup> na Internet informa que eles estão entre os que possuem taxa mais baixa no mundo — assim como o número de mortes de mulheres. Vejamos este quadro:

<b>País onde o aborto é legal</b>	<b>% de aborto por mil mulheres em idade entre 15 e 44 anos</b>	<b>Mortes Maternais por cem mil nascidos vivos</b>
Estados Unidos	26	12
Inglaterra/Wales	15	9
Holanda	6	12
Finlândia	10	11
Japão	14	18
Austrália	17	9
<b>Países onde o aborto é ilegal</b>		
Brasil	38	220
Colômbia	34	100
Chile	45	65
República Dominicana	44	110
México	23	110
Peru	52	280

Ou seja, os argumentos que enfatizam que a legalização do aborto significaria um aumento do número de abortamentos se tornam completamente falaciosos diante dos fatos concretos, assim como aqueles que apontam que lutar pela vida é lutar pela legalidade encontram ressonância diante dos números acima. Para essas pessoas, a vida da mulher é muito mais significativa do que a vida de um ovo fecundado.

Se estes dados não forem convincentes, talvez a reportagem intitulada *Aborto mata 275 vezes mais onde é proibido*<sup>10</sup> seja mais contundente. Foi publicada num jornal que não é identificado como simpatizante da legalização do aborto e baseia-se em uma pesquisa realizada pelo Instituto Alan Guttmacher, organização apartidária que financia pesquisas sobre reprodução humana e análises políticas em todo o planeta. Segundo a reportagem:

Vinte e seis milhões de mulheres praticam aborto, todo ano, em países onde ele é permitido, 312 morrem em decorrência de complicações do ato. Por outro lado, 20 milhões de mulheres praticam aborto em lugares onde ele é ilegal. Desse número, 66 mil morrem por complicações. (...) Em países em desenvolvimento [com exceção da China] acontecem

330 mortes a cada 100 mil abortos. Em países desenvolvidos o índice de mortalidade é de 1,2 para cada 100 mil abortos. O maior risco se encontra na África: a cada 100 mil abortos, 680 acabam matando a parturiente.

Números como esses devem ser suficientes para que as pes-soas se dêem conta de que é preciso fazer algo mais do que fingir que não vêem a grave realidade. Lutar pela legalização do aborto é tentar salvar milhares de vidas de mulheres jovens com grande capacidade produtiva e com família, o que significa outros filhos para criar, com desejos e sonhos. Ao mesmo tempo é interessante notar que o Brasil sempre quis se igualar aos países desenvolvidos. No entanto, nesses países o aborto é legalizado e feito em hospitais públicos com todas as condições higiênicas e de segurança. Porque nesse aspecto também não tentamos nos igualar a tais países?

A mesma reportagem denuncia que no Brasil há três grupos distintos de mulheres que fazem aborto:

As pobres rurais, as mulheres pobres urbanas e as mulheres urbanas com renda superior. Entre as pobres rurais, 73% dos abortos são cometidos por elas mesmas [com práticas como a introdução de agulhas de crochê no útero]. Entre as mulheres pobres urbanas, 57% dos abortos são cometidos por elas mesmas ou por curiosas [parteiras sem habilitação legal] sem treinamento. Os médicos são responsáveis por 79% dos abortos de mulheres urbanas com renda superior. O “dia seguinte” é previsível: 54% das mulheres pobres rurais apresentam problemas decorrentes do aborto. O índice de complicações é menor [44%] entre as mulheres pobres urbanas e menor ainda [13%] entre as urbanas com renda superior.

Este relato parece ser ilustrativo da discriminação que se estabelece com a ilegalidade do aborto: são as mulheres mais pobres as que mais caro pagam com essa situação, porque pagam com suas próprias vidas ou com a mutilação de seus corpos.

## A religião católica e o aborto

Poderíamos ter ampliado este tópico para falar sobre a posição de diversas religiões em relação ao aborto<sup>11</sup>. No entanto, pareceu-nos melhor abordar somente a católica, por ser considerada a religião oficial do Brasil e a mais rígida em seus princípios, ao mesmo tempo em que é a mais controvertida.

É importante relembrar que nem sempre as posições da religião católica com relação ao aborto foram as que vigoram hoje. Esta percepção nos permite avaliar o quanto proibir ou liberar o abortamento é fruto de determinada concepção pessoal e não um fato natural, como querem nos fazer pensar. A Igreja Católica tem mudado sua atitude conforme o Papa que se encontra no poder. Vejamos a seguir.

No século IV, São Basílio considerava que a alma era infundida no novo ser no momento da fecundação. Esta teoria, denominada *animação imediata*, proibia o aborto em qualquer fase, já que a alma passava a pertencer ao novo ser no preciso momento do encontro do óvulo com o espermatozóide.

No século VI, com o Código de Justiniano, passou-se a considerar que o momento da infusão da alma só ocorreria quando o feto adquirisse forma humana. O que significaria que, enquanto a alma não estivesse infundida no novo ser, o aborto não poderia ser proibido.

O Concílio de Trento (1545-1563) passou a adotar a teoria de que o movimento era uma expressão da alma. Isto é, o feto passaria a ter alma no instante em que a mulher sentisse os primeiros movimentos em seu ventre. É a doutrina da *animação mediata*.

Com Pio IX, a teoria da animação imediata foi restabelecida e essa é a posição atual da Igreja. As pessoas que fizerem aborto, seja qual for o motivo, serão punidas com a excomunhão. Atualmente alguns grupos de religiosos tem divergido dessa concepção da Igreja. Vejamos o que dizem os representantes dessas novas facções da Igreja Católica.

Em entrevista dada para a revista *Manchete*, 12 de outubro de 1996, o Padre Christian De Paul De Barchinfontaine fala sobre sua posição em relação à Igreja:

O que ela deveria fazer era promover mais a educação, admitir e transmitir as informações sobre os métodos anticoncepcionais. A ciência existe para melhorar a qualidade de vida das pessoas e a Igreja tem de caminhar com estas evoluções. Quem conhece o sofrimento pelo qual passa uma mulher que aborta? Qual é o ombro ao qual ela pode recorrer? A sociedade culpa e marginaliza a mulher, mas até onde sei, são necessárias duas pessoas para se fazer um filho.

Semelhante é a posição de Ivone Gebara, do grupo Católicas pelo Direito a Decidir:

Sou hoje a favor da discriminação e legalização do aborto como uma forma de diminuição da violência contra a vida. (...) Independente da legalização ou não do aborto, independente dos princípios de defesa da vida, independente dos princípios que regem as religiões, o aborto tem sido praticado. Portanto, é um fato clandestino público e notório. (...) A legalização não significa a afirmação da “Bondade”, da “Inocência” ou ainda da “Defesa Incondicional” e até leviana do

aborto como ato, mas apenas a possibilidade de humanizar e dar condições de decência a uma prática que já está sendo feita<sup>12</sup>.

A verdade, como ressaltam estas vozes, é que o aborto acontece, independentemente da legalização. Com ele a discriminação torna-se ainda mais visível, pois só as mulheres ricas, ou pelo menos de boa situação financeira, podem pagar um aborto numa clínica decente com condições de higiene e acompanhamento médico. As mulheres mais pobres sujeitam-se a qualquer condição, porque não têm o direito de escolha. A Igreja, que diz fazer opção pela pobreza, não enxerga isso.

No entanto, uma coisa não pode ser negada: talvez as restrições da Igreja Católica sejam válidas para seus fiéis. Todos aqueles que não pertencem a esta Igreja - hoje parece ser a maioria da população - não têm nenhuma obrigação de seguir seus preceitos. Ou seja, mais uma vez perguntamos onde está a liberdade do cidadão e da cidadã de optar pelo que deseja para a própria vida?

## **O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e o aborto**

Para o Coletivo, trabalhar com a questão do aborto não difere muito do trabalho que tem realizado com a questão da saúde da mulher. Isto é, percebe o significado do feminino: o fardo individual que traz, a imposição social que representa, o peso político que determina, a inadequação da mulher aos papéis que lhe foram impostos, a alienação que é ditada sobre o corpo feminino, a determinação sobre a reprodução e as dificuldades ao exercício de seus direitos de cidadã.

Conscientes deste quadro, ao constatar a gravidez e nos certificarmos de que é indesejada, nosso papel é abrir espaço para que a mulher possa falar a respeito do que sente no momento da sua confirmação. É necessário que ela se sinta acolhida para manifestar emoções intensas de raiva, tristeza, impotência, sentimentos de perda, culpa ou ambivalência.

A consulta tem de durar o tempo que a mulher precisa para falar a respeito de seus sentimentos por aquela gravidez não desejada, do significado dela para sua vida e suas emoções. E, nesse momento, o papel da profissional é somente ouvir. Ouvir as queixas, as lamúrias, o desespero. Parece pouco quando é colocado friamente no papel. No entanto, para muitas das mulheres atendidas, talvez seja a primeira vez que possam falar a alguém que as escute sem pressa, com tempo e paciência para ouvir sem julgar ou censurar, porque as suas coisas “não são importantes”.

O segundo momento é de esclarecimentos sobre todos os procedimentos necessários a partir da confirmação de gravidez. É importante fornecer todas as informações a respeito do aborto, já que elas não estão disponíveis devido a ilegalidade que recobre o tema. A mulher precisa saber tudo o que poderá ocorrer com ela a partir da decisão que ela tomar.

A paciente deverá ter confiança de que não nos pautamos por regras moralistas, mas por compromisso com a cidadania. Isto significa que respeitamos seu direito de decisão sobre o próprio corpo.

Caso ela opte pelo aborto, é necessário esclarecê-la sobre a necessidade de ir acompanhada. Se não for possível estar com o responsável pela gravidez – marido, namorado, companheiro – é importante que ela se faça acompanhar por uma amiga. Alguém que possa entendê-la e ampará-la. Alguém que possa estabelecer uma relação de cumplicidade nesse momento tão delicado. A verdade é que, numa porcentagem razoável de vezes, não é o responsável pela gravidez que está com a mulher no momento de aborto. Muitas vezes ele não é a pessoa mais indicada para acompanhá-la nesse momento, mas sim outra mulher, que sabe o que significa esta situação e sabe que se fosse com ela poderia contar com a amiga.

É importante que ela tenha segurança que a estaremos esperando depois, para que possa haver a certificação de que tudo está ginecologicamente perfeito e para conversarmos a respeito. Ela poderá falar o que sentiu e como se sente após tudo ter acabado, para que expresse suas emoções, mesmo que confusas e con-traditórias. Nós estaremos ali para conversar a respeito de todas essas confusões, sem julgamentos, porque respeitamos suas decisões.

Em nossa conversa com uma paciente de pós-aborto, nos ocupamos em atendê-la em quatro aspectos. Primeiro, esclarecimentos sobre os cuidados necessários que devem ser observados na situação. Segundo, acompanhamento da evolução clínica para que não fique nenhuma seqüela que possa ter efeitos colaterais futuros. Terceiro, avaliação do anticoncepcional usado para que a segurança no método possa voltar a fazer parte da vida dessa mulher. Quarto, fortalecimento de sua auto-estima, para que este procedimento não represente um impeditivo na vivência de sua sexualidade.

Como podemos observar, trabalhar com a temática do aborto não é muito fácil. Qualquer deslize e corremos o risco de estarmos infringindo a lei. No entanto, não podemos nos deixar paralisar. Graças a mulheres que defendem os direitos de outras, muita coisa já foi feita e muito tem sido transformado nesta questão. As

mudanças são no cotidiano, no contato individual, naquilo que é considerado mínimo, mas que faz tanta diferença.

## Anexo — Hospitais brasileiros que oferecem o serviço de aborto

1. O serviço de aborto previsto por lei foi implantado em onze hospitais brasileiros até o momento<sup>13</sup>:

Cidade	Início	Local	Método usado	Interrupções realizadas	até
<b>junho-98</b> Belém	1997	Fundação Sta Casa de Misericórdia	AMIU <sup>14</sup> e curetagem	9	Fone (091)210.2295
Brasília	1996	Hospital Materno-Infantil de Brasília Fone (061)443.2322	AMIU e curetagem	14	
Campinas	Anos 80	Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Unicamp) Fone (019)788.8135	<b>(VERIFICAR ESTE DADO)</b>	Média de uma interrupção por mês	
Porto Alegre	1998	Hospital Materno-Infantil Pres. Vargas Fone (051)226.9300 Hospital Conceição Fone (051) 341.1300	AMIU e curetagem	2	
Recife	1996	Hospital Agamenon Magalhães Fone (081) 441.5888	AMIU e curetagem	15	
		Centro Integrado de Saúde Amauri Medeiros Fone (081) 427.3911	AMIU e curetagem	2	
Rio de Janeiro	1988	Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães Fones (021) 580.8343 (021) 580.1132	AMIU e curetagem	8 (referentes a 1997 e 98)	
São Paulo	1989	Hospital Municipal Dr. Arthur Saboya (Hospital do Jabaquara) Fone (011) 578.5111	AMIU, curetagem, misoprostol e	132 aspiração elétrica	
	1994	Hospital Pérola Byington Fone (011) 232.3433	AMIU, curetagem e misoprostol	80	
	1998	Hospital São Paulo (Unifesp) Fones (011) 576.4226 (011) 576.4000	AMIU, misoprostol e curetagem	3	