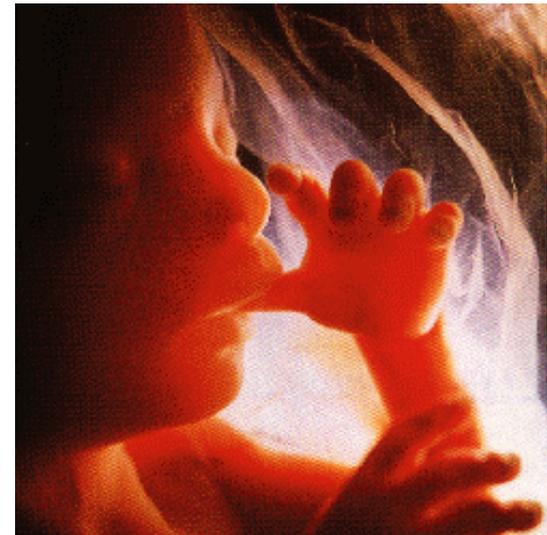


ESCOLHE, POIS, A VIDA

(Dt 30,19)

FRATERNIDADE E DEFESA DA VIDA Campanha da Fraternidade 2008 - CNBB





CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1998

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País **a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.**

Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 26, de 2000)

Art. 203º - A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;



Definição de Morte Materna/OMS

A Organização Mundial de Saúde – *OMS* define morte materna, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças- 10^a Revisão (CID-10)¹, *como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.*

Fonte: World Health Organization. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; 10^a Revisão. CBCD, São Paulo; 1995.

LEGALIDAD DEL ABORTO EN LAS AMERICAS

CLAP – CENTRO LATINO AMERICANO DE PERINATOLOGIA DA OPAS



Pais	Peligro Vida	Salud Fisica	Salud Mental	Violacion	Deter. Fetal	Econ. Soc.	A Soli-tud	MM x 100.000 NV
Area Andina								
Bolivia	X	X	X	X				230(93-03)
Colombia	X	X		X				77,8(03)
Ecuador	X	X	X	X				76,4(04)
Peru	X	X	X					185(00)
Venezuela	X							57,8(03)
Brasil	X			X				64,6(03)
Cono Sur								
Argentina	X	X	X	X				40,1(04)
Chile	PENALIZADO TOTAL							17,3(04)
Paraguay	X							174,1(03)



Não existe correlação entre legalidade do aborto nos países e sua taxa de mortalidade materna.

A taxa de mortalidade materna depende mais da qualidade da assistência médica durante o pré-natal, o parto e o pós-parto, e do nível de desenvolvimento do país.



A questão da descriminalização do aborto é tratada ora como questão religiosa, ora como questão de saúde pública. No entanto, abordada sob o aspecto jurídico, constata-se que a opção da constituinte de 1988 foi a *de alçar o direito à vida* como garantia fundamental.

A vida, sob a ótica biológica, tem início com a fecundação do óvulo pelo espermatozóide, tornando-se viável a partir da nidacão, ou seja, quando o zigoto se fixa no endométrio.

A proibição do aborto está além da concepção religiosa, de que a vida deve ser protegida porque provém de Deus, tem como base a constatação científica de que o feto é individualidade diferente da mãe que o gera, porque tem DNA próprio, não se confundindo com o do pai ou o da mãe.

HERTHA HELENA R. P. PALERMO, juíza da 4ª Vara Cível do Fórum Regional de Santo Amaro, presidente do Ipam (Instituto Paulista de Magistrados).
JAYME MARTINS DE OLIVEIRA NETO, juiz da 13ª Vara da Fazenda Pública de São Paulo (SP), vice-presidente do Ipam.

Fonte: Jornal Folha de São Paulo 28/05/2007

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PROPOSTA DE LEGALIZAÇÃO DO ABORTO

Hertha Helena Rollemberg Padilha Palermo
Juíza de Direito e Presidente do Instituto Paulista de Magistrados- IPAM



Compõem o texto constitucional alguns direitos e garantias fundamentais, que pela sua natureza não podem ser modificados pelo Poder Constituinte derivado. São as chamadas *cláusulas pétreas*. ***Dentre elas, o nosso ordenamento prevê o direito à vida.***

Conforme adverte Alexandre de Moraes, citando o biólogo Botella Lluziá, ***“o embrião ou feto representam um ser individualizado, com uma carga genética própria, que não se confunde nem com a do pai, nem com a da mãe, sendo inexato afirmar que a vida do embrião ou do feto está englobada pela vida da mãe. A constituição, é importante ressaltar, protege a vida de forma geral, inclusive uterina”*** .

Portanto, em razão da natureza jurídica do direito à vida, ele não pode ser abrandado, quer por lei ordinária, quer por emenda constitucional.

Neste contexto, parece claro que a discussão sobre a legalização do aborto padece de vício de constitucionalidade desde o nascedouro.

Nem mesmo um plebiscito poderia estabelecer o contrário, porque a alteração de uma cláusula pétrea depende, obrigatoriamente, de uma Assembléia Nacional Constituinte.

Ao interromper uma gravidez indesejada, a mulher não está exercendo um direito próprio, mas violando o direito à vida de outrem.



A concepção de que o direito de abortar decorre do direito da mulher a decidir sobre próprio corpo, como exercício de direito individual de autonomia reprodutiva, está ultrapassada e somente se justificava nos limitados conhecimentos científicos do início do século passado, mas não resiste às evidências científicas contemporâneas.

A experiência da Pastoral da Criança, que visita a cada mês mais de 1.500.000 famílias, mostra que as mulheres desejam assistência de qualidade e humanizada no pré-natal, parto e pós-parto, bom acesso aos serviços de saúde para si, seus filhos e seus familiares; desejam ardentemente educação de qualidade para seus filhos e oportunidade de trabalho.

Hertha Helena R. P. Palermo, juíza da 4ª Vara Cível do Fórum Regional de Santo Amaro, Presidente do Ipam (Instituto Paulista de Magistrados).

Jayme Martins de Oliveira Neto, juiz da 13ª Vara da Fazenda Pública de São Paulo (SP), Vice-presidente do Ipam.

Fonte: Jornal Folha de São Paulo 28/05/2007

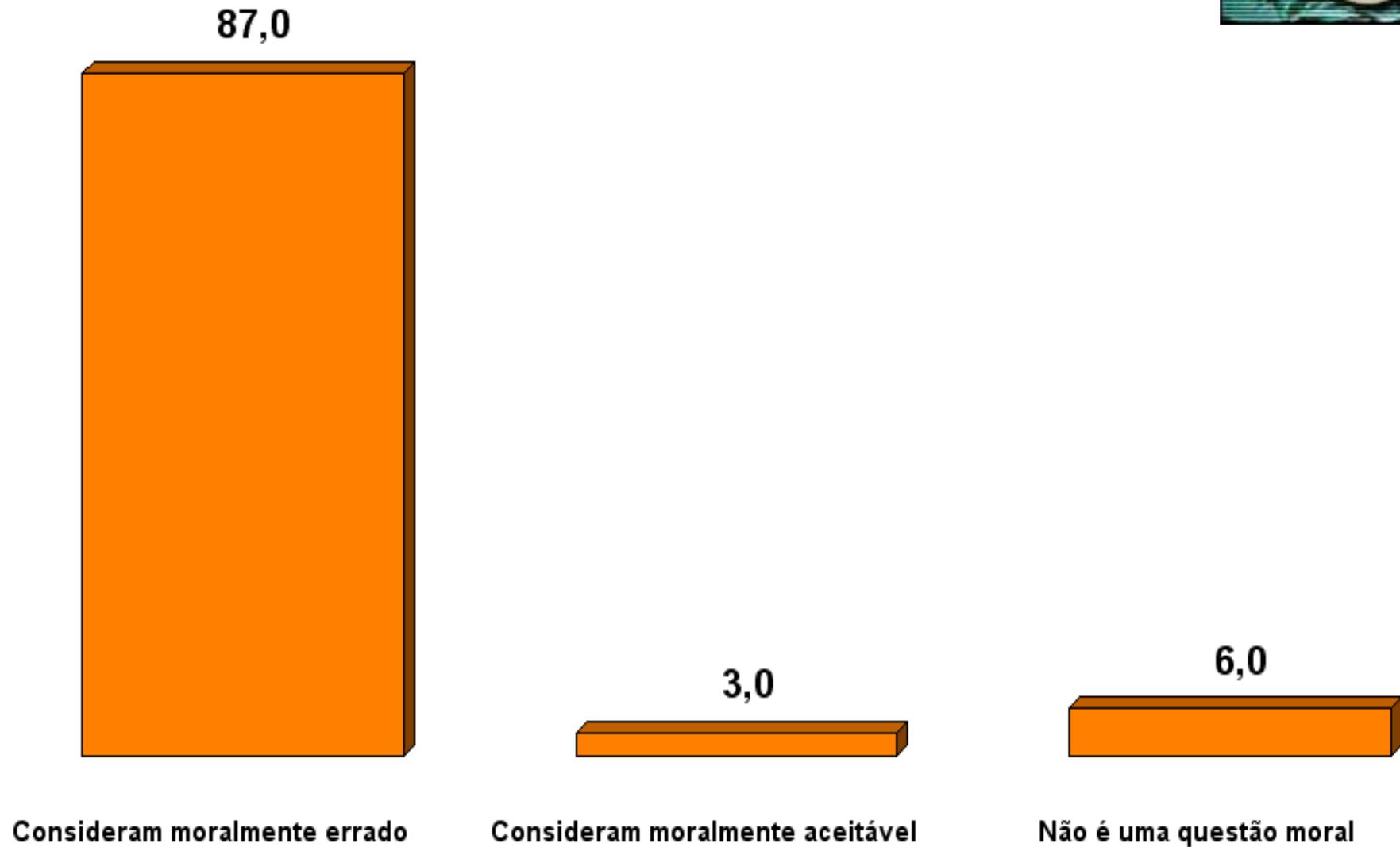
Dra. Zilda Arns Neumann, Fundadora e Coordenadora da Pastoral da Criança



A prática do aborto é considerada **muito grave** por...

REJEIÇÃO AO ABORTO

O que pensa da interrupção da gravidez (%)



Fonte: Jornal Folha de São Paulo/Pesquisa Datafolha 2007.Revista Família Brasileira 7 de outubro de 2007.



PESQUISA DATAFOLHA SOBRE A AMPLIAÇÃO DA LEI DO ABORTO

Publicada no jornal Folha de São Paulo, 08/04/2007

	2007	2006	1997	1993
QUE A LEI CONTINUE COMO ESTÁ	65%	63%	55%	54%
QUE SEJA PERMITIDA EM MAIS SITUAÇÕES	16%	17%	18%	23%
QUE DEIXE DE SER CRIME EM QUALQUER CASO	10%	11%	16%	18%
OUTRAS RESPOSTAS	5%	5%	8%	4%
NÃO SABE	4%	4%	3%	-----

Fonte: Pesquisa Datafolha realizada nos dias 19 e 20 de março com 5.700 pessoas em 25 Unidades da Federação. A margem de erro é de dois percentuais para mais ou para menos.

A MAIORIA defende que lei sobre aborto NÃO seja ampliada.

Para 65%, LEGISLAÇÃO SOBRE O TEMA DEVE FICAR COMO É ATUALMENTE ÍNDICE É RECORDE E VEM CRESCENDO constantemente DESDE 1993.

ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO CAUSAS BÁSICAS

Em ordem decrescente - (as 20 primeiras causas) Brasil 2000-2004



	2000	2001	2002	2003	2004
Out doenc mat COP compl grav parto puerp	230	224	280	276	288
Eclampsia	236	205	208	215	191
Aborto (todas as causas)	123	148	115	152	156
Hipertensão gestacional c/ proteinuria signif	96	90	103	89	96
Infecç pueperal	84	83	103	86	66
Descolamento prematuro da placenta	82	100	78	70	66
Anormalidades da contração uterina	67	63	72	52	68
Embolia orig obstetrica	51	71	69	57	54
Morte obstetrica de causa NE	59	57	47	57	76
Outr complic do trab parto e do parto NCOP	47	53	54	48	49
Doenc p/ HIV	64	45	49	43	49
Complic do puerperio NCOP	59	41	49	42	39
Outr infecç puerperais	35	40	28	40	39
Hipertensão materna NE	36	40	32	43	29
Outr traum obstetricos	28	29	38	28	29
Doen inf paras mat COP compl grav part puerp	18	14	41	25	30
Hipertensao gestacional s/ proteinuria signif	23	23	22	26	26
Hipertens pre-exist complic grav parto puerp	19	21	16	15	25
Infecç do trato geniturinario na gravidez	14	15	15	11	14
Placenta previa	18	12	10	14	15

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Brasil

Internações por Ano competência segundo Região/UF

Procedimento: 35014016 CURETAGEM POS ABORTO

Período: Jan/1998-Mar/2007

Região/UF	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
TOTAL	229.944	235.977	238.902	241.801	236.778	236.365	243.998	241.019	222.767	52.420	2.179.971
Região Norte	15.126	18.134	18.313	18.919	18.141	19.400	20.927	23.880	24.207	4.820	181.867
.. Rondônia	1.258	1.753	1.861	1.715	1.395	1.409	1.487	1.642	1.659	392	14.571
.. Acre	1.059	1.522	1.311	1.271	1.130	1.383	1.260	1.438	1.291	241	11.906
.. Amazonas	2.042	3.794	4.157	4.083	4.482	4.956	5.828	6.458	6.680	1.543	44.023
.. Roraima	872	924	428	707	2	2	3	667	1.180	128	4.913
.. Pará	8.154	8.622	8.701	8.584	8.179	8.561	9.131	10.180	9.513	1.972	81.597
.. Amapá	409	571	1.100	1.607	1.788	1.927	1.830	1.600	1.820	58	12.710
.. Tocantins	1.332	948	755	952	1.165	1.162	1.388	1.895	2.064	486	12.147
Região Nordeste	85.616	82.653	84.065	87.748	85.009	81.644	85.923	85.703	79.236	19.185	776.782
.. Maranhão	4.394	3.565	3.419	5.909	5.145	6.045	6.678	7.008	7.368	1.787	51.318
.. Piauí	4.712	5.220	6.150	5.578	5.001	5.295	5.512	5.465	5.284	1.214	49.431
.. Ceará	13.807	14.467	14.250	13.961	14.061	13.443	14.166	14.161	12.262	2.886	127.464
.. Rio Grande do Norte	3.296	3.492	3.020	3.463	3.148	2.381	3.134	2.709	2.482	615	27.740
.. Paraíba	1.603	1.527	1.833	2.442	2.586	3.031	4.050	4.286	3.455	855	25.668

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

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Brasil

Procedimento: 35014016 CURETAGEM POS ABORTO

.. Pernambuco	14.965	13.258	13.854	14.312	14.669	13.320	13.318	13.855	12.391	3.034	126.976
.. Alagoas	4.570	5.072	4.833	5.085	5.305	4.788	5.622	5.460	5.066	1.280	47.081
.. Sergipe	5.190	5.048	5.156	5.682	5.482	4.898	5.291	4.796	4.559	1.108	47.210
.. Bahia	33.079	31.004	31.550	31.316	29.612	28.443	28.152	27.963	26.369	6.406	273.894
Região Sudeste	96.342	99.727	99.307	97.569	97.011	97.062	97.560	92.477	83.464	19.776	880.295
.. Minas Gerais	24.096	24.357	23.982	23.878	22.880	22.616	22.111	22.138	20.564	4.868	211.490
.. Espírito Santo	5.110	5.251	4.774	4.364	4.554	4.332	3.949	3.924	3.430	726	40.414
.. Rio de Janeiro	21.599	23.841	23.635	23.157	22.097	22.894	23.598	21.109	17.861	4.094	203.885
.. São Paulo	45.537	46.278	46.916	46.170	47.480	47.220	47.902	45.306	41.609	10.088	424.506
Região Sul	18.914	21.039	22.087	22.022	21.558	22.314	22.877	22.291	20.713	5.216	199.031
.. Paraná	8.504	9.158	8.552	8.723	7.585	7.512	7.909	7.685	7.401	2.007	75.036
.. Santa Catarina	6.225	6.320	6.543	5.860	5.575	5.674	5.487	5.486	5.395	1.329	53.894
.. Rio Grande do Sul	4.185	5.561	6.992	7.439	8.398	9.128	9.481	9.120	7.917	1.880	70.101
Região Centro-Oeste	13.946	14.424	15.130	15.543	15.059	15.945	16.711	16.668	15.147	3.423	141.996
.. Mato Grosso do Sul	2.946	2.855	2.631	2.741	2.865	3.150	3.019	2.744	2.794	632	26.377
.. Mato Grosso	2.125	2.062	2.215	2.134	2.026	2.058	2.475	2.860	2.736	606	21.297
.. Goiás	3.364	3.942	4.310	4.835	5.189	5.027	5.059	5.326	4.799	1.051	42.902
.. Distrito Federal	5.511	5.565	5.974	5.833	4.979	5.710	6.158	5.738	4.818	1.134	51.420



Um dos pilares da campanha abortista é que o aborto provocado, praticado fora da lei, é feito em condições precárias e levaria à morte muitas mulheres. Faz-se referência a milhares, quando não a dezenas ou centenas de milhares mortes.

Os graves danos físicos e psicológicos decorrentes do aborto provocado são conhecidos internacionalmente sob a designação de "síndrome pós-aborto."

Paulo Silveira Martins Leão Júnior Advogado Presidente da União dos Juristas Católicos do Rio de Janeiro

Herbert Praxedes Médico e Professor Titular do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense – UFF

Dernival da Silva Brandão Médico especialista em Ginecologia e Membro Emérito da Academia Fluminense de Medicina

RISCOS E CONSEQÜÊNCIAS DO ABORTO PROVOCADO



O aborto é um crime covarde e trágico que implica em matar um ser humano inocente no ventre de sua mãe, trazendo para essa graves conseqüências físicas e psicológicas, que repercutem em sua família e na sociedade atentando contra a garantia constitucional da inviolabilidade da vida e a dignidade da pessoa humana (vide arts. 5º, caput e 1º, III, da Constituição Federal).

Paulo Silveira Martins Leão Júnior Advogado Presidente da União dos Juristas Católicos do Rio de Janeiro

Herbert Praxedes Médico e Professor Titular do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense – UFF
Dernival da Silva Brandão Médico especialista em Ginecologia e Membro Emérito da Academia Fluminense de Medicina



A legalização do aborto não reduz os índices de mortalidade materna

É um mito assumir que a legalização do aborto é necessária para reduzir os índices de mortalidade e morbi-mortalidade materna nos países em desenvolvimento e que, de fato, seja um fator relevante para alcançar esse objetivo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) concordam em assinalar que o aspecto crucial para diminuir os índices de mortalidade materna é a atenção à gestante, por pessoal qualificado antes, durante e depois do parto, o que inclui também o acesso a medicamentos, equipes qualificadas e infra-estrutura adequada, um sistema eficiente de comunicação e encaminhamento a outros estabelecimentos de saúde e, adicionalmente, o transporte*.

*UNFPA, *Mortalidad materna-Actualización 2004. El parto en buenas manos. UNFPA, 2004.*

Fonte: Informe elaborado pelo ORMALC - Observatório Regional para a Mulher da América Latina e Caribe – Setembro de 2005



Aborto legal não é o mesmo que aborto seguro.

De fato, nenhum aborto é completamente seguro. As mulheres podem sofrer sérios danos físicos, psicológicos e emocionais e, inclusive, chegar à morte como resultado de abortos legais praticados nas melhores condições*.

*Elam-Evans, L. et al. Abortion Surveillance – United States 2000. Centers for Disease Control, 2003.

Fonte: Informe elaborado pelo ORMALC - Observatório Regional para a Mulher da América Latina e Caribe – Setembro de 2005

Os índices de mortalidade são mais elevados no aborto legal do que no parto.

O estudo mais significativo a respeito da mortalidade materna foi publicado na revista de medicina, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* sob a direção de Mika Gissler, do Centro Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento para o Bem-Estar e a Saúde da Finlândia*. O estudo, que foi realizado entre 1987 e 2000, incluiu toda a população de mulheres da Finlândia entre os 15 e 49 anos de idade. Os pesquisadores vincularam os registros de nascimentos e abortos às certidões de óbito **para determinar os riscos relativos de mortalidade nos 12 meses seguintes ao término da gestação e encontraram um índice de mortalidade materna após o aborto legal na Finlândia 2,95 vezes maior que a do parto.**

* Gissler et al. Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000. Am J Ob Gyn. 2004, 190:422-427.

Fonte: Informe elaborado pelo ORMALC - Observatório Regional para a Mulher da América Latina e Caribe – Setembro de 2005



As mulheres que deram à luz tinham a **metade** do índice de mortalidade das mulheres que não estiveram grávidas no ano anterior a sua morte.

Em contraste, as mulheres que tiveram um aborto induzido teriam:

- **46% mais probabilidade de morrer do que aquelas que não estiveram grávidas,**
- **60% mais probabilidade de morrer do que aquelas que tiveram um aborto espontâneo e,**
- **195% mais probabilidade de morrer que as mulheres que deram a luz.**

* Gissler et al. Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000. Am J Ob Gyn. 2004, 190:422-427.
Fonte: Informe elaborado pelo ORMALC - Observatório Regional para a Mulher da América Latina e Caribe – Setembro de 2005

RISCOS E CONSEQÜÊNCIAS DO ABORTO PROVOCADO



- *Hemorragia severa*
- *Desgarramento cervical*
- *Perfuração do útero*
- *Placenta previa*
- *Gravidez ectópica*
- *Parto prematuro*

Fonte: Informe elaborado pelo ORMALC - Observatório Regional para a Mulher da América Latina e Caribe – Setembro de 2005

Estudo revela que aborto é principal causador do câncer de mama



Washington DC, 08 Out. 07 / 12:00 am (ACI)

O Journal of American Physicians and Surgeons (Revista de Médicos e Cirurgiões dos Estados Unidos) publicou um estudo intitulado "***A Epidemia do Câncer de Mama" onde se demonstra que o aborto "é o principal causador do câncer de mama".***

A investigação realizada por Patrick Carroll of PAPRI em Londres revelou que em países com **altos índices de aborto**, como a Inglaterra e Gales, **pode-se esperar uma alta incidência no câncer de mama**. Contudo, aonde a taxa de abortos é baixa (como a Irlanda do Norte e a República da Irlanda) espera-se um baixo incremento. Do mesmo modo, onde os abortos estão diminuindo (Finlândia e Dinamarca), antecipa-se uma baixa também no câncer de mama.

O estudo também precisa que **o aborto antes do nascimento do primeiro filho é altamente cancerígeno**.

Estudo disponível em inglês: <http://www.jpands.org/vol12no3/carroll.pdf>



Possibilidade de aumentar o risco de câncer de mama

Quando a concepção ocorre, as mudanças hormonais influenciam o seio. Os canais do leite crescem rapidamente para dar forma às novas redes que o produzem. Durante este período de tremendo crescimento e desenvolvimento, as células do seio sofrem grandes mudanças e são imaturas; conseqüentemente, são mais suscetíveis ao carcinoma. Mas quando uma primeira gravidez é levada a sua completitude, acontecem mudanças hormonais permanentes que alteram a rede dos canais no seio, o que reduz o risco da influência externa do carcinoma na maior parte das vezes.

Quando se interrompe a gravidez no primeiro trimestre, não há efeitos protetores, e muitas células que se dividem rapidamente na mama, ficam em estado transicional. Neste estado transicional de alta proliferação e indiferenciação que estas células podem transformar-se em cancerígenas.*

*Simone C. Breast Health. Avery Pub. Group, Garden City Park, N.Y. 1995 (p. 147) ISBN 0895296608.

Fonte: Informe elaborado pelo ORMALC - Observatório Regional para a Mulher da América Latina e Caribe – Setembro de 2005



A Pastoral da Criança
através de líderes comunitárias capacitadas,
visita a cada mês **96.896** gestantes
de **43.000** comunidades
de **4.094** municípios do Brasil.

Nessa visita a(o) líder entrega à gestante
os **Laços de Amor**, formado por
mensagens de acordo com a idade da gestação.

O feto fala com a mãe, e a
Pastoral da Criança a orienta para uma gravidez saudável.

OS PRIMEIROS TRÊS MESES DE GRAVIDEZ

Como você e seu companheiro se sentiram ao saber da gravidez? Felizes, ansiosos, preocupados?

Seja qual for a situação, o que acham de conversar com uma pessoa amiga sobre seus sentimentos?

**Você é uma fonte rica do amor de Deus!
Seu ventre deve ser um templo de saúde,
amor e paz para o bebê.**

Olá mamãe! Ainda sou muito pequenino, mas estou feliz por estar aqui com você! Meu coração já bate e faz o sangue correr pelo meu corpo. Para que eu cresça e nasça com um bom peso, é importante que você se cuide e se alimente bem, viu?

1

É comum a mulher grávida mudar da alegria para a tristeza de uma hora para outra. Ela pode ficar com vontade de chorar e ansiosa. Isso acontece por causa da mudança de hormônios no corpo. Com o passar dos meses, estes sentimentos vão se acalmando.

Fraquezas e desmaios podem acontecer se você mudar rápido de posição ou ficar sem comer por muito tempo. Coma mais vezes ao dia e descanse sempre que puder.

Nestes primeiros meses de gravidez é comum sentir enjoô e ânsia de vômito. Para evitar isso, coma pão seco ou biscoito logo pela manhã e não coma alimentos muito gordurosos e apimentados.

Você pode contar comigo, que sou Líder da Pastoral da Criança: vou ouvir e partilhar o que sei com você.

Procure logo o serviço de saúde para fazer o PRÉ-NATAL.





PRÉ-NATAL - POR QUE É IMPORTANTE FAZER?

Mamãe, cuidando da sua saúde você está cuidando da minha também. Assim você vai se sentir bem e eu vou nascer bem fortinho!

Você está mais iluminada, pois carrega no seu ventre uma nova vida!

O pré-natal é um atendimento médico próprio para você, gestante. Nele você recebe orientações e cuidados para manter a sua saúde e a do bebê.

São necessárias pelo menos seis consultas de pré-natal numa gestação que não seja de risco. Gestação de risco é aquela em que algum problema ou doença pode complicar a gravidez.

As datas das consultas vão depender do tempo de gravidez que você tiver quando começar o pré-natal. Pelo menos duas consultas do pré-natal são feitas com o médico, as outras podem ser com o enfermeiro.

2

Você deve receber o Cartão da Gestante logo na primeira consulta de pré-natal. Leve-o com você sempre que for ao serviço de saúde, pois nele é anotado tudo o que acontece na sua gravidez. Isso vai ajudar você a ter um melhor atendimento médico.

Nas consultas de pré-natal você vai:

- Saber como está sua saúde;
- Saber como o bebê está crescendo;
- Saber mais ou menos quando o bebê vai nascer;
- Saber como se alimentar melhor e quais os cuidados que precisa ter com você mesma;
- Ter os seios examinados para descobrir se tem caroço e realizar o exame preventivo do câncer de colo do útero, caso o último exame tenha sido feito há mais de um ano;
- Receber sulfato ferroso para prevenir a anemia;
- Ser encaminhada para tomar a vacina contra o tétano, caso não tenha tomado todas as doses.

No oitavo mês de gestação, as consultas de pré-natal devem ser feitas a cada duas semanas. No último mês, devem ser feitas uma vez por semana.



PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA
FREQUENCIA DE ÓBITOS POR CÂNCER EM MULHERES
POR ANO 1996 – 2004
BRASIL



MILHARES DE MULHERES MORREM POR ANO POR CÂNCER

Causa – CID – BR – 10	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2.002	2.003	2.004
041 Neoplasia maligna da mama	7.085	7.603	7.987	8.104	8.311	8.657	9.010	9.342	9.789
039 Neopl. malig da traquéia, brônquios e pulmões	3.579	3.875	3.964	4.305	4.592	4.758	4.918	5.398	5.757
035 Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	3.352	3.504	3.702	3.849	4.090	4.266	4.683	4.861	5.135
042 Neoplasia maligna do cólon do útero	3.282	3.451	3.640	3.879	3.955	4.218	4.091	4.202	4.393
034 Neoplasia maligna do estômago	3.580	3.663	3.569	3.668	3.772	3.800	3.853	4.027	4.131
047 Neopl malig mening, encéf e out partes SNC	1.622	1.979	2.160	2.204	2.368	2.473	2.574	2.736	2.837
037 Neoplasia maligna do pâncreas	1.665	1.867	1.887	2.031	2.171	2.334	2.412	2.432	2.814
043 Neopl malig de corpo e partes n/esp útero	2.759	2.817	2.784	2.834	2.805	2.749	2.608	2.831	2.749
036 Neopl malig do fígado e vias bil intrahepáticas	1.927	2.037	1.929	2.189	2.279	2.314	2.462	2.570	2.673
044 Neopl malig do ovário	1.575	1.777	1.831	1.892	1.947	2.014	2.144	2.210	2.406
050 Leucemia	1.783	1.833	1.935	1.948	2.042	2.281	2.142	2.254	2.338
048 Linfoma não–Hodgkin	977	1.079	1.114	1.140	1.176	1.294	1.256	1.380	1.422
033 Neoplasia maligna do esôfago	1.128	1.134	1.095	1.161	1.142	1.232	1.307	1.418	1.420
032 Neopl malig do lábio,cav oral e faringe	773	742	773	879	865	893	1.008	928	1.045
049 Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	526	594	607	640	658	678	748	788	860
051 Neoplasia in situ,benig, comport incert	732	516	536	725	709	744	922	881	832
046 Neoplasia maligna da bexiga	485	543	538	577	590	640	717	708	729
040 Neoplasia maligna da pele	364	335	381	394	461	463	461	493	484
038 Neoplasia maligna da laringe	307	303	314	307	255	342	336	306	335
052 Restante de neoplasia maligna	9.913	9.353	9.934	10.514	11.255	11.706	12.013	12.296	12.575
Total	47.414	49.005	50.680	53.240	55.443	57.856	61.667	64.064	66.728

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade - SIM. Disponível em www.datasus.gov.br acessado em 12/06/2007

PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA
FREQUENCIA DE ÓBITOS POR CÂNCER EM MULHERES
POR REGIÃO 2004
BRASIL



MILHARES DE MULHERES MORREM POR ANO POR CÂNCER

Causa – CID – BR – 10	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C. Oeste	Total
041 Neoplasia maligna da mama	263	1.608	5.595	1.832	491	9.789
039 Neopl. malig da traquéia, brônquios e pulmões	220	887	2.907	1.352	391	5.757
035 Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	103	572	3.062	1.123	275	5.135
042 Neoplasia maligna do cólon do útero	420	1.131	1.785	724	333	4.393
034 Neoplasia maligna do estômago	206	746	2.179	793	207	4.131
047 Neopl malig menig, encéf e out partes SNC	100	515	1.459	571	192	2.837
037 Neoplasia maligna do pâncreas	64	449	1.506	655	140	2.814
043 Neopl malig de corpo e partes n/esp útero	126	571	1.354	495	203	2.749
036 Neopl malig do fígado e vias bil intrahepáticas	120	699	1.210	507	137	2.673
044 Neopl malig do ovário	67	396	1.326	472	145	2.406
050 Leucemia	113	424	1.183	448	170	2.338
048 Linfoma não-Hodgkin	37	245	794	261	85	1.422
033 Neoplasia maligna do esôfago	24	269	671	390	66	1.420
032 Neopl malig do lábio,cav oral e faringe	32	273	480	177	83	1.045
049 Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	16	133	513	149	49	860
051 Neoplasia in situ,benig, comport incert	65	229	404	103	31	832
046 Neoplasia maligna da bexiga	17	111	432	136	33	729
040 Neoplasia maligna da pele	7	45	254	159	19	484
038 Neoplasia maligna da laringe	6	58	173	76	22	335
052 Restante de neoplasia maligna	534	2.764	6.224	2.263	790	12.575
Total	2.540	12.125	33.511	12.686	3.862	64.724

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade - SIM. Disponível em www.datasus.gov.br acessado em 12/06/2007

**ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO FAIXA DE IDADE,
POR TODAS AS CAUSAS
BRASIL 2000-2005**



Fx Etária Padrão*	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004
10 – 14	14	12	15	16	17
15 – 19	223	237	244	241	239
20 – 29	690	623	670	638	666
30 – 39	536	539	542	502	549
40 – 49	146	120	132	139	121
50 – 59	2	1	3	2	3
Total	1.611	1.532	1.606	1.538	1.595

*exceto os de idade ignorada

Fonte: Ministério da Saúde 20 de junho de 2007.

PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA
ÓBITOS POR TIPO DE VIOLÊNCIA, SEGUNDO SEXO FEMININO E
FAIXA ETÁRIA FÉRTIL,
BRASIL, 2000 - 2005*



MILHARES DE MULHERES MORREM AO ANO POR VIOLÊNCIA

	<10	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 e mais
2000						
Acid Transp	553	944	1004	877	675	1575
Outros Acid	736	614	390	379	337	2293
Agressões	86	748	1051	843	506	395

	<10	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 e mais
2001						
Acid Transp	589	873	1020	809	680	642
Outros Acid	632	458	301	289	334	2125
Agressões	95	741	1161	825	487	417

	<10	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 e mais
2002						
Acid Transp	546	982	1088	905	778	1756
Outros Acid	667	514	338	335	292	2154
Agressões	98	711	1184	797	501	417

Fonte:
SIM/CGIAE/DASIS/SVS/MS
* Dados preliminares

**ÓBITOS POR TIPO DE VIOLÊNCIA, SEGUNDO SEXO FEMININO E
FAIXA ETÁRIA FÉRTIL,
BRASIL, 2000 - 2005***



MILHARES DE MULHERES MORREM AO ANO POR VIOLÊNCIA

	<10	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 e mais
2003						
Acid Transp	526	976	1200	909	835	1807
Outros Acid	662	464	309	286	299	2407
Agressões	94	763	1193	828	496	441

	<10	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 e mais
2004						
Acid Transp	517	1050	1237	931	879	1919
Outros Acid	617	389	290	301	296	2644
Agressões	83	661	1203	806	547	447

	<10	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 e mais
2005						
Acid Transp	485	1004	1421	941	883	1963
Outros Acid	616	410	297	267	306	2733
Agressões	97	637	1153	863	551	449

Fonte: SIM/CGIAE/DASIS/SVS/MS

* Dados preliminares



Na Conferência do Cairo como na de Pequim não conseguiram obter um consenso para uma definição clara do aborto como direito fundamental. A Conferência do Cairo, no seu parágrafo 8.25 afirma apenas que:

"Em nenhum caso deve-se promover o aborto como método de planejamento familiar. Insiste-se que todos os governos e as diversas organizações governamentais e não governamentais incrementem seu compromisso com a saúde da mulher, ocupem-se com os efeitos que os abortos realizados em condições não adequadas produzem como um problema importante de saúde pública e reduzam o recurso ao aborto mediante a prestação de melhores e mais amplos serviços de planificação da família. [...]"

***Fonte: Segundo Relatório Periódico do Brasil ao Comitê de Direitos Humanos da ONU
<http://www.ohchr.org/english/bodies/hrc/hrcs85.htm>***

Entrevista com Theresa Burke da Rachel's Vineyard Ministries

King of Prussia, Pennsylvania, domingo, 12 de março de 2006 (ZENIT.org).-



A mulher passa por diversas etapas psicológicas em sua relação com seu filho

não nascido conforme avança sua gravidez, um fato que se costuma passar por alto no debate do aborto, afirma Theresa Burke, fundadora do Rachel's Vineyard Ministries, um ministério de retiros de fim de semana curativos após um aborto.

Nesta entrevista em duas partes à Zenit, Burke explica aspectos da relação entre a mulher e seu filho não nascido, e o nexos existente entre aborto e depressão.

Qual é a natureza da relação psicológica entre uma mulher e seu filho não nascido segundo se desenvolva sua gravidez?

Os corpos das mulheres estão programados de modo instintivo para nutrir e sustentar a vida. A relação psicológica entre a mãe e seu filho não nascido é posta em funcionamento por mudanças físicas e hormonais, mas também por um sistema de apoio à mulher e por uma cultura. No momento do nascimento, quando se coloca a criança nos braços de sua mãe, o mistério, a maravilha, tudo culmina em um poderoso processo de vinculação porque a mãe dá as boas-vindas ao mundo a uma nova e preciosa vida. Poderíamos dizer que as mulheres também necessitam de cada um dos nove meses de gravidez para empreender o processo emocional e psicológico que acompanha a maternidade. Juntos, mãe e filho passam através de uma transformação de desenvolvimento dramática e rápida.

Que papel desempenham outros fatores, especialmente as pressões das famílias e dos companheiros, mais os problemas econômicos, na decisão de abortar de uma mulher?



Outros estudos, como o informe de julho de 2005 da Post Abortion Review do Elliot Institute, revelam que **mais de 80% das mulheres dariam à luz se tivessem apoio**. Um antigo guarda de segurança em uma clínica abortiva testemunhou em Massachusetts que as mulheres normalmente eram ameaçadas ou sofriam abusos dos homens que as levavam às clínicas. Demasiado **com frequência, o aborto é a eleição de outra pessoa e escutamos que a maioria das mulheres diz que não restava outra opção senão abortar. Estas terríveis estatísticas indicam claramente que há um alto nível de coação que conduz as mulheres a abortos não queridos.**

Quais são os riscos de depressão que surgem da culpabilidade por um aborto?

O professor David Fergusson, um pesquisador na Escola de Medicina Christchurch, da Nova Zelândia, quis provar que o aborto não tinha consequências psicológicas. **Surpreendeu-se ao descobrir que as mulheres que haviam tido abortos tinham uma probabilidade 1,5 vez maior de sofrer alguma enfermidade mental, e duas ou três vezes maior de abusar do álcool e/ou das drogas. No total, o aumento na média do risco de suicídio nestes três estudos é de 310%. O alto índice de suicídios como consequência do aborto refuta claramente o mito de que pôr termo a uma gravidez é mais seguro que dar à luz.**

REFERÊNCIAS



BRASIL. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%E7ao.htm>. Acesso em: 20 jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. **Curetagens pós aborto**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 19 jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade. **Frequência de óbitos por câncer em mulheres por região, Brasil. 2004**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos maternos segundo causas básicas**. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2007.

CARROLL, P. S. The breast cancer epidemic: modeling and forecasts based on abortion and other risk factors. **Journal of American Physicians and Surgeons**. Arizona, vol. 12, n. 3, Fall 2007. Disponível em: <<http://www.jpands.org/vol12no3/carroll.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2007.

FERRARE, C. **Descriminalização abortada: parlamentares se unem para evitar que o aborto deixe de ser crime e tentam endurecer legislação sobre o assunto**. Disponível em <<http://congressoemfoco.ig.com.br/NoticiaPrint.aspx?id=17405>>. Acesso em: 21 jun. 2007.

LEÃO JUNIOR, P. S. M.; PRAXEDES, H; BRANDÃO, D. da S. **Aborto: argumentos e números inconsistentes**. Rio de Janeiro, 2005. 7p.

REFERÊNCIAS



Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe. **Falsas creencias sobre el aborto y su relación con la salud de la mujer.** Disponível em <<http://www.lapop.org/pdf/dossieraborto.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2007.

OLIVEIRA, M. Maioria defende que lei sobre aborto não seja ampliada. **Folha de São Paulo**, 8 abr. 2007. Caderno Brasil. (Pesquisa Datafolha).

OPAS. Centro Latino Americano de Perinatologia. **Legalidad del aborto em las Américas.** [2007].

PALERMO, H. H .R. P. **Considerações sobre a proposta de legalização do aborto.**

PALERMO, H. H .R. P. ;OLIVEIRA NETO, J. M. de. Dois erros não fazem um acerto. **Folha de São Paulo**, 28 maio 2007. Opinião, Tendências/Debates, p.A3.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Laços de Amor.** Curitiba, 2007. 15 cartelas.

United Nations. Human Rights Committee. International covenant on civil and political rights. **Consideration of reports submitted by states parties under article 40 of the covenant. Second periodic report Brazil.** Disponível em:<[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/1cfb93fe59fa789ec125703c0046a987/\\$FILE/G0541019.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/1cfb93fe59fa789ec125703c0046a987/$FILE/G0541019.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2007.



REFERÊNCIAS

VIANA, L. F. Questão de concepção. A prática do aborto é considerada muito grave por... **Folha de São Paulo**, 7 out. 2007. Revista Família Brasileira, p.24. (Pesquisa Datafolha).

_____. Rejeição ao aborto. **Folha de São Paulo**, 7 out. 2007. Revista Família Brasileira, p.22. (Pesquisa Datafolha).

World Health Organization. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – 10^a**. Revisão. São Paulo: CBCD, 1995.

ZENIT. **Aborto e depressão - entrevista com Theresa Burke das Rachel's Vineyard Ministries**. Disponível em:<<http://www.zenit.org/article-10593?l=portuguese>>. Acesso em: 18 jun 2007.