



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE COMUNICAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE JORNALISMO

MELISSA MARIA DE OLIVEIRA DUARTE

**O SANGUE QUE NINGUÉM QUER VER**  
**Reportagem digital sobre a história de mulheres que sofreram**  
**aborto espontâneo**

Brasília,  
2020

Universidade de Brasília  
Graduação em Jornalismo

Melissa Maria de Oliveira Duarte

**O SANGUE QUE NINGUÉM QUER VER**  
**Reportagem digital sobre a história de mulheres que sofreram**  
**aborto espontâneo**

Memorial descritivo do produto apresentado à Universidade de Brasília como parte do Projeto Final em Jornalismo e requisito parcial para obtenção do título de bacharela em Jornalismo.

Orientadora: Prof. Rafiza Luziani Varão Ribeiro Carvalho.

Brasília,  
2020

Melissa Maria de Oliveira Duarte

**O SANGUE QUE NINGUÉM QUER VER**  
**Reportagem digital sobre a história de mulheres que sofreram aborto espontâneo**

Memorial descritivo do produto apresentado à Universidade de Brasília como parte do Projeto Final em Jornalismo e requisito parcial para obtenção do título de bacharela em Jornalismo.  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Rafiza Luziani Varão Ribeiro Carvalho.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**PROF<sup>ª</sup> DR<sup>a</sup> RAFIZA LUZIANI VARÃO RIBEIRO CARVALHO**  
**ORIENTADORA**

---

**PROF<sup>ª</sup> DR<sup>a</sup> DIONE OLIVEIRA MOURA**  
**EXAMINADORA**

---

**PROF. DR. SOLANO DOS SANTOS NASCIMENTO**  
**EXAMINADOR**

Brasília,  
2020

## Dedicatória

À minha avó Maria, a mulher mais forte que já conheci e a primeira pessoa a apoiar meus sonhos. Este TCC espera para ser dedicado à senhora desde o dia em que passei no vestibular.

Ao meu afilhado-anjo Heitor. Este trabalho é, antes de tudo, um tributo a você. Sinto muito por nunca ter te segurado no colo.

À minha afilhada Maria Júlia, irmã dele, que colore minha vida com seu arco-íris de amor. Você me faz melhor porque eu quero um mundo melhor para você.

## Agradecimentos

Não sei como começar este texto. É estranho pensar que me faltam palavras — logo eu, que vivo delas. Este trabalho representa o fim de um ciclo diante de todos os outros que se abrem e continuam. É a materialização de um sonho que se concretiza a cada dia e do qual tantas pessoas participaram que não sei se seria possível contar. É a emoção por poder dizer: “Mãe, pai, sou jornalista”. Tudo o que eu escrever nas próximas linhas pode parecer pouco para representar o que sinto, mas, ainda assim, eu tento.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela caminhada. Aos meus pais, Máximo e Marenice, por caminharem comigo, pelo suporte, por me oferecerem o melhor que puderam (e, muitas vezes, não tiveram) e por não me deixarem desistir. À minha avó Maria, por me inspirar e por sempre ter acreditado no meu sonho — e, mais do que isso, sonhado junto comigo. Quando muitos desacreditavam, era a senhora quem segurava minha mão e me encorajava, mesmo que a 1.245,6 km de distância. À minha família — irmãs, Heitor e Maria Júlia. Meu muitíssimo obrigada.

Eu quero agradecer à Mel, de 12 anos, que descobriu que queria ser jornalista na aula de redação do 8º ano. O jornal da escola pode não ter dado certo na época, mas semeou um sonho que está todo florido agora. Hoje, você já não quer cobrir moda e comportamento, mas descobriu o amor pela jornalismo político e local e pela carreira acadêmica. De lá para cá, são quase 11 anos; e o diploma está quase na mão. Obrigada por não ter desistido. Sem você, não estaríamos aqui.

Eu quero agradecer à Mel, de 16 anos, por ter marcado Comunicação Social no primeiro vestibular. Você não passou (ainda bem, porque cedo demais para entrar na faculdade), mas também não desistiu. Levou um ano até ver a tão esperada — e surpresa! — aprovação. Escolhas lá atrás nos trouxeram até aqui. Obrigada por ter seguido teus sonhos quando lhe disseram para cursar Direito e prestar concurso. Sem você, não estaríamos aqui.

À Universidade de Brasília (UnB), minha segunda casa, nem todas as palavras do mundo seriam suficientes. A garota de 17 anos que passou no vestibular imaginou que estivesse realizando o maior sonho da vida dela, mas foi muito mais do que isso. Cada projeto, oportunidade e experiência expandiram meus horizontes e contribuíram para formar quem eu sou. Meu muito obrigada.

À Faculdade de Comunicação (FAC), estendo os agradecimentos acima. Quero agradecer aos meus professores, pela formação e pelo conhecimento proporcionados. Aqui, destaco minha orientadora, Rafiza Varão, por me guiar nesta jornada, confiar em mim e no meu

trabalho e não me deixar desistir. À diretora da FAC, Dione Moura, que me acompanha desde o início da faculdade, por estimular a produção de conhecimentos e me incentivar na pesquisa durante a iniciação científica e o pré-TCC. Ao professor Solano Nascimento, pelo estudo de jornalismo investigativo e de dados, importantes para a elaboração deste trabalho.

Não posso deixar de mencionar outros nomes: Brenda Parmeggiani, que despertou meu interesse pela pesquisa científica; Luiz Martins, pela oportunidade e pela parceria no projeto de extensão SOS Imprensa; Fernando Oliveira Paulino, pelo incentivo durante a graduação. Aos técnicos administrativos da FAC, muito obrigada. A todos os professores que ajudaram a trilhar meu caminho até a universidade, dos quais destaco Silvane Abreu, pelas aulas de português que me ensinaram amar a gramática e os livros, e Marlene Santos, que me estimulou a escrever nas aulas de redação.

Aos amigos de infância, obrigada por terem acreditado no meu sonho e por me lembrarem quem eu sou. Aos amigos de faculdade, pela parceria incansável ao longo da graduação. Queria citar todos, mas corro o risco de ser injusta, porque são muitos. Mesmo assim, registro meu obrigada especial à Roberta e à Sandra, pela colaboração no design da reportagem, além de toda a amizade trilhada desde o primeiro semestre. À Andressa e à Luiza, por todo o apoio nesses mais de 10 anos de amizade. Ao Pedro, pelos conselhos. À Hanna, pela generosidade em dividir o que aprende.

À Amasile, Ana Kariny, Andréa, Angélica e Filomena, muito obrigada por compartilharem as próprias experiências. Foi uma honra poder contar as histórias de vocês.

## RESUMO

Este memorial descreve o processo de produção da reportagem especial, digital e multimídia *O sangue que ninguém quer ver*, que conta a história de cinco mulheres que sofreram perda espontânea. O estudo realiza não só resgate teórico sobre aborto (sobretudo natural), luto, reportagem e entrevista, mas também levantamento de números oficiais sobre abortamento e mortalidade materna obtidos no DataSUS a partir do jornalismo de dados. Este trabalho mostra o tabu, o silenciamento e a invisibilização em torno dessas questões, que se refletem e se relacionam com a significativa subnotificação de dados oficiais.

**Palavras-chave:** reportagem digital; mulheres; aborto no Brasil; aborto espontâneo; luto.

## ABSTRACT

This present memorial describes the process of production of a special report, digital also multimedia “The blood which anyone does not wants to see”, that tells the story of five different women which suffered from spontaneous abortion. The study does not bring only the theory about miscarriage, the mourning, report and interview, but also the survey of official numbers about miscarriage and maternal mortality gained from DataSUS (IT center of the Brazilian public health system) from data journalism. This paper shows the taboo, the silencing and the invisibilization around these questions, that self-reflect and are related with the significant underreporting official data.

**Key-words:** digital report; women; abortion in Brazil; miscarriage; mourning.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Fonte Libre Baskerville .....	68
Ilustração 2 – Fonte Lulo Clean .....	68
Ilustração 3 – Janna .....	68
Ilustração 4 – Paleta de cortes .....	69
Ilustração 5 – Amasile Karline Franca do Nascimento Farias .....	70
Ilustração 6 – Ana Kariny Souza .....	71
Ilustração 7 – Andréa Xavier .....	71
Ilustração 8 – Angélica Seabra .....	72
Ilustração 9 – Filomena de Oliveira Cintra e Silva .....	72



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de abortos por região e unidade federativa .....	28
Tabela 2 – Taxa de abortos espontâneos por óbitos fetais .....	31
Tabela 3 – Taxa de abortos por região e unidade federativa .....	32
Tabela 4 — Mortalidade materna por aborto no país .....	37
Tabela 5 — Mortalidade materna por cor e raça .....	38
Tabela 6 — Mortalidade materna por faixa etária detalhada .....	39

## SUMÁRIO

1	Introdução .....	11
1.1	Procedimentos metodológicos .....	12
1.2	Justificativa .....	15
1.3	Objetivos .....	16
2	Retrato do aborto no mundo .....	18
2.1	O aborto no Brasil .....	20
2.2	O que dizem os dados oficiais? .....	21
2.3	Mortalidade materna .....	35
3	Luto onde haveria maternidade .....	40
4	Reportagem .....	46
4.1	Webjornalismo .....	49
4.2	Reportagens no mundo contemporâneo .....	52
4.3	Entrevista .....	54
5	Jornalismo de dados .....	59
6	Descrição do produto .....	63
6.1	Pauta da reportagem .....	64
6.2	Projeto gráfico .....	67
7	Considerações finais .....	74
8	Referências bibliográficas .....	76
	Apêndice A .....	79
	Anexos .....	83

## 1 INTRODUÇÃO

O silêncio e o tabu em torno do aborto fazem com que haja poucos registros e fontes históricas de estudo. A documentação existente não apresenta o fato em toda a sua dimensão e a falta dela só reforça o silêncio e o tabu (MOTTA, 2008). O aborto perpassa os séculos, as culturas e as sociedades. Assim, o resgate histórico remonta a diferentes significados, além de apresentar motivações e técnicas distintas (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

Contar a história do aborto — enquanto experiência plural, com representações diversas — também é recontar a história de mulheres e mães. É memória e construção de identidade. Remete a concepções particulares de um corpo que não é só humano, mas feminino. Independente de ser vivida ou desejada, a maternidade é parte do do que é ser mulher no mundo (MOTTA, 2008), já que a questão é entendida como estrutural, não biográfica. Este trabalho e, sobretudo, a reportagem aqui realizada, se centram em abortos espontâneos, mas abordam outros tipos para ampliar a visão sobre o tema,

Nesse sentido, refletir sobre o aborto é, também, pensar o que é ser mulher no mundo. Na perspectiva fenomenológica-existencialista, é uma possibilidade na vida das mulheres. Sem conseguir explicá-lo, a sociedade, por vezes, o considera pecado e relega um luto invisível às mulheres e silencia a angústia, a dor e a tristeza vivenciadas no processo da perda (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

A gravidez desejada é, por outro lado, vista como período de sonhos, de realizações e de vontade de ser mãe. O aborto espontâneo, neste contexto, deixa um vazio a partir da quebra dessas expectativas: a solidão diante da dor silenciada e o luto invisibilizado, muitas vezes considerado ilegítimo. Ademais, há sentimentos de culpa e fracasso por sentir que não conseguiu levar uma gestação até o fim, num período de alterações físicas e psicológicas (NERY *et al*, 2006).

Não existe preparação para experienciá-lo como há para a gravidez. O aborto é a expulsão do útero antes que o feto ou o embrião complete 20 semanas (REBOUÇAS; DUTRA, 2011) ou com menos de 500g (NERY *et al*, 2006). Pode ser espontâneo (natural ou acidental) ou provocado (fruto da ação humana). Originada do latim *abortus*, que vem de *aboriri*, a palavra significa perecer, distanciamento do nascer. “O útero não é uma abstração dos livros de anatomia. É algo bem concreto, experienciado e literalmente palpável” (MOTTA, 2008, p. 2).

Conhecer o órgão, portanto, é ir além do formato anatômico e da função da mulher enquanto exclusivamente reprodutora. A conceituação de abortamento e as reações diante da experiência, contudo, variam conforme o contexto em que a mulher se insere e os planos e as

idealizações em torno da gestação. Conforme Rebouças e Dutra (2011), essa é uma prática antiga que já foi utilizada até como método de contracepção.

Segundo Marques e Bastos (1998), Schor e Alvarenga (1994), a prática do aborto é antiga e conhecida em todas as épocas e culturas, tendo um sentido e significado específico em cada uma delas. Sobre isto Pattis (2000) afirma que o aborto foi exercido por todos os grupos humanos até hoje conhecidos, embora esses grupos possuam concepções, motivações e técnicas abortivas completamente diferentes (REBOUÇAS; DUTRA, 2011, p. 420).

O aborto se apresenta como tabu social, principalmente em países nos quais é criminalizado, como o Brasil. O ato em si carrega significados, medos, inverdades, sejam eles ocultos ou não (PRADO, 2017). Se o aborto intencional pode gerar preconceito contra a mulher que o praticou, o espontâneo provoca um véu de silêncio sobre a maternidade muitas vezes negada à mãe do embrião ou feto que não chegou a nascer. É nesse último que o memorial se foca.

A partir disso, o objetivo deste trabalho é realizar a reportagem especial, digital e multimídia *O sangue que ninguém quer ver* sobre a experiência das mães, que esbarra na falta de concretude, e é vivida em meio à dor, ao luto, à saudade e ao (não) maternar. Amasile, Ana Kariny, Andréa, Angélica e Filomena compartilham as próprias histórias. São cinco mulheres de 28 a 57 anos, de diferentes raças e classes sociais, todas moradoras do Distrito Federal, que sofreram pelo menos um abortamento. A reportagem pode ser lida pelo endereço: <https://abortoespontaneo.wixsite.com/reportagem>.

A intenção é fazer um retrato plural de uma vivência tão comum — do ponto de vista estatístico e da saúde pública — e, ao mesmo tempo, tão subjetiva e particular em relação à família. O memorial visa descrever o processo de produção da reportagem, com foco nesses aspectos, ao destrinchar o lugar social do apagamento da maternidade no que tange ao aborto espontâneo e encontrar diferentes maneiras de como a perda pode ser elaborada e, depois, ressignificada.

O trabalho parte de motivações e perspectivas pessoais, porque nasce como uma homenagem, um registro perene em palavras, sobre a perda do meu sobrinho e afilhado Heitor. A experiência se relaciona e se reflete nas histórias aqui relatadas, numa troca única, singular e subjetiva. Assim, a reportagem desemboca na quebra do silenciamento em torno do abortamento natural ao dar voz a vivências tão invisibilizadas que acabam escondidas aos olhos dos familiares, dos amigos e da sociedade em geral.

As entrevistas foram realizadas a distância, via ligação, por causa da pandemia da covid-19, doença respiratória causada pelo novo coronavírus. Mesmo que o distanciamento social

tenha começado a se flexibilizar no primeiro semestre de 2020, o Brasil tem registrado altos índices de casos, mortes e contágio pelo novo coronavírus. Assim, as condições sanitárias do Brasil não eram seguras para a realização presencial de entrevistas, fotografias e vídeo. O trabalho precisou ser adaptado, mas as mudanças não afetaram o rigor e a precisão jornalísticos, o compromisso com a verdade e a qualidade do produto.

Os dados sustentam de forma estatística as histórias contadas. A significativa subnotificação pode, inclusive, evidenciar e refletir o tabu e o silenciamento em torno do tema. Para além da literatura, a busca se baseou nos números oficiais do Brasil, divulgados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS)<sup>1</sup>. Registros de óbitos fetais e de nascidos vivos foram obtidos na plataforma — somados, totalizam a quantidade de gestações. Além disso, dados de mortalidade materna também foram coletados.

O memorial se divide em quatro capítulos. O primeiro discute aborto e mortalidade materna: crenças, tabus, subnotificação e dados oficiais do país, tão subestimados diante das estimativas. O segundo destrincha os processos de perda e de luto — que habitam o local na vida das mulheres onde a maternidade deveria ser exercida — sob a perspectivas psicológica e existencial. O terceiro trata sobre reportagem e entrevista: da teoria à produção do texto. O quarto aborda jornalismo de dados e destrincha processos de avaliação dos números oficiais de 2009 a 2018 explicitados no primeiro capítulo.

## **1.1 Procedimentos metodológicos**

A pesquisa bibliográfica abarca leituras e fichamentos sobre aborto no Brasil, no mundo e através dos séculos na História. Depois, sobre reportagem, entrevista e jornalismo de dados. Ao relacionar esses temas, o objetivo principal é realizar reportagem especial, digital e multimídia que conta a história de cinco mulheres que sofreram pelo menos um aborto espontâneo — e também sobre a invisibilização do luto e o apagamento da maternidade de cada uma delas.

A busca por fontes se deu no meio digital, primeiro no ciclo social e, depois, em grupos na internet. Todas as entrevistas foram pré-agendadas e realizadas de modo remoto, via celular, para barrar o contágio por covid-19. Para analisá-las, redigiu-se um diário de bordo (ver apêndice). Houve mais de uma conversa com as mulheres de forma a preencher lacunas e sanar possíveis dúvidas em caso de necessidade.

---

<sup>1</sup> É vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

As entrevistas foram registradas em arquivo de texto no Google Docs enquanto a maioria delas era, ao mesmo tempo, gravada em aplicativo de celular. Assim, a intenção era evitar perder informações em caso de falha técnica (como numa das ligações) e otimizar o tempo de produção da matéria, além de facilitar os processos de construção do texto, de compreensão e de memorização do conteúdo.

Como qualquer máquina, [o gravador] falha, quebra, distorce ou simplesmente não grava. Só apertar o botão equivale a ser papagaio da informação: nem ouvir o que o entrevistado está dizendo. Mesmo quando está gravando, o bom repórter toma anotações durante a entrevista, pois assim fica mais fácil localizar os trechos desejados, no momento de redigir (JORGE, 2008, p. 106).

Para sustentar as histórias que dão corpo à reportagem, foram utilizados dados oficiais do DataSUS, sobretudo os que provêm do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), obtidos por meio de Declarações de Óbito (DO), e sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Em caso de mortalidade, como o aborto espontâneo, também inclui informações da rede privada, já que é obrigada a reportá-las. O acesso à plataforma, alimentada pelo e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS)<sup>2</sup>, é livre e gratuito.

Dentro do DataSUS Tabnet<sup>3</sup>, o filtro de pesquisa começou em “Estatísticas vitais”, passou para “Mortalidade - 1996 a 2018, pela CID-10<sup>4</sup>” e chegou a “Óbitos Fetais”. A abrangência geográfica escolhida foi “Brasil por município e unidade da federação” e o período de tempo de 2009 a 2018<sup>5</sup>. Assim, o objetivo foi compilar os dados de todos os estados mais o Distrito Federal numa série histórica de 10 anos de uma só vez. As mortes foram filtradas conforme o local de residência, não o de ocorrência. Esses referenciais geográfico e temporal foram aplicados em todas as pesquisas na plataforma.

Dentro da categoria CID-10, foram filtrados abortamento habitual (N96), aborto espontâneo (O03), aborto por razões médicas e legais (O04), outros tipos de aborto (O05), aborto não especificado (O06), falha de tentativa de aborto (O07) e complicações em consequência de gravidez ectópica ou molar (O08). O sistema, no entanto, indica que nenhum registro foi selecionado. Noutras palavras, o Brasil não possui registros oficiais de abortamentos.

---

<sup>2</sup> Programa do Departamento de Saúde da Família para organizar e informatizar dados da Atenção Primária, o que inclui atendimentos, consultas e visitas domiciliares. Os dados são informados por servidores da Saúde.

<sup>3</sup> Tabulador genérico de domínio público que organiza dados de forma rápida de acordo com a busca a ser feita.

<sup>4</sup> Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

<sup>5</sup> Os dados de 2019 ainda eram preliminares no momento da análise e, por isso, não foram utilizados. O período escolhido é o que permite dados consolidados mais recentes e também a realização de série histórica.

Assim, essa inconsistência foi apresentada e os números, solicitados ao Ministério da Saúde via Lei de Acesso à Informação (LAI). O órgão respondeu que as informações solicitadas já se encontravam na plataforma. O pedido foi encaminhado ao mesmo tempo para a assessoria de imprensa da pasta (contato por e-mail e por WhatsApp), mas não respondeu a demanda.

Por isso, os números precisaram ser minerados de outra forma. O total de abortos espontâneos foi calculado a partir do número de óbitos fetais com até 22 semanas de gestação e antes do parto. Os resultados obtidos podem incluir abortamentos provocados, devido à subnotificação<sup>6</sup>, mas a discrepância foi desconsiderada. Os mesmos procedimentos foram aplicados e acrescidos, respectivamente, dos filtros “Idade mãe” na coluna e “Categoria CID-10” na linha da tabulação, para descobrir as faixas etárias das mulheres que sofreram abortamentos e as causas das perdas (anexo 1).

O total de nascidos vivos foi calculado dentro “Estatísticas vitais” e “Nascidos Vivos - 1994 a 2018” (anexo 2). Para chegar ao número de gestações (anexo 4), a quantidade foi somada ao total de óbitos fetais até 22 semanas antes do parto. As taxas de abortos espontâneos pelo total de gravidezes e de óbitos fetais<sup>7</sup> foram calculadas pela fórmula de divisão  $=\frac{AB!A1}{CD!A1}$  do Microsoft Excel e, depois, transformadas em porcentagem. O software permitiu agilizar os processos e garantiu a precisão dos resultados.

O total da mortalidade materna foi obtido dentro “Estatísticas vitais”, “Mortalidade - 1996 a 2018, pela CID-10” e “Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos”, selecionados separadamente em “Óbitos Maternos” (anexo 5) e “Óbitos Maternos Tardios” (anexo 6). Os números foram somados para chegar à quantidade total de mortes maternas (anexo 7).

Para alcançar a taxa de mortalidade materna por aborto, dividiu o total de óbitos por abortamento pelo total de mortes maternas. Todos os tipos de aborto e as complicações supracitados de ambos foram selecionados dentro da “Categoria CID-10” para chegar às causas de morte por aborto. Os números ainda foram filtrados por cor e raça e por faixa etária detalhada. A análise dos resultados acima foi feita sob as óticas demográfica, de gênero, de raça e de faixa etária.

---

<sup>6</sup> Há casos em que o aborto provocado é relatado como espontâneo em unidades de saúde a fim de evitar punições (ver capítulo 1).

<sup>7</sup> Neste caso, refere-se ao total de mortes ocorridas dentro do útero e antes do parto, independente do tempo de gestação.

## 1.2 Justificativa

Não tem como escrever este memorial sem escrever sobre o Heitor (*in memoriam*). Este trabalho não existiria sem ele, meu primeiro sobrinho e afilhado. Minha homenagem simbólica é manter viva a memória de uma gestação que durou algumas semanas. É um pedido de desculpas por não ter estado perto quando ele se foi. É o sentir muito por nunca ter tê-lo segurando no colo. É tentar transformar a culpa em cura.

Não consigo falar muito sobre o Heitor sem chorar, inclusive enquanto escrevo. Nem sempre foi assim, porque compartimentalize a dor e a guardei por tempo demais — dois anos para ser exata. Parte da motivação deste trabalho é usar a escrita como processo de cura terapêutica. É registrar o amor e a existência em palavras.

Este trabalho não pretende ser um retrato universal sobre o aborto espontâneo, mas um resgate da memória não só social, mas familiar também. Impessoalidade e distanciamento de pesquisa não são premissas deste trabalho. Permito-me até alternar entre terceira e primeira pessoa, porque essa história também faz parte de mim.

As vivências aqui relatadas são únicas do ponto de vista biográfico, mas buscam representar a pluralidade, a unicidade e a subjetividade envolvidas na experiência. Mais do que isso, são um tributo ao meu sobrinho e afilhado e a tantos outros bebês-anjo, simbolizados nas histórias retratadas. Contá-las é não deixar que sejam esquecidas. É saber que o amor e a dor podem andar lado a lado com a saudade. É tirar a capa de invisibilidade do luto para ressignificar a perda.

Nessa perspectiva, o trabalho pretende mergulhar na reportagem e nas entrevistas para escrever histórias reais diante do rigor da apuração jornalística. No entanto, a atual rotina de produção nas redações tem tornado difícil não só mergulhar numa pauta, mas ter tempo para recontá-la. O período entre receber a pauta, apurar e publicar é escasso, por isso parte do processo é feito por telefone, dentro da redação.

O TCC, por outro lado, permite que a estudante tenha maior tempo para mergulhar num tema — aborto espontâneo, um tabu social — e contar uma história tantas vezes e tão invisibilizada. Se o assunto já é retraído na sociedade, o seio familiar pode representar um microcosmo dessa relação. Buscá-la noutros grupos familiares, portanto, também é (re)contar uma história que não é apenas minha.

A ideia original incluía conciliar o estágio de 30 horas semanais (e, posteriormente, o emprego em horário integral) com a realização presencial das entrevistas, das fotos e do vídeo, o que, infelizmente, foi impossibilitado pela pandemia da covid-19. Falta falar sobre o tema,



mas também dados para estudá-lo e pesquisá-lo. O aborto espontâneo carece de dados específicos e compilados, sobretudo os oficiais, obtidos no DataSUS. Para tanto, o projeto busca responder perguntas que não deixam, também, de mostrar a importância deste trabalho.

O formato digital foi escolhido devido às inovações e ferramentas propiciadas pelo meio. Nele, não há limitação de espaço e que o acesso seja facilitado, a poucos cliques de distância. A intenção principal é descobrir, por meio dos estudos teóricos sobre os pontos abordados, dos levantamentos de saúde pública e das histórias de vida, como é a experiência e o processo de luto para as mães, se há rede de apoio, o que muda na vida das pessoas e se há diálogo sobre o tema.

### 1.3 Objetivos

a) **Objetivo geral:** realização da reportagem especial, digital e multimídia *O sangue que ninguém quer ver*.

b) **Objetivos específicos:**

- i. Realizar levantamento bibliográfico sobre aborto enquanto experiência, prática e fenômeno natural, além de como perpassa diferentes culturas ao longo da História;
- ii. Realizar pesquisa bibliográfica sobre luto, reportagem, entrevista e jornalismo de dados;
- iii. Realizar entrevistas a fim de conhecer a fundo a experiência e o processo de luto das mães e buscar recriá-los no texto;
- iv. Aliar o rigor jornalístico à sensibilidade literária na apuração e cobertura de temas com valor-notícia de interesse humano;
- v. Redação de diário de bordo sobre a execução da reportagem como forma de analisar as entrevistas;
- vi. Construir uma reportagem que abrace tanto o universo comum no que tange ao fenômeno do abortamento quanto o particular dessa experiência, focando na vivência de cada uma das mulheres;
- vii. Conceber projeto gráfico para a reportagem que possibilite o acesso e a usabilidade por meio de página digital;
- viii. Contribuir para a não estigmatização e para a quebra de tabu em torno do abortamento. A ideia da reportagem aqui realizada não é fazer juízo de valor

sobre o aborto provocado, mas mostrar outro lado, muitas vezes pouco tratado:  
o silenciamento da maternidade em torno do aborto espontâneo.

## 2 Retrato do aborto no mundo

O abortamento era uma prática comum entre povos antigos, como gregos, romanos, egípcios, assírios, sumérios e babilônios. Ainda assim, em termos gerais, era proibida por questões sociais, políticas e econômicas e chegava a ser alvo de punições (REBOUÇAS; DUTRA, 2011). Na China, há registros de remédio abortífero via oral, provavelmente com mercúrio, entre 2737 e 2696 a.C (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

A Grécia permitia sua execução pelo controle de natalidade, conforme Aristóteles defendia. Para Platão, o ato deveria ser obrigatório por questões de eugenia e de idade da mãe — se tivesse a partir de 40 anos —, porque o filósofo acreditava em manter a pureza e a saúde dos guerreiros. Já Sócrates defendia que parteiras deveriam auxiliar as mulheres que quisessem abortar e Hipócrates, em seu juramento médico, que o ato não deveria ser provocado (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

O entendimento de Roma mudou ao longo dos séculos: autorizado quando a natalidade era alta — primeiros séculos do império — e condenado quando era baixa, já no declínio romano (SCHOR e ALVARENGA, 1994). Como sociedades patriarcais, as duas consideravam crime se o aborto ferisse os direitos do pai sobre o bebê (REBOUÇAS; DUTRA, 2011). O País de Gales tinha entendimento parecido, já que o pai detinha os direitos sobre a vida dos filhos, nascidos ou em gestação, de acordo com Schor e Alvarenga (1994).

Diferentes povos originários e indígenas permitiam o aborto, que poderia até mesmo ser parte dos costumes: mulheres interrompiam a primeira gestação porque se acreditava que facilitaria o parto do segundo bebê em algumas tribos sul-americanas. Não tinha a ver com contracepção ou questões político-econômicas. Outras motivações incluem crenças, parentesco com o pai do bebê, escassez de alimentos ou o fato de a gravidez impedir a tribo de seguir a vida nômade no momento (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

O povo hebreu condenava a mãe que abortasse, em regra geral, embora houvesse impunidade para o ato. As penas também variavam de multa ao pai — se um outro homem agredisse a esposa dele e induzisse o abortamento — à pena de morte se também levasse a mulher à morte (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

O Cristianismo condena o ato segundo o mandamento “Não matarás” e por interesses político-econômicos (SCHOR; ALVARENGA, 1994). A Bíblia menciona a prática em casos espontâneos e em que houve adultério, num modo de defesa da honra judaica: o marido poderia

levar a esposa a um sacerdote em caso de suspeita de traição e ele realizaria o abortamento (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

Houve tolerância sobre a prática no século 16, enquanto se acreditava que fetos não possuíam alma — com a teoria de animação tardia do feto, de São Tomás de Aquino (REBOUÇAS; DUTRA, 2011) —, o que mudou em 1869. A Igreja Católica começou a rechaçar não só a prática, mas também os métodos contraceptivos (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

Vale lembrar que o casamento se tornou uma instituição social e política no mundo ocidental antes do século 5, no fim do Império Romano. Veio, então, a Idade Média, em que a Igreja Católica tinha controle sobre o Estado, a sociedade e a vida das pessoas. Nessa época, o capitalismo ascendeu nas vilas burguesas europeias.

As mulheres passaram a ser vistas como propriedades masculinas — primeiro dos pais, depois dos maridos. A moral cristã delegava a elas as funções exclusivas de mãe, esposa e dona-de-casa e as que ousassem fugir desse padrão eram perseguidas na caça às bruxas durante a Inquisição. Também deveriam permanecer virgens até o casamento e submissas ao marido depois dele (FEDERICI, 2017).

A reprodução deveria ser exclusivamente conjugal, no seio familiar. A proibição do aborto pelo catolicismo viria como uma forma de coibir traições e evitar que o patrimônio de um homem fosse herdado por um filho bastardo, o que também interferia no Mercantilismo (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

Com o Iluminismo, veio o predomínio da razão como elemento para julgar as ações humanas. Assim, a partir da Revolução Francesa passou-se a valorizar o feto não pela alma dele, mas porque viria a ser um futuro soldado nos *fronts* de batalha ou um trabalhador nas fábricas, em ascensão com a Revolução Industrial. Antes, o embrião era um mero apêndice do corpo feminino (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

As taxas de aborto começam a aumentar a partir do êxodo rural na Europa, que leva à queda no padrão de vida da população campesina. Assim, a prática passa a ameaçar a elite — burguesa e dona dos meios de produção — que teria menos mão de obra no futuro. Nas classes dominantes, o ato era coibido a partir de forte repressão sexual embora fosse comum (SCHOR; ALVARENGA, 1994). O avanço dos estudos sobre embriologia faz com que o ato seja visto como perigoso para a saúde da mulher (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

Esse histórico é precursor das leis punitivistas sobre o aborto, datadas do século passado. A Europa Ocidental o proibiu depois da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), por causa da grande baixa populacional, dada a morte de soldados. Criminalizou-o após a Segunda Guerra

Mundial (1939-1945), o que perdurou até a década de 1960 (REBOUÇAS; DUTRA, 2011). A política natalista foi especialmente dura na França, com legislação mais rígida (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

A União Soviética legalizou o abortamento na década de 1920 pela saúde das trabalhadoras, já que as mulheres eram grande parte da força de trabalho à época. Países escandinavos o legalizam com a ascensão do Luteranismo, que favoreceu a reforma sexual (REBOUÇAS; DUTRA, 2011). Suécia e Finlândia, inclusive, foram as primeiras nações europeias a fazê-lo, em 1939 e em 1950.

A ascensão do nazifascismo leva ao endurecimento das leis, uma vez que os bebês seriam “Filhos da Pátria” — e futuros soldados — e o ato se enquadraria em crime contra a nação, punido com pena de morte. O Japão legalizou a prática em 1948, durante a ocupação norte-americana na Segunda Guerra Mundial (SCHOR; ALVARENGA, 1994), já que a queda da natalidade implica também na redução da miséria.

O feminismo e a liberdade sexual favorecem a legalização nas décadas de 1960 e de 1970, de acordo com Rebouças e Dutra (2011) no mundo, embora algumas nações ainda proibam e até mesmo condenem, devido a questões morais, religiosas, políticas e econômicas. Por isso, “o aborto, ao longo da história, foi permitido ou proibido conforme os interesses econômicos e políticos de cada época” (REBOUÇAS; DUTRA, 2011, p. 421). A criminalização é fruto da diversidade cultural, ética e religiosa, além das desigualdades socioeconômicas e exclusões sociais (MOTTA, 2008).

## **2.1 O aborto no Brasil**

O país tem relatos da prática desde a época da colonização entre povos indígenas e também portugueses. Os primeiros abortavam por falta de apoio e suporte quando fugiam das missões jesuítas. Estado e Igreja tentavam controlar as relações e proibiam as que não conseguissem. O aborto feriria o “ser mulher” e, logo, o “ser mãe”. Por isso, quem abortasse, mesmo que naturalmente, era vítima de preconceito (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

A defesa da moral e dos bons costumes levou à visão da mãe como pilar da família. O maior controle sexual tinha interesses políticos e econômicos; noções de cuidado e de zelo infantil só surgiram no século 20. De desvio moral, tornou-se crime no Brasil em 1890, com punições previstas à mulher que abortasse, por causa do aumento do número de casos. Havia atenuantes, contudo, como esconder desonra (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

De acordo com as autoras, passou a ser considerado fato social — e não mais desvio moral — em 1970. Com o aumento da pobreza, veio a queda do planejamento familiar. A redemocratização do país proporcionou a criação de delegacias especializadas para a mulher e a visão dela como vítima de violência de gênero, além da criação de um programa de saúde voltado ao planejamento familiar, à sexualidade e ao aborto.

A segunda onda do feminismo internacional durante as décadas de 1960 e 1970 influenciou o movimento nacional. A defesa de direitos individuais liberais — direitos humanos mais sociais — busca reduzir a desigualdade social. A maternidade, então, passa a ser vista como uma escolha, não um crime, apesar de a legislação punitivista perdurar. O aumento da mortalidade materna, até mesmo por métodos rudimentares de abortamento, faz com que o ato seja visto como problema de saúde pública, já que a proibição não impede a prática ou diminui os índices, mas a torna insegura (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

## 2.2 O que dizem os dados oficiais?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou 55,7 milhões de abortos no mundo de 2010 a 2014. Do total, 30,6 milhões (54,93%) foram considerados seguros. Outros 25,1 milhões (45,06%), inseguros, dentre os quais 24,3 milhões (96,81%) eram em países em desenvolvimento, de menor renda. O seguro inclui o aborto medicamentoso — com misoprostol, com o nome comercial de Cytotec<sup>8</sup>, por exemplo (GANATRA *et al.*, 2017). No Brasil, estima-se que 48% das mulheres que abortaram fizeram uso dele. É o principal medicamento usado para esta finalidade no país (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

No entanto, a prevalência das taxas de abortamento é inexata, sobretudo em países onde o aborto é inseguro — e não necessariamente criminalizado. A definição passa pelo ilegal, como é o caso do Brasil, ou descriminalizado, mas de difícil acesso (CECATTI *et al.*, 2010). Já a OMS caracteriza o procedimento dessa forma se realizado sem treinamento ou padrões médicos adequados, com possibilidade de levar a mulher à morte. Leis restritivas não coíbem o aborto, mas tornam a prática mais insegura (GANATRA *et al.*, 2014).

“Ao serem realizados na clandestinidade, não há possibilidade de registros confiáveis” (MENEZES *et al.*, 2020). A preocupação com a ilegalidade, além de questões emocionais e psicológicas, pode levar à notificação do aborto provocado como se tivesse ocorrido de forma

---

<sup>8</sup> Versão sintética do vasodilatador prostaglandina E1. Além da interrupção da gravidez, o remédio também pode ser utilizado para prevenir dor no estômago, induzir o parto e parar o sangramento pós-parto. A venda é proibida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no Brasil desde 1998.

espontânea. Por isso, pode até ser notificado como espontâneo em unidades de saúde para evitar penalidades (CECATTI *et al.*, 2010). Desse modo, é importante assinalar que a reportagem produzida neste Trabalho de Conclusão de Curso considerou as perdas como naturais conforme os relatos das mulheres.

A pesquisa sobre o aborto impõe grandes desafios mesmo onde sua prática é legal, inexistindo um contexto “único e universal” para sua declaração<sup>1</sup>. Em razão da norma social condenatória, as mulheres tendem a omitir a interrupção voluntária da gravidez ou declarar o aborto como espontâneo, o que resulta em subestimação da sua ocorrência<sup>2</sup>. Onde o aborto é legal, é registrado formalmente nos serviços de saúde, e a mensuração da sua ocorrência pode ser efetuada diretamente com base em estatísticas oficiais. Ainda assim, abortos legais são reconhecidos como uma parte de todos os abortos induzidos, em razão do sub-registro e da subdeclaração<sup>3</sup> (MENEZES *et al.*, 2020, p. 2).

Diversos estudos têm buscado estimar os dados tanto do abortamento espontâneo como do induzido, por meio coleta de dados por método de urna e de entrevistas, além de dados oficiais (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020), como no caso deste estudo. Na primeira, a participante escreve respostas simples — como a idade e também marca uma alternativa sobre o aborto para declarar se foi espontâneo ou provocado — numa célula de papel e as deposita em uma urna, tendo o sigilo e a percepção dele, além da confidencialidade, preservados (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Inquéritos domiciliares, por exemplo, permitem que haja representatividade populacional e que homens respondam às perguntas no lugar das parceiras, mas têm maiores custos e complexos de serem feitos, além de serem mais suscetíveis à subnotificação em casos de aborto provocado e à negativa em responder aos questionamentos, não só por tabu ou vergonha, mas também pela criminalização (MENEZES *et al.*, 2020).

Já questionários aplicados em unidades hospitalares ajudam a estudar o *near miss*<sup>9</sup> materno e são mais confiáveis para compilar dados sobre abortamento. Todavia, limitam-se a complicações de saúde que levam à busca por ajuda médica para internação ou procedimentos de curetagem<sup>10</sup> e aspiração manual intrauterina, por exemplo. Também não englobam abortos fora do ambiente ambulatorial e hospitalar, seja porque ocorreu em casa, seja porque houve dificuldade de acesso (MENEZES *et al.*, 2020). Um exemplo é o aborto inseguro.

É essencial evitar expressões que criem constrangimento, como por exemplo, perguntar sobre a perda de um filho a mulheres que provavelmente provocaram um aborto. Do mesmo modo, devem ser utilizadas questões adicionais que confirmem o tipo de aborto, pois termos técnicos como aborto espontâneo, induzido, terapêutico,

---

<sup>9</sup> Mulheres que desenvolveram quadros graves e quase morreram por complicações durante gravidez, parto ou puerpério até 42 dias. Os diferentes critérios classificatórios prejudicam a comparação de dados, posteriormente padronizados pela OMS (MENEZES *et al.*, 2020).

<sup>10</sup> Raspagem do útero.

interrupção voluntária da gravidez, não são autoexplicativos e podem ser de difícil compreensão para as entrevistadas (MENEZES *et al.*, 2020, p. 4).

O ambiente deve ser adequado e seguro, de forma que as mulheres tenham privacidade. As entrevistadoras devem ser preferencialmente mulheres e que não possuam estigmas em relação à prática, sem juízo de valor ou julgamentos e com distanciamento em relação às entrevistas. A garantia de sigilo é fundamental (MENEZES *et al.*, 2020). Tais diretrizes também foram valorizadas durante a elaboração da reportagem sobre a vivência de mulheres que sofreram aborto espontâneo. A diferença é que as entrevistas foram realizadas a distância, via celular, por causa da pandemia da covid-19.

Usar dados oficiais permite ir direto à fonte e ter acesso a um volume significativo de informações seja da rede pública, seja da particular, apesar de não disponibilizar dados da prática ilegal. Todavia, a confiança está sujeita às restrições impostas à prática e à minúcia na realização dos registros. A dificuldade em interpretar as informações obtidas e as variações na forma de catalogá-las, como a quantidade de dados e o modo de preencher os campos, também devem ser consideradas (MENEZES *et al.*, 2020).

Dados oficiais são encontrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), mas apresentam de forma incompleta para dimensionar a questão do aborto no Brasil, por causa do subdiagnóstico. A plataforma reúne, processa e divulga as ocorrências de saúde, como doenças, mortes, hospitalizações e campanhas de vacinação, da rede pública. Em caso de mortalidade, dados de instituições de saúde particulares também devem ser reportados e incluídos na plataforma.

A identidade e a privacidade das pacientes é mantida em sigilo conforme a Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O que a plataforma permite é traçar um perfil dos pacientes a partir de informações de gênero, local (por município, unidade federativa e região), faixa etária e raça, por exemplo — o que se estendeu à reportagem aqui produzida. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), obtidos por meio de Declarações de Óbito (DO), e sobre Nascidos Vivos (Sinasc) foram cruzados por meio do DataSUS para a realização deste trabalho.

Os abortamentos que ocorreram em casa, por exemplo, e não foram levados a uma unidade de saúde não foram contabilizados e integram as estimativas de subnotificação. Assim, os números divulgados permitem uma estimativa, mas são incompletos para dimensionar o aborto em sua totalidade, fato agravado pela criminalização e tabu em torno da prática no país.

A clandestinidade e o estigma associados ao aborto tornam complexa a sua investigação, a começar pela sua própria admissão pelas mulheres. A interrupção voluntária de uma gravidez envolve conflitos morais, éticos e religiosos, que aliados



à condenação social e reforçados pela ilegalidade, resultam em omissão do relato ou na sua declaração como espontâneo <sup>12</sup>. Logo, excluir simplesmente os abortos espontâneos das análises pode levar à subestimação da incidência de abortos provocados <sup>13</sup> (MENEZES *et al.*, 2020, p. 2).

Identificar casos (em quantidade) e tipos de aborto (espontâneo ou induzido, em linhas gerais) estão entre os desafios desta pesquisa, já que o dado depende da atribuição de um CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) — elaborado pela OMS e padronizado no mundo — durante a internação.

No entanto, falhas no preenchimento podem levar à falta de informações ou de padronização delas, prejudicando a análise e a comparação dos dados. Além de desafios éticos, psicológicos e de segurança, o aborto e as complicações dele são difíceis de mensurar, o que ocasiona desafios na metodologia (MENEZES *et al.*, 2020). A questão foi analisada durante a produção e a realização da reportagem escrita a partir desta pesquisa que prezou pelo cuidado, pela ética e pela empatia com as entrevistadas.

Uma abordagem usada no Brasil<sup>34,35</sup> foi proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>36</sup> com base no trabalho de Figa-Talamanca, que classifica os abortos segundo o grau de certeza quanto à indução. Sua classificação como “certamente provocados”, “provavelmente provocados”, “possivelmente provocados” e “espontâneos” leva em conta o relato das mulheres, de familiares e profissionais de saúde, além de registros hospitalares de complicações do aborto (MENEZES *et al.*, 2020, p. 5).

O DataSUS foi utilizado, neste trabalho, como a principal ferramenta para construir uma percepção estatística do contexto que envolve o aborto no Brasil. Apesar de indicar a mortalidade materna por abortamento ou complicações dele, o sistema não informa a quantidade de abortos de 2009<sup>11</sup> a 2018. A subnotificação e a marginalidade quanto aos dados dificultam a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso, mas mostram a importância não só dele, mas também da reportagem, que traz à luz histórias e experiências marginalizadas pela sociedade.

O sistema informou “nenhum registro selecionado” quando abortamento habitual<sup>12</sup> (N96), aborto espontâneo (O03), aborto por razões médicas e legais (O04), outros tipos de aborto (O05), aborto não-especificado (O06), falha na tentativa de aborto (O07) e aborto por complicações após gravidez ectópica (O08) foram filtrados na Categoria CID-10 dentro dos óbitos fetais<sup>13</sup> em registros de mortalidade do SIM.

---

<sup>11</sup>A plataforma só permitiu calcular a quantidade por ano de atendimento a partir de 2008. Antes, só pelo de processamento, o que poderia distorcer as informações obtidas (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

<sup>12</sup> Aborto de repetição.

<sup>13</sup> Morte fetal a partir de 20 semanas, com pelo menos 500g de peso ou estatura a partir de 25cm (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A variedade de alternativas se dá porque não é possível calcular a duração exata da gravidez,

“Comparar abortos induzidos com espontâneos pode levar à subestimação de fatores de risco, pois o grupo de mulheres com relato de aborto espontâneo pode conter aquelas que o induziram, mas não o declararam” (MENEZES *et al.*, 2020, p. 8). Assim, para contornar as inconsistências e chegar ao total de perdas espontâneas reportadas oficialmente, esta pesquisa filtrou os óbitos fetais foram selecionados por ano do óbito (de 2009 a 2018), pela duração da gravidez (até 22 semanas<sup>14</sup>) e pela relação entre morte e parto (antes do nascimento).

Dessa maneira, foram 20.087 abortos espontâneos no Brasil de 2009 a 2018 registrados<sup>15</sup> em serviços ambulatoriais e hospitalares, do total de 29.189.619 gestações (anexo 4). Por isso, alguns casos retratados na reportagem oriunda deste estudo podem estar fora das estatísticas oficiais. Os maiores registros dessa série histórica ocorreram de 2011 a 2014 em todas as regiões do país.

O pico da Região Norte foi de 365 em 2012. Nordeste e Sul registraram recordes de 928 e 291 em 2013, respectivamente, e Sudeste, de 1.056 em 2014. Já o Centro-Oeste repetiu 186 registros em 2013 e 2014. Em números absolutos, Sudeste e Nordeste acumulam 70,78% dos registros em números absolutos no período. O fato pode ser explicado pela maior população da primeira<sup>16</sup> — que concentra 42,04% dos habitantes do país (IBGE, 2020), sobretudo em São Paulo e Rio de Janeiro — e, portanto, proporcionalmente, mais gestações.

Já o Nordeste<sup>17</sup> acumula 27,09% dos residentes do país, mas tem menor acesso à saúde pública, como quantidades de médicos, enfermeiros e unidades de saúde por mil habitantes, que a média nacional. As ocorrências sofreram pequena variação nas duas regiões de 2017 a em 2018 — queda de 0,34% e aumento de 1,47% — que pode ser justificada pela pequena quantidade em números absolutos, em relação ao total de óbitos fetais. Diferenças regionais também devem ser consideradas (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Entre os estados, São Paulo se destaca: 3.289 (16,37%) registros na série histórica, o que representa 43,8% das notificações da região. O total é superior ao das regiões Centro-Oeste e Sul, que somam 3.228 perdas gestacionais — 61 a menos. O estado ultrapassa em 24,58% a Região Norte. O pico de registros foi de 477 em 2014, o que representa 235,91% a mais que o menor nível, registrado em 2009.

---

cujo início é calculado a partir do fim da última menstruação. Em caso de aborto, o feto só recebe DO nessas condições.

<sup>14</sup> O DataSUS informa “nenhum registro selecionado” quando os dados são filtrados para gestações de até 20 semanas com morte do feto antes do parto.

<sup>15</sup> Exclui a subnotificação.

<sup>16</sup> A população do Brasil é de 211.943.243 de pessoas em 2020, das quais 89.108.830 estão no Sudeste.

<sup>17</sup> A Região Nordeste tem 57.422.585 de habitantes em 2020.

Depois, vêm Bahia (2.168 ou 10,79%), Minas Gerais (2104 ou 10,47%) e Rio de Janeiro (1859 ou 9,25%). Em 5º lugar, o Pará concentra 1402 abortamentos naturais — o equivalente a 53,1% da Região Norte. O maior registro do estado foi de 205 abortos espontâneos em 2012 (56,16% da região no ano) e o menor, 86 (43,21% da região no ano) em 2017. Assim, a taxa caiu 58,04% em cinco anos, desconsiderando a subnotificação. O pico do estado coincide com o do Norte.

Sozinha, a região tem quase o dobro de registros oficiais de aborto que o Centro-Oeste: 91% a mais. Contudo, também reúne os estados com menor total de notificações no período: RR (0,41%), Acre (0,42%), Rondônia (0,69%), Amapá (0,87%) e Tocantins (1,01%). Os dois primeiros contabilizaram menos de 100 registros numa década, abrindo margem para o subdiagnóstico.

Entre as explicações, estão a dificuldade de acesso a unidades de saúde, por causa da menor renda média da população. A clandestinidade leva à inexistência de registros confiáveis sobre aborto induzido e complica a investigação dele por meio de entrevistas hospitalares ou domiciliares, por exemplo.

Assim, “a criminalização reforça as desigualdades sociais e aumenta a vulnerabilidade às suas complicações, inclusive às mortes, atingindo preferencialmente mulheres negras, jovens, de baixa escolaridade, sem companheiro, estudantes ou trabalhadoras domésticas” (MENEZES *et al.*, 2020, p.2). Não foi possível minerar os abortamentos por cor e raça porque o DataSUS só publicou essa informação em 62 (0,3%) dos 20.087 casos registrados de 2009 a 2018 em todo o país (anexo 9).

Outra razão é a baixa densidade demográfica<sup>18</sup> — a menor do país — na região com o maior território, o que também pode dificultar o acesso à saúde, devido às longas distâncias. No Norte, moradores se concentram em grandes centros urbanos: os maiores são Belém (com 1.315 hab/km<sup>2</sup>, à frente de São Luís, Florianópolis e Brasília) e Manaus (158 hab/km<sup>2</sup>), sobretudo depois da instalação da Zona Franca, em 1967.

Sul e Centro-Oeste têm as menores taxas por região: 9,19% e 6,87%. Ambas podem ser explicadas pelos altos Índices de Desenvolvimento Humano (IDHMs) e acesso à saúde. O Distrito Federal, por exemplo, tem os melhores níveis de médicos, enfermeiros e unidades de

---

<sup>18</sup> É historicamente maior na região litorânea. Depois, a população passou a se interiorizar, fato intensificado pela transferência do Distrito Federal do Rio de Janeiro para o centro do país no fim da década de 1950. As maiores concentrações populacionais estão em Fortaleza (7.786 hab/km<sup>2</sup>), São Paulo (7.398 hab/km<sup>2</sup>) e Belo Horizonte (7.167 hab/km<sup>2</sup>). Os dados são de mapas interativos de densidade demográfica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no Censo de 2010. Disponível em: <https://mapasinterativos.ibge.gov.br/densidade/>. Acesso em: 8 set. 2020.

saúde de baixa e média complexidade por mil habitantes em todo o país. Também apresenta a 6ª menor taxa de abortos no país em relação a números absolutos: 1,14%.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que reúne indicadores de renda, educação e longevidade, era de 0,727 em 2010<sup>19</sup> no Brasil. As regiões Norte e Nordeste se encontravam abaixo da média nacional, com 0,683 e 0,659. As demais superaram o índice e apareceram quase empatadas: 0,753 no Centro-Oeste e no Sudeste e 0,756 no Sul.

**Tabela 1 – Quantidade de abortos por região e unidade federativa**

Região/UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Norte	169	182	293	365	353	338	233	255	199	253	2640
RO	8	8	11	21	21	19	9	17	14	11	139
AC	5	8	6	12	11	15	9	10	5	5	86
AM	33	31	73	75	59	81	54	53	47	45	551
RR	4	3	7	7	12	9	9	15	9	8	83
PA	105	116	157	205	197	160	107	128	86	141	1402
AP	5	6	17	15	23	24	26	19	16	25	176
TO	9	10	22	30	30	30	19	13	22	18	203
Nordeste	401	435	855	917	928	840	624	515	599	597	6711
MA	39	46	93	116	142	143	110	87	106	110	992
PI	24	36	47	65	60	50	26	27	34	31	400
CE	63	60	99	112	106	118	73	66	87	78	862
RN	21	21	40	48	64	42	37	48	61	43	425
PB	18	28	56	53	35	46	26	22	30	24	338
PE	57	64	164	145	139	96	72	59	75	68	939
AL	9	19	27	46	46	35	26	19	28	29	284
SE	17	21	36	48	42	38	34	19	21	27	303
BA	153	140	293	284	294	272	220	168	157	187	2168
Sudeste	462	466	870	977	994	1056	670	643	680	690	7508
MG	133	111	244	252	259	317	215	189	197	187	2104
ES	24	15	33	32	42	35	24	22	11	18	256
RJ	163	164	261	242	245	227	129	127	161	140	1859
SP	142	176	332	451	448	477	302	305	311	345	3289
Sul	105	134	203	240	291	249	158	149	144	174	1847
PR	49	67	70	113	149	110	71	46	48	74	797
SC	12	14	47	53	52	61	37	37	39	43	395
RS	44	53	86	74	90	78	50	66	57	57	655
Centro-Oeste	91	82	172	167	186	186	135	109	114	139	1381
MS	27	17	35	31	43	24	26	27	26	35	291

<sup>19</sup> São os números mais recentes, já que o de 2020 não foi obtido em razão da pandemia da covid-19. O índice vai de 0 a 1 e é calculado a cada 10 anos, com base no Censo do IBGE. O IDHM se diferencia do IDH mundial, do Programa das Nações Unidas (Pnud), porque se adapta ao contexto brasileiro e às dimensões municipais.

MT	17	16	44	37	44	42	39	30	29	28	326
GO	28	27	62	71	72	91	56	39	37	50	533
DF	19	22	31	28	27	29	14	13	22	26	231
Total	1228	1299	2393	2666	2752	2669	1820	1671	1736	1853	20087

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Dessa forma, o aborto espontâneo representa uma média de 6,38% dos óbitos fetais do Brasil de 2009 a 2018, com valores parecidos entre as regiões. A taxa foi maior de 2011 a 2014 em todas as cinco, com aumento em relação aos anos anteriores e queda nos subsequentes — ambos os extremos com ligeira estabilidade.

O pico do Norte (10,1%) foi em 2012, do Nordeste (8,38%) e do Sul (8,85%), em 2013, do Sudeste (8,72%) e do Centro-Oeste (8,2%), em 2014, numa variação de 1,9%. Todos eles correspondem às prevalências regionais obtidas em números absolutos, à exceção do Centro-Oeste, que registrou valores absolutos iguais em 2013 e em 2014.

A proporção média do período, no entanto, não corresponde à colocação obtida em relação aos números absolutos detalhados acima. A maior delas se encontra na Região Norte: 7,44%. Dentro dela, Amapá (9,18%), Pará (8,26%) e RR (7,47%) se sobressaem, com taxas acima da média da região e apresentam as maiores taxas do país — além do Rio Grande do Norte, com 7,77%.

Roraima, no entanto, registrou a menor quantidade de abortos espontâneos do país durante o período e Amapá, a 4ª menor. Esse estado, inclusive, computou a maior taxa nacional: 12,63% em 2014. O Pará tem os maiores números absolutos da região, sendo o 5º no país. Dessa forma, os baixos IDHM, renda e acesso à saúde podem contribuir para a elevação da taxa assim como a subnotificação.

O Acre apresenta uma distinção se comparado às demais unidades federativas: o piso histórico é de 2,75% em 2018, seis anos depois do maior valor: 8,33% em 2012. O Pará também é outra exceção, com o piso de 5,33% em 2017, quatro anos após o maior valor: 11,57% em 2013. Dada a baixa magnitude dos dados absolutos, a pesquisa se limita, em parte, ao não conseguir justificar tais discrepâncias.

Depois do Norte, vem o Sudeste: 6,46% dos óbitos fetais se apresentam como perdas espontâneas. A colocação foi puxada por Minas Gerais e Rio de Janeiro, ambos acima da média nacional. Os dados da região subiram de 2009 (4,45%, o menor valor da região) até 2012 (10,1%, o pico), quando começaram a decrescer, com exceção de 2018. A taxa subiu de 2009 a 2014 — com alta de 3,4 p.p de 2010 para 2011 — e caiu a partir do ano seguinte, com pequenas oscilações.

Assim como Acre e Pará, Espírito Santo e Rio de Janeiro também exibiram disparidades: o piso histórico foi de 2,2% em 2017 no estado capixaba — quatro anos depois do maior valor — e de 4,5% em 2015 no estado fluminense, dois anos após o pico. Não é possível explicar a variação pelo motivo explicitado anteriormente.

Em 3º lugar, a Região Nordeste apresenta 6,17% de abortamentos espontâneos dentre os óbitos fetais. A taxa mais que dobrou entre a menor, de 3,49% em 2009, e a maior: 8,38% em 2013. Oscilou nos anos seguintes até alcançar certa estabilidade de 2017 a 2018. Alagoas apresenta a menor taxa do país: 1,23% de abortos espontâneos em 2009, quando a série histórica foi iniciada.

Rio Grande do Norte (7,89 p.p), Sergipe (6,9 p.p) e Pernambuco (6,45 p.p) são os estados com maior variação em pontos percentuais. Os dois primeiros também possuem as maiores taxas médias da região. A Bahia indica a segunda menor variação do Nordeste: 4,97 p.p. O valor duplicou de 2010 a 2011 e manteve-se relativa estabilidade até 2014, quando os números passaram a retrair.

O Centro-Oeste notificou 6,1% de abortos naturais entre as mortes fetais de 2009 a 2018. Os números operaram em leve queda de 0,26 p.p. de 2009 a 2010 e mais que dobraram até atingirem o pico em 2014, com 8,2%. Mato Grosso do Sul foi o único da região a ultrapassar a média nacional.

A menor média está no Distrito Federal, que também apresenta os menores valores absolutos da região, além dos maiores números de médicos, enfermeiros e UTIs por mil habitantes no Brasil. No entanto, os valores chegaram a oscilar 4,93 p.p durante o período. A unidade federativa apresenta discrepância semelhante a outras quatro unidades federativas: o menor valor (3,29%) foi atingido em 2016, dois anos depois do pico, de 8,22%. Os pisos históricos foram registrados em 2008 ou 2009 na maioria das unidades federativas durante o período analisado.

O Sul exprime os menores valores da taxa no país. A disparidade na análise se encontra no Paraná, que registrou 11,12% de abortos espontâneos por óbitos fetais em 2013 — mais que o dobro da média regional. A variação no estado foi de 7,48 p.p. Santa Catarina, por sua vez, exhibe os pisos históricos da região: 1,9% em 2009 e 2,21% em 2010.

Entre as 27 unidades federativas, 11 têm taxas acima da média nacional durante o período: Amapá (9,18%), Pará (8,26%), Rio Grande do Norte (7,77%), Tocantins (7,5%), Roraima (7,47%), Minas Gerais (7,36%), Sergipe (7,01%), Bahia (6,94%), Rio de Janeiro (6,6%), Mato Grosso do Sul (6,5%) e Amazonas (6,41%).

Todas estão no Norte e no Nordeste, à exceção de Minas Gerais e de Mato Grosso do Sul. Nenhuma delas está no Sul, que concentra alguns dos registros mais baixos do país. São estados com menores IDHM e difícil acesso à saúde — com possível contagem maior entre casos mais severos, com complicações, *near miss* e até morte materna — o que pode contribuir para subnotificação devido a casos que não chegam a unidades ambulatoriais ou hospitalares.

Já os menores índices se encontram em Alagoas (4,4%), Espírito Santo (4,94%), Paraíba (5%), Rio Grande do Sul (5,4%) e Santa Catarina (5,45%) — nenhum no Norte ou no Centro-Oeste. As taxas não coincidem com o piso dos números absolutos, registrados na Região Norte. As hipóteses apontam, sobretudo, para a subnotificação: abortos ocorridos fora dos ambientes hospitalar e ambulatorial e sem complicações para as quais um suporte médico seria necessário. O acesso à saúde facilitado e os maiores IDHM e poder aquisitivo também podem explicar as baixas taxas dos estados do Sul.

**Tabela 2 — Taxa de abortos espontâneos por óbitos fetais**

Região/UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
<b>Norte</b>	<b>4,45%</b>	<b>5,55%</b>	<b>8,38%</b>	<b>10,1%</b>	<b>9,91%</b>	<b>9,28%</b>	<b>6,42%</b>	<b>7,5%</b>	<b>5,71%</b>	<b>7,01%</b>	<b>7,44%</b>
RO	3,11%	3,08%	4,42%	8,47%	8,71%	7,31%	3,44%	6,91%	5,74%	4,26%	5,5%
AC	3,25%	5,41%	3,95%	8,33%	5,76%	8,2%	4,89%	5,71%	3,13%	2,75%	5,14%
AM	3,79%	4,31%	9,64%	8,74%	7,34%	8,86%	5,48%	5,86%	5,27%	5,08%	6,41%
RR	4,3%	3,41%	7,95%	5,43%	9,23%	8,49%	9,09%	12,71%	6,87%	6,20%	7,47%
PA	5,43%	6,94%	9,01%	11,45%	11,57%	9,43%	6,59%	8,41%	5,33%	8,36%	8,26%
AP	2,79%	3,68%	8,25%	9,09%	11,17%	12,63%	13,33%	10,16%	7,88%	11,21%	9,18%
TO	2,91%	4,41%	7,31%	10,75%	10,45%	10,27%	6,76%	5,24%	9,21%	7,38%	7,5%
<b>Nordeste</b>	<b>3,49%</b>	<b>3,88%</b>	<b>7,68%</b>	<b>8,19%</b>	<b>8,38%</b>	<b>7,81%</b>	<b>5,5%</b>	<b>5,13%</b>	<b>5,87%</b>	<b>5,76%</b>	<b>6,17%</b>
MA	2,34%	2,77%	5,72%	7,41%	8,65%	8,55%	6,39%	5,9%	6,83%	7,07%	6,15%
PI	3,43%	5,06%	6,76%	9,35%	8,66%	7,56%	3,87%	4,37%	5,23%	4,82%	5,94%
CE	3,81%	3,57%	6,16%	6,97%	7,03%	8,07%	4,51%	4,77%	6,3%	5,26%	5,6%
RN	3,45%	3,76%	7,35%	9,09%	11,33%	8,43%	6,32%	8,68%	11,34%	8,78%	7,77%
PB	2,47%	4,08%	7,9%	7,75%	5,23%	6,8%	3,96%	3,3%	4,75%	3,69%	5%
PE	3,37%	4,12%	9,82%	8,62%	8,24%	5,87%	4,06%	3,87%	4,96%	4,38%	5,77%
AL	1,23%	2,98%	3,95%	6,75%	6,82%	5,38%	3,85%	3,63%	4,89%	4,6%	4,4%
SE	3,44%	4,45%	8,18%	10,34%	10,05%	8,9%	7,59%	5,15%	5,33%	6,82%	7,01%
BA	4,75%	4,32%	9,29%	8,63%	9,13%	8,87%	6,87%	5,73%	5,29%	6,3%	6,94%
<b>Sudeste</b>	<b>4,01%</b>	<b>4,2%</b>	<b>7,6%</b>	<b>8,1%</b>	<b>8,46%</b>	<b>8,72%</b>	<b>5,5%</b>	<b>5,64%</b>	<b>5,95%</b>	<b>6,14%</b>	<b>6,46%</b>
MG	4,59%	3,96%	8,51%	8,7%	9%	10,56%	7,12%	6,85%	7,11%	6,93%	7,36%
ES	4,67%	3,14%	5,95%	6,32%	7,55%	6,47%	4,29%	4,46%	2,2%	3,71%	4,94%
RJ	5,79%	6,22%	9,36%	8,21%	8,77%	7,62%	4,5%	4,72%	5,56%	5,1%	6,6%
SP	2,67%	3,4%	6,34%	7,9%	8,12%	8,54%	5,26%	5,59%	5,92%	6,49%	6,05%
<b>Sul</b>	<b>3,36%</b>	<b>4,14%</b>	<b>6,24%</b>	<b>7,41%</b>	<b>8,85%</b>	<b>7,38%</b>	<b>4,66%</b>	<b>4,7%</b>	<b>4,52%</b>	<b>5,62%</b>	<b>5,71%</b>
PR	3,64%	4,8%	5%	8,48%	11,12%	8,26%	5,16%	4,01%	4,07%	6,53%	6,14%
SC	1,9%	2,21%	7,36%	7,84%	6,85%	7,81%	4,74%	4,74%	4,94%	5,56%	5,45%

RS	3,82%	4,39%	7,08%	6,01%	7,57%	6,18%	4,06%	5,31%	4,69%	4,79%	5,4%
<b>Centro-Oeste</b>	<b>4,14%</b>	<b>3,88%</b>	<b>7,53%</b>	<b>7,88%</b>	<b>8,04%</b>	<b>8,2%</b>	<b>5,55%</b>	<b>4,95%</b>	<b>4,89%</b>	<b>5,87%</b>	<b>6,1%</b>
MS	5,65%	3,94%	7,49%	7,77%	9,27%	5,33%	5,69%	6,34%	5,42%	8,22%	6,5%
MT	3,17%	3,3%	8,35%	7,69%	8,26%	8,4%	6,87%	5,67%	5,44%	5,19%	6,23%
GO	3,66%	3,45%	7,06%	8,24%	7,61%	9,42%	5,67%	4,58%	4,03%	5,05%	5,96%
DF	4,57%	5,28%	7,52%	7,43%	7,32%	8,22%	3,33%	3,29%	5,49%	6,31%	5,82%
<b>Total</b>	<b>3,82%</b>	<b>4,2%</b>	<b>7,57%</b>	<b>8,27%</b>	<b>8,61%</b>	<b>8,3%</b>	<b>5,52%</b>	<b>5,53%</b>	<b>5,67%</b>	<b>6,04%</b>	<b>6,37%</b>

Fonte: a autora, com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A taxa de aborto pelo total de gravidezes indica que só 0,07% das gestações terminaram em aborto espontâneo de 2009 a 2018 no Brasil embora estudos apontem que a taxa alcance de 15% a 20% no mundo — a maioria antes de 12 semanas. Entre as causas apontadas estão má formação do zigoto e parada cardíaca do feto antes dos sintomas de abortamento (HARVARD HEALTH PUBLISHING, 2019).

Em geral, os valores foram pouco discrepantes na série histórica. Amapá (0,11%), Pará (0,1%) e Bahia (0,1%) têm os maiores índices no acumulado, enquanto Santa Catarina (0,04%), o menor. A taxa mais alta foi de 0,17% no Amapá em 2015 e a mais baixa, de 0,01% em Santa Catarina em 2009. Índices tão baixos revelam o abismo da subnotificação de abortos no país. O abortamento pode ser considerado comum do ponto de vista estatístico ou da saúde pública, mas não para as mães, como se vê na reportagem aqui produzida.

Em casos de perdas precoces, é possível que a gravidez fosse desconhecida e a perda, confundida com uma menstruação atrasada de maior fluxo. Mulheres que passam por esse tipo de situação nem sabem que estão grávidas. Assim, muitas vezes, não vivenciam processos de perda, de luto e de estigma associados ao aborto. Para outras, a gravidez já era conhecida desde o início. Nesse sentido, o produto aqui desenvolvido também inclui esses tipos de casos, a fim de retratar a pluralidade de histórias.

**Tabela 3 – Taxa de abortos por região e unidade federativa**

Região/UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Norte	0,05%	0,06%	0,09%	0,12%	0,11%	0,11%	0,07%	0,08%	0,06%	0,08%	0,08%
RO	0,03%	0,03%	0,04%	0,08%	0,08%	0,07%	0,03%	0,06%	0,05%	0,04%	0,05%
AC	0,03%	0,05%	0,03%	0,07%	0,06%	0,09%	0,05%	0,06%	0,03%	0,03%	0,05%
AM	0,04%	0,04%	0,10%	0,10%	0,07%	0,10%	0,07%	0,07%	0,06%	0,06%	0,07%
RR	0,04%	0,03%	0,07%	0,07%	0,11%	0,08%	0,08%	0,13%	0,08%	0,06%	0,08%
PA	0,07%	0,08%	0,11%	0,15%	0,14%	0,11%	0,07%	0,09%	0,06%	0,10%	0,10%



AP	0,03%	0,04%	0,11%	0,10%	0,15%	0,15%	0,17%	0,12%	0,10%	0,16%	0,11%
TO	0,04%	0,04%	0,09%	0,12%	0,12%	0,12%	0,08%	0,05%	0,09%	0,07%	0,08%
Nordeste	0,05%	0,05%	0,10%	0,11%	0,11%	0,10%	0,07%	0,06%	0,07%	0,07%	0,08%
MA	0,03%	0,04%	0,08%	0,10%	0,12%	0,12%	0,09%	0,08%	0,09%	0,09%	0,08%
PI	0,05%	0,07%	0,09%	0,14%	0,13%	0,10%	0,05%	0,06%	0,07%	0,06%	0,08%
CE	0,05%	0,05%	0,08%	0,09%	0,08%	0,09%	0,06%	0,05%	0,07%	0,06%	0,07%
RN	0,04%	0,04%	0,08%	0,10%	0,14%	0,09%	0,08%	0,11%	0,13%	0,09%	0,09%
PB	0,03%	0,05%	0,10%	0,09%	0,06%	0,08%	0,04%	0,04%	0,05%	0,04%	0,06%
PE	0,04%	0,05%	0,12%	0,10%	0,10%	0,07%	0,05%	0,05%	0,06%	0,05%	0,07%
AL	0,02%	0,04%	0,05%	0,09%	0,09%	0,07%	0,05%	0,04%	0,06%	0,06%	0,05%
SE	0,05%	0,06%	0,10%	0,14%	0,12%	0,11%	0,10%	0,06%	0,06%	0,08%	0,09%
BA	0,07%	0,07%	0,14%	0,14%	0,14%	0,13%	0,11%	0,08%	0,08%	0,09%	0,10%
Sudeste	0,04%	0,04%	0,08%	0,08%	0,09%	0,09%	0,06%	0,06%	0,06%	0,06%	0,07%
MG	0,05%	0,04%	0,09%	0,10%	0,10%	0,12%	0,08%	0,07%	0,08%	0,07%	0,08%
ES	0,05%	0,03%	0,06%	0,06%	0,08%	0,06%	0,04%	0,04%	0,02%	0,03%	0,05%
RJ	0,08%	0,08%	0,12%	0,11%	0,11%	0,10%	0,05%	0,06%	0,07%	0,06%	0,08%
SP	0,02%	0,03%	0,05%	0,07%	0,07%	0,08%	0,05%	0,05%	0,05%	0,06%	0,05%
Sul	0,03%	0,04%	0,05%	0,06%	0,08%	0,06%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,05%
PR	0,03%	0,04%	0,05%	0,07%	0,10%	0,07%	0,04%	0,03%	0,03%	0,05%	0,05%
SC	0,01%	0,02%	0,05%	0,06%	0,06%	0,07%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%
RS	0,03%	0,04%	0,06%	0,05%	0,06%	0,05%	0,03%	0,05%	0,04%	0,04%	0,05%
Centro-Oeste	0,04%	0,04%	0,08%	0,07%	0,08%	0,08%	0,05%	0,05%	0,05%	0,06%	0,06%
MS	0,07%	0,04%	0,08%	0,07%	0,10%	0,05%	0,06%	0,06%	0,06%	0,08%	0,07%
MT	0,04%	0,03%	0,09%	0,07%	0,08%	0,07%	0,07%	0,06%	0,05%	0,05%	0,06%
GO	0,03%	0,03%	0,07%	0,08%	0,08%	0,09%	0,06%	0,04%	0,04%	0,05%	0,06%
DF	0,04%	0,05%	0,07%	0,06%	0,06%	0,06%	0,03%	0,03%	0,05%	0,06%	0,05%
Total	0,04%	0,05%	0,08%	0,09%	0,09%	0,09%	0,06%	0,06%	0,06%	0,06%	0,07%

Fonte: a autora, com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Referência quando o tema é mensuração do aborto no Brasil, a *Pesquisa Nacional do Aborto 2016* mostra que uma a cada cinco mulheres de 18 a 39 anos, moradoras de áreas urbanas, já realizou pelo menos um aborto. A taxa sobe para 29% entre as mulheres se considerar só as de 12 a 19 anos e 28% para as de 20 a 24 anos — o que coincide com os

períodos de maior atividade reprodutiva feminina — e cai para menos de 13% a partir dos 25 anos (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

O aborto no Brasil é comum e ocorreu com frequência entre mulheres comuns, isto é, foi realizado por mulheres: a) de todas as idades (ou seja, permanece como um evento frequente na vida reprodutiva de mulheres há muitas décadas); b) casadas ou não; c) que são mães hoje; d) de todas as religiões, inclusive as sem religião; e) todos os níveis educacionais; f) trabalhadoras ou não; g) de todas as classes sociais; h) de todos os grupos raciais; i) em todas as regiões do país; j) em todos os tipos e tamanhos de município (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, p. 656)

A Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 aponta que 11% dos abortos no Brasil foram realizados em 2015 — o equivalente a 1% das 2.002 participantes do estudo. Os anos de ocorrência dos outros 89% são desconhecidos. A taxa de internações por aborto reduzir entre a PNA 2010 e a PNA 2016, o que sugere que mulheres têm usado métodos mais seguros, como o Cytotec. Contudo ainda se observa que metade delas precisou ser internada para concluir o aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Produzir um resultado para todo o Brasil requer extrapolação. [...] Por um lado, as taxas de aborto são maiores nos municípios com mais de 100 mil habitantes (13%) do que nos com menos de 20 mil (11%), o que sugere taxas menores nas áreas rurais; por outro, são bem maiores entre mulheres com baixa escolaridade, isto é, até quarta série (22%), do que entre aquelas com nível médio ou superior (11%), indicativo de que as taxas são provavelmente maiores entre as analfabetas. [...] A estimativa por métodos indiretos, baseada em internações hospitalares por complicações de aborto, concluiu que houve tendência de declínio na taxa de abortos inseguros no Brasil entre 1996 e 2012<sup>17</sup>. Isto poderia estar associado a dois fatores, uma diminuição no número de abortos ou uma redução da necessidade de internação para tratar as complicações do aborto. A comparação das PNA corrobora a segunda hipótese, isto é, a taxa de aborto permanece estável, mas as internações se tornaram menos frequentes (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, pgs. 655 e 656).

Há inconsistências em relação às causas do aborto espontâneo. Na reportagem originada a partir desta pesquisa, não foi possível especificar o que levou à perda gestacional na maioria dos casos. Um óbito logo após o parto pode vir a ser classificado como tal. Para reduzir as chances de discrepâncias neste estudo, os dados anuais de abortos espontâneos (tabela 1) foram discriminados por unidade federativa. Depois, pelas causas do óbito (anexo 1), em que nenhum tipo de abortamento é citado. Contudo, tamanha subnotificação torna difícil determiná-las.

Os óbitos fetais podem ser divididos entre os de causas evitáveis, mal-definidas e demais, que não são claramente evitáveis (MALTA *et al.*, 2010). De acordo com os autores, a primeira pode ser reduzida por imunoprevenção, atenção à mulher na gravidez e no parto e também ao feto e ao recém-nascido, além de ações de atenção e de promoção à saúde.

O presente trabalho apresenta que a maioria das mortes fetais foi de causa não especificada (P95): 5.021 casos (24,99%), fato corroborado durante as entrevistas da reportagem, com mulheres que sofreram aborto espontâneo. Entre as justificativas, estão o

desconhecimento da razão da morte fetal — o diagnóstico nem sempre é possível, sobretudo em perdas precoces — e a subnotificação. É o caso de um aborto induzido ser registrado como natural, por exemplo.

Falhas no preenchimento de informações do prontuário ou de transcrição dos dados para o SIM também podem interferir negativamente para o registro. Conforme Malta *et al.* (2010), é uma causa de morte fetal mal-definida assim como afecções originadas no período perinatal, não especificadas (P96.9). Portanto, não há informações suficientes para classificá-los como evitáveis ou reduzíveis.

A hipóxia intra-uterina (P20) se dá quando falta oxigenação para o feto, podendo levar ao sofrimento fetal. É a segunda causa *mortis* de maior incidência: 5.013 abortos espontâneos, o equivalente a 24,95% dos casos — quase um empate. Poderia ser evitada na maioria dos casos, embora nem sempre possa ser prevista ou avaliada previamente pela equipe médica (CORDOBA *et al.*, 2011).

A terceira maior causa é de feto e recém-nascido<sup>20</sup> afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas (P02). Contabiliza 15,77% do total no período. É seguida por feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez (P01), com 9,62%, e por feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual (P00), com 9,4%.

Os três são categorizados como mortes fetais evitáveis, já que a taxa poderia ser reduzida tivesse havido atenção adequada à mulher durante a gestação (MALTA *et al.*, 2010). De 78 causas de óbitos fetais até 22 semanas de gravidez e antes do parto, 37<sup>21</sup> tiveram menos de 5 registros de 2009 a 2018 em todo o país. Uma das possíveis explicações é que a causa da morte fetal não foi especificada nesses casos ou que o óbito foi constatado depois do período de gestação especificado. Contudo, não foram consideradas para a análise do estudo dada a baixa magnitude dos números absolutos.

Em relação às idades das mães (anexo 8), a maior quantidade de perdas gestacionais foi registrada entre mulheres de 20 a 24 anos: 4.589 (22,84%). As jovens de 15 a 19 anos aparecem em seguida, quase empatadas, com 4.138 (20,6%). Depois, vêm as mulheres de 25 a 29 anos, com 3.736 (18,59%), e as de 30 a 34 anos, com 3.055 (15,2%). O número na faixa etária de 35 a 39 anos, assim como o total de gestações, chegou a 1.899 (9,45%).

---

<sup>20</sup> O termo foi mantido para respeitar a padronização da classificação do CID-10, mas os recém-nascidos foram excluídos da análise, que só inclui fetos de até 22 semanas que morreram antes do parto.

<sup>21</sup> São elas: P08, P10, P11, P13, P25, P26, P28, P54, P74, P77, P78, Q01, Q02, Q21, Q23, Q26, Q27, Q28, Q34, Q35, Q39, Q41, Q43, Q44, Q45, Q55, Q56, Q62, Q76, Q77, Q78, Q92, Q93, Q97 e Q98.

### 2.3 Mortalidade materna

É definida como a morte da mulher durante a gravidez ou até um ano depois do parto, independente da duração da gestação e com causa da morte vinculada à maternidade, exceto acidentes e incidentes (OMS, 1994). O indicador ajuda a medir a saúde da população feminina. A mensuração, no entanto, costuma ser subestimada, o que leva à necessidade de realização de estimativas. Os dados variam entre localidades e dependem dos níveis de escolaridade, habitação, acesso a serviços (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000).

Há poucos estudos sobre aborto, principalmente onde o ato é criminalizado. Além da estigmatização da mulher que aborta — até mesmo de forma espontânea —, a ilegalidade leva ao aumento da morbimortalidade, sobrecarrega o sistema de saúde e reduz a produtividade feminina. Por isso, o aborto inseguro tem relação direta com a morte materna: a subestimação das estatísticas revela o silêncio e a subnotificação em torno do ato (CECATTI *et al.*, 2010).

Sabidamente, óbitos maternos são especialmente afetados pela subnotificação. [...] O cálculo de medidas de mortalidade materna depende, por isso, da proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, da confirmação das causas de óbitos como maternas e da incorporação de novos casos ao sistema oficial de informação (MENEZES *et al.*, 2020, p. 8).

Apesar de a reportagem realizada como produto neste TCC não focar na mortalidade materna, o tema faz parte da pesquisa, uma vez que o aborto representa causa significativa de mortalidade materna, a qual, muitas vezes, não é atribuída ou relacionada ao ato. Por isso, há dificuldade em classificar a morte materna, por causa do subdiagnóstico, o que se intensifica quando a causa é o aborto ou as complicações dele, sobretudo em casos induzidos. Desse modo, o Ministério da Saúde implantou fatores de correção para estimar dados de causa<sup>22</sup> de óbitos maternos a partir de 2017 (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

É possível que a falta de correção da causa básica qualificada pela investigação comprometa a identificação de óbitos maternos, contribuindo para a subnotificação. Os mesmos determinantes que condicionam a subnotificação de óbitos maternos em geral se aplicam aos óbitos por aborto registrados no SIM, especialmente aqueles relacionados ao aborto induzido. Outros fatores poderiam se somar, como fatores legais, religiosos, éticos, familiares etc. Esses fatores poderiam interferir na determinação e identificação da causa do óbito por aborto (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020, p. 9).

Dessa forma, o estudo contabiliza que pelo menos 723 mulheres tiveram o aborto (ou complicações de gravidez ectópica) como causa básica da morte de 2009 a 2018 no Brasil. Do total, mais da metade (52,42%) foi por aborto do tipo não especificado, o que indica não só

---

<sup>22</sup> A portaria nº 653 de 28 de maio de 2003 obriga a identificação da causa da morte de mulheres em idade fértil.

subnotificação, mas também falhas no preenchimento e na transcrição de informações dos prontuários. Também pode incluir casos em que não é possível definir o tipo de abortamento.

É seguido pelo abortamento espontâneo, com 18,67%. A terceira são outros tipos de aborto (14,1%). A indefinição possivelmente se dá por falta de dados no prontuário, mas não pode conter abortamentos provocados que não foram reportados como tais. Por último, registra-se a falha na tentativa de aborto (13,13%) — a única que se refere oficialmente ao aborto induzido. Todavia, a categoria exclui mortes decorrentes de abortos clandestinos em que as pacientes não passaram por ambulatório ou hospital.

**Tabela 4 — Mortalidade materna por aborto no país**

Tipo de aborto	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Espontâneo	8	5	8	13	13	14	16	11	23	24	135
Razões médicas e legais	0	1	1	0	1	0	3	1	1	2	10
Outros tipos	10	16	10	11	10	12	5	15	5	8	102
Não especificado	56	48	49	40	45	25	34	21	34	27	379
Falha na tentativa	24	9	9	5	10	4	14	8	5	7	95
Complicações após gravidez ectópica <sup>23</sup> ou molar <sup>24</sup>	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Total	98	79	77	69	79	55	72	57	69	68	723

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Foram 18.393 mortes maternas, incluindo registros tardios, no período no Brasil. Assim, os dados oficiais mostram que só 3,93% das mortes maternas tiveram o aborto como causa básica do óbito. Os números, no entanto, excluem outras causas básicas de mortalidade em que o aborto consta no prontuário.

“No Brasil, persiste uma importante subnotificação das mortes por aborto, já que muitos óbitos devido à septicemia e hemorragia decorrentes de complicações de abortamentos não são devidamente computados<sup>7</sup>” (CECATTI *et al.*, 2014, p. 106). Se contabilizar os 1.299 casos de hemorragia no país, o total aumenta para 2.002 — o equivalente a 10,88%. Não há registros do termo “septicemia” no CID-10 de mortalidade materna (anexo 11).

O aborto é considerado uma das causas mais mal declaradas de mortalidade materna<sup>47</sup>, e há diferenças segundo a utilização da causa básica ou das causas associadas no cálculo da razão de mortalidade materna (RMM). Estudos recentes estimam um aumento de 30-40% na RMM por aborto quando utilizadas as causas múltiplas<sup>56,57</sup>. Considerando a ilegalidade da prática, é possível que a demora na assistência e as complicações que resultam em mortes após 42 dias (mortes tardias) facilitem a sua omissão como causa básica na DO, favorecendo a subnotificação do aborto como

<sup>23</sup> Gestação desenvolvida fora do útero. Geralmente, o óvulo se instala nas trompas de falópio, que ligam o útero aos ovários.

<sup>24</sup> Tumor benigno que se origina a partir de uma gravidez não-viável. Pode ou não haver embrião.

causa do óbito materno. Além disso, causas violentas de morte, como homicídio e suicídio, potencialmente associadas à gravidez, podem estar subnotificadas, já que não compõem o numerador do cálculo da RMM<sup>58</sup> (MENEZES *et al.*, 2020, p. 8).

A lei permite o aborto em casos de estupro, de risco de vida para a mulher a partir de 1940 desde que haja consentimento da gestante ou de um responsável legal se ela for menor de idade. O médico que realizar o abortamento nesses casos não pode ser punido (BRASIL, 1940). Um inciso foi acrescentado ao decreto também isentando o médico que praticá-lo em casos de anencefalia (BRASIL, 2004).

Dessa forma, os casos descriminalizados no país — aborto por razões médicas e legais, o que também os resultantes de gravidez ectópica ou molar — representam, juntos, 1,65% do total de mortes maternas. A proporção de baixa magnitude pode indicar que a segurança no procedimento, isto é, realizado em ambiente equipado e com assistência médica, reduz a mortalidade materna em casos de abortamento.

As políticas brasileiras, inclusive as de saúde, tratam o aborto sob uma perspectiva religiosa e moral e respondem à questão com a criminalização e a repressão policial. A julgar pela persistência da alta magnitude, e pelo fato do aborto ser comum em mulheres de todos os grupos sociais, a resposta fundamentada na criminalização e repressão tem se mostrado não apenas inefetiva, mas nociva. Não reduz nem cuida: por um lado, não é capaz de diminuir o número de abortos e, por outro, impede que mulheres busquem o acompanhamento e a informação de saúde necessários para que seja realizado de forma segura ou para planejar sua vida reprodutiva a fim de evitar um segundo evento desse tipo (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, p. 659).

A mortalidade materna tardia compreende do início do puerpério até um ano depois do parto. Não há registros de óbitos do tipo relacionados a qualquer tipo de aborto de 2009 a 2018 no país. Não é possível, portanto, afirmar que a ocorrência de um abortamento não tenha contribuído para a morte materna nesses casos, já que não é apresentado como causa básica do óbito. Em relação ao perfil das mulheres que morrem por aborto, tem-se que:

**Tabela 5 — Mortalidade materna por cor e raça**

Cor/raça	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Branca	36	28	22	15	29	19	22	21	21	18	231
Preta	8	9	7	14	6	3	5	6	8	5	71
Amarela	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Parda	46	39	42	37	39	30	37	26	37	42	375
Indígena	-	-	-	1	2	1	2	-	1	3	10
Ignorado	8	3	6	2	3	2	5	4	2	-	35
Total	98	79	77	69	79	55	72	57	69	68	723

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Mais da metade (51,86%) das mulheres que tiveram o aborto como causa básica da morte de 2009 a 2018 no Brasil são pardas. Óbitos de mulheres negras representam 9,82%. Se somados, a taxa sobe para 61,68%: mais de 6 a cada 10 mulheres que morrem por aborto são negras ou pardas. Entre as indígenas, há baixa magnitude de registros de mortalidade — são 10 (1,38%) em todo o país ao longo da década.

O fato pode ser explicado pela realização do aborto sem complicações fora do ambiente ambulatorial ou hospitalar e pela longa distância das aldeias em relação a unidades de saúde quando o atendimento médico é necessário, o que pode agravar a posterior subnotificação em relação à causa da morte. Conforme Diniz, Medeiros e Madeiro (2017), mulheres negras, indígenas e pobres também respondem pelas maiores taxas de aborto, sobretudo os clandestinos.

A criminalização da prática a torna mais insegura para essas parcelas da população feminina, que não têm dinheiro para procurar uma clínica segura — e também ilegal — e buscam atendimento médico em casos graves, como os de *near miss*. O menor poder aquisitivo também dificulta o acesso à saúde. Também há subnotificação significativa. Depois das pardas, as mulheres brancas representam 31,95%.

Só há um registro de morte materna por aborto na etnia amarela, o que pode indicar não só subnotificação, mas também inconsistência no preenchimento dos dados. Os registros ignorados somam 4,84% — mais que a soma das etnias indígena e amarela — e foram desconsiderados da análise. A falta de dados deve ter se originado em falhas e inconsistências no preenchimento dos prontuários ou na revisão e posterior transferência das informações para a plataforma do DataSUS.

**Tabela 6 — Mortalidade materna por faixa etária detalhada**

Faixa etária	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
10 a 14 anos	-	1	1	1	-	1	-	3	1	1	9
15 a 19 anos	7	15	15	10	16	5	9	7	13	12	109
20 a 24 anos	23	15	15	20	11	12	15	7	10	14	142
25 a 29 anos	26	25	20	14	19	15	22	16	19	8	184
30 a 34 anos	18	16	14	8	11	13	16	11	15	16	138
35 a 39 anos	17	6	9	9	12	7	7	9	9	10	95
40 a 44 anos	6	1	3	6	8	1	2	4	1	6	38
45 a 49 anos	-	-	-	1	2	1	1	-	1	1	7
50 a 54 anos	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	98	79	77	69	79	55	72	57	69	68	723

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

O risco de mortalidade materna aumenta conforme o avanço da idade reprodutiva das mulheres. A análise mostra que o número de óbitos maternos por aborto é maior na faixa etária de 25 a 29 anos, considerada o auge da vida reprodutiva feminina: 184, isto é, 25,44% do total. Em seguida, estão as gestantes de 20 a 24 anos, com 142 registros (19,64%), e as de 30 a 34 anos: 138 (19,08%).

Jovens de 15 a 19 anos, cujos corpos ainda estão em desenvolvimento, estão em quarto lugar na lista de mortalidade: 109 óbitos (15,07%). Depois, vêm as mulheres de 35 a 39 anos, com 95 (13,13%) e as de 40 a 44 anos: 38 (5,25%). Nessa faixa etária, as mulheres começam a se aproximar da menopausa e, portanto, o número de gestações cai (anexo 10).

Pelo menos 9 garotas de 10 a 14 anos foram vítimas da mortalidade materna — o equivalente a 1,24%. O termo parece não se encaixar quando aplicado a essa faixa etária, na qual, por lei, as gestações resultam de estupro. A legislação define que garotas de até 14 anos não podem consentir uma relação sexual. Logo, estão amparadas pelo decreto que autoriza o aborto nesse tipo de situação (BRASIL, 1940). Grávidas de 50 a 59 anos representam 0,11% das mortes, com 22 ocorrências.

Juntas, mulheres de 50 a 54 anos e de 55 a 59 anos somaram 8 registros (1,1%). Tais proporções de baixa magnitude, sobretudo em comparação às demais, podem ser explicadas pelo menor número de gestações notificadas e pela maior prevalência da menopausa. Nenhuma mulher teve a idade ignorada no registro do prontuário ou no DataSUS. Também não houve discrepâncias consideráveis ao longo dos anos na série histórica que justificassem uma análise mais aprofundada.

Com base nesses dados e conceitos, pode-se afirmar que “o aborto pode estar associado a um evento reprodutivo individual, mas a prática de aborto está enraizada na vida reprodutiva das mulheres e responde à forma como a sociedade brasileira se organiza para a reprodução biológica e social” (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, p. 656).



### 3 Luto onde haveria maternidade

O luto perinatal é definido por Iaconelli (2007) pela elaboração da perda de um bebê durante a gravidez ou quando recém-nascido, num processo geralmente invisibilizado na sociedade, visto como sentimento a ser evitado. Prefere-se negar e racionalizar a perda a se permitir sentir a dor e a angústia. Além disso, dor da perda aflora mais intensamente por falta de apoio social, quando é o caso do aborto espontâneo (MUZA *et al.*, 2013). A reportagem proposta neste projeto sobre mulheres que sofreram aborto espontâneo se centra nessa questão, além da vivência das mulheres que sofreram a perda gestacional espontânea.

Assim, a perda de um (a) filho (a) inverte o ciclo da vida: nascer, crescer, envelhecer e morrer. Deixa os pais perdidos, sem amparo ou alicerce em relação à morte ou compreensão sobre o fato. “A morte invade as maternidades e espaços onde não costuma, normalmente, ser pensada” e necessita de “trabalho de elaboração psíquica bastante singular” (AGUIAR; ZORNIG, 2016, p. 265). Outra questão abordada na reportagem aqui produzida é sobre como as mães que perderam um filho elaboraram — e até superaram — a perda.

A morte do filho inverte as expectativas das perdas pressupostas na vida – morte dos pais, dos mais velhos –, deixando os pais sem referências temporais. Há algo do mais profundo desamparo nessa vivência. Não há como inscrever essa perda no psiquismo, pois ela é sistematicamente desautorizada pelo outro. Não há como compartilhar desse luto no senso comum da modernidade, ficando os pais duplamente desamparados: pelo bebê e pelos adultos (MUZA *et al.*, 2013, pgs. 37 e 38).

Mesmo assim, os pais precisam encontrar o lugar psíquico do bebê nas próprias vidas para poderem lidar e só então superar a experiência. É preciso desmistificar a morte e oferecer suporte emocional, com os devidos cuidados psicológicos. Assim, apropriar-se da experiência seria viver o luto. Acolhimento e redes de apoio se mostram fundamentais. “A perda perinatal é avassaladora para as famílias enlutadas, principalmente quando não têm um apoio social e profissional” (MUZA *et al.*, 2013, p. 46).

Para Quayle (1997), a intensidade da reação feminina frente à perda também depende do grau de investimento na gestação e depende de características pessoais. Estudo da autora não encontrou relações entre o período da gestação em que o aborto ocorreu e intensidade do luto. A lembrança dos acontecimentos também se mostrou nítida e detalhada entre as participantes. A falta de explicações e causas para o aborto também dificultam o processamento da perda. É um esvaziamento físico e psíquico.

O ciclo gravídico-puerperal compreende três fases primordiais de transição e desenvolvimento psíquico da mulher: puberdade, gestação e menopausa. Na gravidez, é

experimentada a crise normativa, determinado por profundas mudanças metabólicas, que pode se estender ao puerpério para a assimilação da nova realidade materna e da relação com a criança. Não é o caso do aborto espontâneo, que encerra a gestação abruptamente. Inscrita no ciclo, essa perda reflete aspectos físicos, psicológicos e socioculturais (QUAYLE, 1997).

A dor que envolve a perda é uma das maiores que existe. O filho que perde os pais é órfão, o marido que perde a esposa é viúvo. Porém, a dor dos pais que perdem um filho não tem nome, não tem cor, não é enxergada (AGUIAR; ZORNIG, 2016). Arantes (2012) divide o sofrimento em cinco tipos: físico (o mais urgente a ser tratado), emocional (de múltiplas dimensões, carrega a busca por entendimento), social, familiar e espiritual (diferente de religiosidade, busca sentido na existência).

A autora defende a ideia de que “a morte é um dia que vale a pena viver”<sup>25</sup>. No entanto, a sociedade ainda vive o tabu da morte e sente dificuldades para lidar com o vazio da não existência, o que se reflete na tendência sociocultural de subestimar a dor e apagar o luto. Pessoas próximas podem vir a apagar vestígios do filho que não sobreviveu: desfazer o quarto e doar o enxoval são exemplos desse tipo de ação. A tentativa de apagar o acontecimento, porém, tem efeito contrário (AGUIAR; ZORNIG, 2016).

O feto ou o bebê carregava projeções, representações e expectativas que não se tornaram reais — ou realizadas. Assim, o que os pais experimentam passa pela irrealidade, pelo vazio e pela solidão exacerbada (QUAYLE, 1997). O silenciamento, o apagamento das lembranças e o tabu dificultam o processo de luto e a elaboração da perda (AGUIAR; ZORNIG, 2016).

O sentimento pode ser escondido, deixado à margem, pelos próprios pais. “É como se o bebê nunca tivesse existido. Espera-se um período de tristeza, mas normalmente não se atribui o mesmo status de morte de filho” (AGUIAR; ZORNIG, 2016, p. 265). Um ponto a se observar, por exemplo, no produto desenvolvido aqui é que lugar esse filho ocupa, hoje, na vida das mães entrevistadas?

“Os pais não dispõem de espaços, nem de tempo para dividir efetivamente sua dor por seu bebê morto, já que, para a maioria, ele nem chegou a existir” (AGUIAR; ZORNIG, 2016, p. 267). As mães que perdem os filhos durante a gestação podem buscar aparentar que estão menos abaladas com o fato para tentar minimizar os sentimentos envolvidos. Lembrar menos seria, então, minimizar a dor (LEMOS; CUNHA, 2015).

Quayle (1997) afirma que as marcas e as cicatrizes deixadas pela perda se tornam mais dolorosas quanto mais difícil é pedir ajuda. Ademais, a falta de acolhimento presente em

---

<sup>25</sup> O conceito nomeia o livro e o TEDx *A morte é um dia que vale a pena viver*, da geriatra Ana Claudia Quintana Arantes. Aqui, o conceito baseado no trabalho com cuidados paliativos se extrapola para o luto fetal.

comentários como “foi melhor assim” ou “da próxima vez dá certo” intensificam a solidão do luto e dificultam a elaboração.

Também não há suporte legal<sup>26</sup> para reconhecer a existência do feto abortado como ser humano. Ignora-se o luto materno. “O que fica após a perda gestacional é o confronto com o vazio deixado por um bebê que não vai mais existir, cujos últimos vestígios foram eliminados pelos procedimentos médicos, sobretudo quando a perda ocorre nos primeiros meses da gestação” (LEMOS; CUNHA, 2015, p. 1134).

A ausência de sinais que marquem a presença da maternidade/promessa, do filho morto, a ausência de recordações e de momentos partilhados com o que se foi, parecem constituir-se em fatores complicadores da resolução do processo de luto. À perda, socialmente negada ou desvalorizada, sobrepõe-se a fantasia/fantasma do que seria, do que poderia ter sido e jamais será. [...] Da mesma maneira que é negada cidadania a seu filho, como lhe é negada a existência, é negado sentido à dor psíquica da mulher que sofre abortamentos espontâneos (QUAYLE, 1997, pgs. 25 e 26).

A tentativa de silenciamento da perda se caracteriza pela invisibilização da dor por um (a) filho (a) que não chegou a nascer — ou sobreviveu por poucas horas ou dias. Rituais fúnebres podem, então, ajudar os pais e demais entes queridos, especialmente cuidadores próximos, como avós e irmãos, no processo, já que oferecem a oportunidade para a despedida. Além de atestar socialmente a existência do feto ou bebê, o evento ajudaria a tecer caminhos para aceitar a experiência (MUZA *et al.*, 2013).

Assim, “o nascimento se reporta à vida, enquanto o abortamento pertence à morte, ao que não vingou. Refletindo seu lugar no universo mítico e simbólico humano, são esparsos os ritos, crendices e superstições a ele associados, contrariamente ao que acontece com a situação do nascimento” (QUAYLE, 1997, p. 3). A autora ainda reconhece a busca pela atribuição de causas e significados: culpa, vulnerabilidade, adultério, fraqueza... O sentimento de falha perante a gestação pode levar à crença que a perda foi um castigo.

Freud (2014) estabelece que o luto se relaciona com a perda do objeto de amor — neste caso, o bebê. Provoca desinteresse em relação a tudo o que não tange tal objeto. Para o autor, a superação começa com o teste de realidade, no qual se constata a morte. Já Elisabeth Kübler-Ross (2017) pressupõe modelo batizado com o próprio sobrenome em que divide o luto em cinco fases: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Os enlutados, então, passariam por esses estágios em ordem até a superação. O choque pode ser a reação inicial à perda, manifestando-se junto ao primeiro estágio do processo.

---

<sup>26</sup> O bebê de perdas gestacionais, mesmo em idade avançada de gestação (9 meses, por exemplo), geralmente não tem direito a um nome na certidão de óbito. Há exceções obtidas na Justiça.

Autores como Simonetti (2004), por sua vez, definem que tais estágios não se apresentam fixos ou lineares: pode-se estar em qualquer um deles, ir e voltar, a qualquer tempo do luto. “A psicologia entende que para dissipar a dor psíquica de uma perda, é necessário que ela seja dita, vivida, sentida, refletida e elaborada, mas nunca negada” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p. 465).

Além da repercussão e dos desdobramentos emocionais, é preciso se atentar ao sofrimento físico. Muitas vezes, as mulheres também ficam internadas, geralmente na mesma ala que gestantes, puérperas e bebês. Além de visualizar o futuro perdido, sentem todas as dores físicas e emocionais (LEMOS; CUNHA, 2015 *apud* NAZARÉ *et al.*, 2010).

Efeitos psicológicos mais comuns em decorrência de aborto são sentimentos de culpa, pesar, abandono, perda da fé, baixa estima pessoal, preocupação com a morte, hostilidade e raiva, desespero, desamparo, desejo de lembrar a data de nascimento, alto interesse em bebês, frustração do instinto maternal, mágoa e sentimentos ruins em relação às pessoas ligadas a situação, rejeição pelo parceiro, perda de interesse sexual, frigidez, incapacidade de se perdoar, nervosismos, pesadelos, tonturas, tremores e impulsos suicidas<sup>9,18-24</sup> (ZEFERINO; FUREGATO, 2013, pgs. 117 e 118).

Estudo de Lemos e Cunha (2013, p. 1129) mostra que “outras reações como aperto no peito (angústia); medos ligados à possibilidade de vivenciar uma nova gestação pós-perda; tristeza; sensação de vazio; desmotivação; decepção; culpa; frustração; fracasso; impotência; e constrangimento foram relatadas”. Muitas mulheres também passam a sofrer de Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Dessa forma, o luto atravessa diversas fases, de forma não linear, e reflete uma miríade de percepções, sentimentos e ações, vivenciados de forma única e singular por cada mulher e casal.

Parte do ser mulher é definido pela maternidade: a mulher-mãe. Prioriza-se a função reprodutiva em detrimento à individualidade e ao desejo (QUAYLE, 1997). A reação da mulher frente à perda se associa ao significado afetivo e à importância atribuídos à gestação. “O luto em decorrência da morte de um bebê que já fazia parte do imaginário da mulher, mas não passará verdadeiramente ao real, implicará necessariamente em um processo de reajustamento psicológico individual, e até familiar” (LEMOS; CUNHA, 2015, p. 1125).

Há diferenças entre os lutos materno e paterno. Cada um envolve vivências, consequências psicológicas, valores culturais e relações de gênero. Para os homens, os sentimentos refletem condições pessoais, crenças, valores familiares e socioculturais. Estudo de Rodrigues e Hoga (2006) mostra que eles sentem angústia, tristeza e perda associadas ao aborto espontâneo e culpa sobre abortamento provocado.

O impacto de experiências profundas pode afetar a vida e o relacionamento do casal. Dessa maneira, o apoio entre e para ambos se mostra fundamental. Homens podem querer compartilhar a experiência, mas lhes falta acolhimento e orientação psicológica. Incluí-los pode

ajudar a elaborar a perda (RODRIGUES; HOGA, 2006). Nesse sentido, o luto do pai — muitas vezes negado pela crença de que ele deve ser “forte” pela parceira — deve ser considerado e também merece atenção especial (LEMOS; CUNHA, 2015).

Nesse período crítico, ao ver-se paradoxalmente como geradora de “morte”/ bebês mortos”, como incapaz de manter e abrigar a vida, a mulher tende a ver-se como “estragada”, “ruim”, não feminina. Sente-se vazia, inadequada, incapaz não só de ter filhos, mas de cumprir seu “papel”. Não podendo dar filhos ao companheiro, não cumpre a expectativa social internalizada. Vê-se como “árvore sem frutos”, portadora de um “defeito que todos podem ver” (QUAYLE, 1997, p. 25).

Não há relação direta de causa e efeito entre aborto — espontâneo ou provocado — e depressão, mas é possível associá-los, devido aos sentimentos crescentes de culpa e melancolia e da perda de autoestima. O intenso sofrimento físico e existencial pode levar a estados de ansiedade e de depressão, sobretudo porque é relativo à reprodução. A doença, que costuma afetar mais mulheres do que homens, não se assemelha a tristeza reativa, ansiedade e frieza, não podendo ser confundida com tais questões (ZEFERINO; FUREGATO, 2013).

Um fator implicado na intensidade das reações emocionais é o grau de investimento na gestação: em gestações planejadas ou desejadas, os sentimentos descritos são mais fortes, especialmente entre as mulheres com maior número de abortamentos. A dificuldade para encontrar explicações para o ocorrido, associada à falta de diagnóstico para o abortamento, torna a perda correspondente de mais difícil elaboração, havendo uma exacerbação dos sentimentos e reações depressivas, e uma busca de atribuição de causalidade dentro do universo cultural da paciente (QUAYLE, 1997, pgs. 23 e 24).

Para tanto, contextos sociais, econômicos, culturais, familiares, amorosos e afetivos devem ser considerados, já que podem ser fatores de risco ou de apoio para a mulher que passou pelo abortamento. O tema deve ser avaliado sob as óticas da saúde, do Direito, do feminismo, da religião e da bioética devido aos tabus e à polêmica envoltos na perda gestacional (ZEFERINO; FUREGATO, 2013).

Há preocupação com o corpo e com projetos de vida, como futuras gestações e o desejo de ser mãe. A experiência da perda, o luto e os sentimentos vivenciados, portanto, se apresentam como singulares e subjetivos. Incluem não só a culpa, mas também o medo de ser culpabilizada socialmente (ZEFERINO; FUREGATO, 2013). “A morte de um bebê, antes de sua chegada, propicia a frustração de muitos desejos, fantasias e, sobretudo, rompe a possibilidade do exercício da maternidade e da paternidade” (MUZA *et al.*, 2013, p. 40).

É o fim das idealizações e dos sonhos vividos durante a gestação. Existem, ainda, as mulheres que vivenciam a Síndrome Pós-Aborto, “uma dor negada quando uma morte real ocorreu. Por causa desta negação, o luto não pode existir, mas a dor da perda ainda está

presente” (ZEFERINO; FUREGATO, 2013, p. 118). As autoras afirmam que a experiência ainda pode incluir flashbacks, pesadelos e sofrimento no aniversário de morte do feto.

Além da estranheza relacionada ao ambiente e à falta de conhecimento sobre os procedimentos, o acolhimento dispensado às pacientes (ou a falta dele) em unidades de saúde pode influenciar o processo de luto e de elaboração da perda. Profissionais de saúde podem minimizar a perda ao sedar a mãe e afastar o pai durante a finalização do aborto espontâneo, que pode ser uma curetagem ou uma aspiração manual intrauterina, ou do parto<sup>27</sup>. Na tentativa de minimizar o sofrimento — ou facilitar o trabalho ao não ter que lidar com a dor da mulher —, o trauma é intensificado, o que prejudica a elaboração e a superação da perda (QUAYLE, 1997; AGUIAR; ZORNIG, 2016).

O luto após o nascimento de um bebê morto não conta com experiências a serem lembradas após o parto, sendo privadas de lembranças necessárias para a entrada no trabalho de luto. Esses pais são invadidos por um senso de não existência, que supomos ser ainda maior em mulheres que estão maciçamente sedadas durante o parto (AGUIAR; ZORNIG, 2016, p. 270).

Dessa forma, um tratamento humanizado — sobretudo nos casos em que a mulher necessita de atendimento pós-aborto — é essencial para a assistência integral à paciente (ZEFERINO; FUREGATO, 2013). Além disso, há poucos estudos dedicados à perda de bebês que não serão levados para casa e à dificuldade de elaboração do fato pelas famílias.

A literatura existente descreve a perda de maneira multifacetada e plural, em que o humor, a autopercepção, a autoestima da mulher e os planos relacionados à família. “Os dias imediatos à perda são importantes para o desenvolvimento do processo de luto e dar atenção à forma como a mulher constrói seus significados acerca da perda, torna-se essencial para superação deste luto” (LEMOS; CUNHA, 2015, p. 1135).

Nesse sentido, a reportagem elaborada a partir deste trabalho ganha o título de “O sangue que ninguém quer ver”, porque o luto fetal é invisibilizado. Além disso, também é mascarado e incompreendido pela sociedade pelo fato de não existir um corpo para ser objeto desse sentimento. É como se a dor dos pais não fosse socialmente legitimada. Há fuga em falar da morte, porque machuca, porque dói. Não ver, nesse caso, é uma forma de não sentir — o luto, a morte, o colo vazio, os sonhos perdidos, o futuro que deixa de existir.

---

<sup>27</sup> Em casos de óbitos fetais ou bebês natimortos. A reportagem aqui produzida não abordará esses tipos de caso, apenas aborto espontâneo.

## 4 Reportagem

A reportagem é definida pela busca, coleta, cobertura, preparo e redação de informações jornalísticas. Também pode se referir à equipe de jornalistas e ao produto resultante da redação dessas informações. É necessário haver interesse público e coletivo e, tradicionalmente, ser publicada em veículos jornalísticos (JORGE, 2008). Também é produto de processo de seleção contínuo de tema, fontes de informação, léxico gramatical e estilo narrativo, em que a subjetividade do jornalista se inclui (GONÇALVES; SANTOS, 2014).

Esse gênero textual vai além das fronteiras da notícia: é a versão ampliada, aprofundada dela — embora também possa ser completamente desvinculada do noticiário. Ganha aporte histórico da Sociologia, da Antropologia e da Psicologia, além de se aproximar da Literatura — a ponto de poderem ser confundidas uma com a outra (JORGE, 2008).

Dessa forma, o produto aqui realizado expande a notícia — que poderia ser um aborto espontâneo, por exemplo — para uma reportagem que conta a história de mulheres que sofreram perda gestacional espontânea. É na história de vida de cada uma delas, aliada a compreensões do próprio fenômeno do aborto, que se encontra o cerne do texto.

Sodré e Ferrari (1986, p. 9) definem esse gênero jornalístico como o local “onde se contam, onde se narram as peripécias da atualidade”. Assim, os autores a caracterizam como narrativa de ação (com drama e personagens) e descritiva (de ambientes, por exemplo), mas separada da literatura pela objetividade, ainda que dentro do jornalismo interpretativo. Este último — presente na reportagem aqui produzida — surge em 1923 com a *Time Magazine*<sup>28</sup>.

A narração pode ser ficcional — conto, poema, romance etc. — e real: jornalismo. Nele, externa-se no lide, na cobertura factual e no desdobramento dos fatos, por exemplo. Não há narrativa sem o “que” e o “quem”. Todavia, o texto precisa despertar interesse humano para caracterizar reportagem (SODRÉ; FERRARI, 1986). A narrativa que traduz experiências em linguagem é responsável pela interação presente nos tempos atuais e nas novas formas de produzir conteúdos (GONÇALVES; SANTOS, 2014).

Dessa maneira, o aborto espontâneo poderia ser conteúdo de uma notícia (o que é e quais são os dados, por exemplo), mas a conexão humana com as entrevistadas<sup>29</sup> e o aprofundamento a partir dos números oficiais constituíram a reportagem. “Qualquer reportagem factual contém

---

<sup>28</sup> É um dos periódicos de notícia semanais mais conhecidos do mundo. Possui também uma edição europeia e outra asiática, além da norte-americana. Fundada há 97 anos, é editada pelo jornalista Edward Felsenthal.

<sup>29</sup> Aqui, não utilizamos o jargão jornalístico “personagens”, porque falamos sobre mulheres reais.

uma interpretação, e toda reportagem interpretativa — inclusive entrevistas e perfis — apoia-se, por definição, em fatos ou não se trata de reportagem” (LAGE, 2005, p. 145).

Esse tipo de classificação — interpretativa — também considera a posição do locutor em relação aos fatos. A narrativa é rica enquanto organizadora de experiências e processo comunicativo. Ultrapassa estruturas textuais, temporalidades, perspectivas do autor, estilos, plataformas midiáticas, significações e método de apuração. Deve-se, portanto, explorar as possibilidades dela (GONÇALVES; SANTOS, 2014), como na reportagem aqui realizada.

A narração carrega informações encadeadas, que levam ao nexos e à articulação lógica. Caracteriza-se por ser uma história, mas vai além desse conceito. “A narrativa jornalística de alta densidade investigativa é uma história que se desenrola em torno de elementos objetivos que se mesclam com a subjetividade do repórter, fato que a distingue de outras formas de narrar” (FARO, 2013, p. 78). O poder dela se encontra na possibilidade de transformar o caos em cosmos e de expressar o ser humano (SILVA; KÜNSCH, 2015).

Enquanto isso, a notícia se baseia, trabalha com um fato ou uma sequência deles, que pode ser chamada de suíte<sup>30</sup>, mas também inclui coberturas sazonais, descobertas a partir de observações pessoais, eventos e denúncias<sup>31</sup>. A notícia evolui para reportagem quando há gancho<sup>32</sup> ou aprofundamento do tema, relato detalhado, testemunhos... Esse gênero depende de interpretação e está sujeito ao senso crítico do repórter (LAGE, 2005).

A intensidade, profundidade e autonomia do jornalista no processo de construção da matéria são, por definição, maiores na reportagem do que na notícia. O imediatismo é menos importante: algumas das mais famosas reportagens foram escritas – ou produzidas – muito tempo depois dos fatos a que se reportam (LAGE, 2005, p. X).

As diversas classificações de reportagem consideram e vão além de estrutura do texto, narração, estilo, técnicas de apuração, técnicas narrativas, finalidade e mídia (GONÇALVES; SANTOS, 2014). A reportagem também ultrapassa gêneros jornalísticos: nasce da sensibilidade de repórteres e editores para ganhar vida no papel ou na tela, onde o potencial da história aflora em todas as camadas e dimensões (FARO, 2013). Afinal, conforme Silva e Künsch (2015, p. 16), “precisamos das histórias como o corpo necessita do ar. Elas articulam e constroem nexos entre as mais diferentes formas de se atribuir sentido às coisas”.

O compromisso público do jornalista com o próprio ofício se insere nesse contexto, já que é na narração que os fatos são recuperados e adentram o partilhamento simbólico. Assim,

---

<sup>30</sup> Notícias ou reportagens que mostram desdobramentos de um fato.

<sup>31</sup> A palavra não se refere obrigatoriamente ao termo jurídico sobre denúncias feitas pelo Ministério Público, mas engloba a descoberta de fatos a partir da comunicação de terceiros.

<sup>32</sup> Nem toda reportagem nasce a partir de uma notícia ou possui um gancho (LAGE, 2005).



tais elementos precisam ser dirigidos perante a lógica analítica e os desdobramentos na esfera pública, a fim de se expressarem por si só. Essa é a reportagem enquanto registro do instante atual (FARO, 2013).

A reportagem enquanto gênero jornalístico, sobretudo a interpretativa, possui três características principais. Primeiro, a humanização: personificação do fato social nas histórias de vida contadas. Depois, vem o contexto social que aborda questões da sociedade. Por último, a reconstrução histórica a partir da criação livre dos fatos, isto é, a redação do texto. “Hoje não se requer apenas que o repórter reporte. Deve saber explicar, interpretar, analisar, juntar os indícios e raciocínios para mostrar ao leitor/espectador/internauta o sentido daquela notícia, o que significa e aonde pode levar” (JORGE, 2008, p. 80).

Foi assim em *As religiões do Rio*<sup>33</sup> (RIO, 1906) e também é em *O sangue que ninguém quer ver*. Nela, a humanização presente no jornalismo interpretativo se dá por meio das histórias das cinco mulheres entrevistadas e o contexto social apresenta a inquietação e os tabus envoltos em torno do aborto espontâneo. Já a reconstrução histórica une os dois ao reconstituir as histórias vividas por elas, acrescida dos dados oficiais obtidos no DataSUS e das falas das especialistas.

Conforme Jorge (2008), a reportagem conquista o interesse dos leitores pela diversidade, pela novidade, pela noção de atualidade que traz para o público. O novo é o maior valor-notícia<sup>34</sup> para o leitor — ou telespectador, ou ouvinte... Quando não for possível, deve-se buscar um gancho, isto é uma atualização daquilo que é antigo. É o caso do aborto espontâneo, que se atualiza pelo fato de a reportagem aqui produzida contar histórias de mães que sofreram perda gestacional. O resgate do antigo se dá porque o texto elabora fatos que se estendem no tempo: vividos no passado, mas que ainda permanecem no presente.

Posição geográfica (quanto mais perto, maior o interesse), cultura (tipo de texto e de temas de que mais gosta), interesses pessoais e emoções também influenciam na definição sobre o que é notícia — ou reportagem. “O jornalismo procura atender a esses sentimentos. É dessa maneira que as notícias adquirem valor. Até a ansiedade do leitor é objeto de exploração — as novelas, as reportagens em série, os lançamentos envoltos em mistério. O interesse continuado faz leitores cativos” (JORGE, 2008, p. 71). Também não se deve buscar a novidade a todo custo se levar à espetacularização.

---

<sup>33</sup> Série de textos considerada a primeira grande reportagem do Brasil. O autor João do Rio é o pseudônimo de João Paulo Alberto Coelho Barreto, precursor da reportagem no país. Para escrever, conheceu templos, religiões de matriz africana e igrejas e retratou pessoas incomuns para textos da época, como tatuadores e prostitutas.

<sup>34</sup> Conceito que define o que é notícia, com base no interesse público.

Quando a notícia deixa de ser o relato e passa a ser a maneira, ou a roupagem com que é apresentada — rápida, sem apuração rigorosa, feérica, fantasiosa, vestida para chocar, exagerada, apelando para as sensações, o assombro, a admiração ou a repulsão do consumidor —, deixa de ser notícia, falseando a imagem da realidade (JORGE, 2008, p. 72).

Nesse contexto, surge a técnica de redação e de hierarquização das informações chamada de pirâmide invertida<sup>35</sup>. No entanto, entre as críticas estão a possibilidade de transformar o trabalho jornalístico em rotina e a falta de espaço para a criatividade. Dentro dela, destacam-se lide<sup>36</sup> e sublide<sup>37</sup>. Na reportagem aqui redigida, essa técnica não foi usada — embora a estrutura da reportagem tenha sido hierarquizada de acordo com a ordem de importância. Contudo, é mencionada aqui pela relevância para a construção do jornalismo enquanto gênero, ato e profissão.

Sentenças jornalísticas precisam ser construídas com verbo<sup>38</sup>, em terceira pessoa e em ordem direta. Presente do indicativo, pretérito perfeito e futuro do presente são os tempos verbais mais indicados. O gerúndio deve ser evitado ao máximo. Conjugações imperfeitas são admitidas em caráter secundário, como em descrições (LAGE, 2005). Tais orientações foram consideradas e adotadas na reportagem “O sangue que ninguém quer ver”.

#### 4.1 Webjornalismo

A pirâmide invertida é uma técnica de redação já canonizada no meio jornalístico, mas a escrita de notícias e reportagens precisou se adaptar com o surgimento da internet e do jornalismo on-line ou jornalismo na web, que se tornou o webjornalismo. Assim, a pirâmide invertida cai — teoricamente, porque continua a ser utilizada na cobertura factual on-line, pela praticidade e por ser tão enraizada — e surge a pirâmide deitada, com a hierarquização e o uso de hiperlinks, e a qual não possui limite de linhas para o texto.

Ter que escrever já pensando em possíveis cortes deixa de ser um problema. O jornalismo on-line e a pirâmide deitada permitem o uso do hipertexto: hiperlinks, fotos, vídeos, infográficos... A aplicação de pelo menos um desses conjuntos de informação possibilita que os leitores definam os próprios caminhos de leitura, a partir dos interesses pessoais identificados

---

<sup>35</sup> Nela, o que é mais importante vem primeiro, tal como na tradição oral de contação de histórias.

<sup>36</sup> Primeiro parágrafo do texto. Deve responder às seguintes perguntas sobre o fato: o que, quem, como, quando, onde, por que e com que meio — a última, acrescentada por Jorge (2008) —, em ordem de relevância.

<sup>37</sup> É o segundo parágrafo, ajuda a destrinchar o anterior. Lide e sublide são usados no impresso e permearam o on-line, sobretudo na cobertura factual, embora o webjornalismo tenha a própria técnica de redação.

<sup>38</sup> Sentença pode ser redigida sem verbo em textos literários como recurso de ênfase, mas com parcimônia.

na leitura, sem necessariamente passar por um roteiro de leitura pré-definido pelo repórter (CANAVILHAS, 2006).

Jornais começaram a se digitalizar no fim da década de 1980, garantindo acesso a versões digitalizadas, informática e softwares. Por isso, não houve custos adicionais com o crescimento e a popularização da rede anos depois e as notícias dos jornais impressos passaram a ser disponibilizadas de forma on-line (CANAVILHAS *apud.* EDO, 2002).

A pirâmide invertida se limita ao papel e, conseqüentemente, ao tamanho de centímetros, aos anúncios e à diagramação dos jornais. Se transposta à internet, na qual o espaço tende ao infinito, limita as potencialidades da web. “Usar a técnica da pirâmide invertida na web é cercear o webjornalismo de uma das suas potencialidades mais interessantes: a adoção de uma arquitetura noticiosa aberta e de livre navegação” (CANAVILHAS, 2006, p. 7).

Cortes no webjornalismo podem ocorrer por questões de estilo ou pela concisão jornalística. Afinal, menos é mais e prender a atenção do leitor é cada vez mais difícil. “Em lugar de uma notícia fechada entre as quatro margens de uma página, o jornalista pode oferecer novos horizontes imediatos de leitura através de ligações entre pequenos textos e outros elementos multimídia organizados em camadas de informação” (CANAVILHAS, 2006, p. 7).

Conforme Canavilhas (2006), a escolha por uma das técnicas de redação reside na prioridade do repórter: dimensão (quantidade de dados — pirâmide invertida) e arquitetura da informação (estrutura — pirâmide deitada). A primeira traz roteiro pré-definido e a segunda, interatividade.

Independentemente do tipo de estrutura hipertextual, o recurso a estas arquiteturas informativas implica um afastamento em relação à pirâmide invertida. E é aqui que os investigadores divergem, pois embora quase todos defendam uma nova linguagem para o webjornalismo, muitos insistem ainda na aplicação da pirâmide invertida no webjornalismo, reforçando a lógica organizativa em que os factos mais importantes aparecem no início e os menos importantes no final da notícia (CANAVILHAS, 2006, p. 11).

A pirâmide deitada tem o nome baseado no da invertida. Na técnica usado dentro do webjornalismo, a quantidade e a variedade de informação são referências para desenvolver os níveis de aprofundamento do(s) fato(s). No entanto, as informações não se organizam de acordo com a ordem de importância, mas propiciam pistas de leitura (CANAVILHAS, 2006).

Se no papel, a organização dos dados evolui de forma decrescente em relação à importância que o jornalista atribui aos dados, na web é o leitor quem define o seu próprio percurso de leitura. A técnica da pirâmide invertida, preciosa na curta informação de última hora, perde a sua eficácia em webnotícias mais desenvolvidas, por condicionar o leitor a rotinas de leitura semelhantes às da imprensa escrita (CANAVILHAS, 2006, p. 12).

Nesse sentido, há dois conceitos importantes: discursividade e expressividade. Enquanto a primeira discute o conteúdo textual (opinião, interpretação e informação) nos gêneros jornalísticos, a segunda se utiliza de estratégias baseadas na estética para transmitir o conteúdo, ganhando a atenção do público. Assim, explorar novos formatos noticiosos hipermediáticos também significa explorar os meios digitais por meio da multimídia, da interatividade, da conexão e da convergência (LONGHI, 2015).

Para a reportagem aqui realizada, o gênero informativo<sup>39</sup> cede lugar ao interpretativo<sup>40</sup>, no qual a “assinatura tem valor literário e textual” (LONGHI, 2015, p. 3). A autora também apresenta os gêneros complementares, que são híbridos: complementam a atualidade ao reunir elementos narrativos, literários e interpretativos. Além disso, a internet leva à evolução dos gêneros e da linguagem, à hibridação e à criação de novos conteúdos digitais.

O webjornalismo nasceu a partir da repetição de gêneros e formatos textuais no jornalismo impresso. Passou pelo enriquecimento quando uniu modelos tradicionais ao hipertexto, à multimídia e à interatividade. Renovou-se com a recriação e a reconfiguração do fazer jornalísticos, como no caso da ascensão e da popularização dos infográficos e inovou como a criação de produtos e formatos próprios para o ciberespaço, como os weblogs (LONGHI, 2015).

Tradicionalmente reconhecido pela infografia<sup>41</sup>, o ciberjornalismo brasileiro amadureceu a partir da grande reportagem multimídia<sup>42</sup>. Dentro dele, a convergência se soma aos conteúdos multimídia e às leituras. Meios, linguagens e formatos se complementam sem se repetir dentro do quebra-cabeça multimídia, o que leva ao interesse e à interatividade na relação com o público (LONGHI, 2015).

Nesse sentido, o texto passa a ser classificado como *long-form*, nova vertente jornalística em que o texto é maior (mais de 4 mil palavras em matérias e de 10 mil a 20 mil em grandes reportagens) e dividido em capítulos (LONGHI, 2014). Com maior uso da barra de rolagem e, conseqüentemente, leitura verticalizada, leitores têm que clicar menos em capítulos e seções do

---

<sup>39</sup> Relaciona atualidade e notícia. Preza por objetividade, impessoalidade estilística, linguagem funcional e verbos conjugados na 3ª pessoa.

<sup>40</sup> A definição também engloba o gênero opinativo — no qual se explica um fato, atribuindo-lhe sentido —, mas não é o caso do produto oriundo deste memorial.

<sup>41</sup> É expoente dos especiais multimídia, com qualidades expressivas para se aprofundar na hipermídia de forma integrada, que herdaram características da grande reportagem impressa (LONGHI, 2014).

<sup>42</sup> Surgiu em 2012 com a consolidação do HTML 5, que promove leitura verticalizada, inovações no design, barra lateral de navegação, imersão no conteúdo, padronização e linguagem universal. A classificação nasce do webjornalismo, no qual há maior convergência, e renova a grande reportagem, agora no espaço digital (LONGHI, 2014). A grande reportagem multimídia não é objeto deste trabalho, mas é mencionada por causa da relevância dentro do webjornalismo.

texto e podem utilizar a barra de rolagem. Jornalismo long-form e narrativa vertical discutem padrões impostos no jornalismo. Diferentes velocidades de leitura criam diferentes dimensões no texto (LONGHI, 2015).

O design da reportagem é responsivo, isto é, limpo e legível. O desenho e a informação são adaptados ao suporte, além de que a narrativa passa a ser mais imersiva. Tecnologias e ferramentas de acesso à internet facilitam o acesso ao jornalismo. Renovar design, estratégias narrativas e de navegação também é renovar formatos. Desse modo, a convergência tecnológica, empresarial, profissional e editorial ajuda não só a manter leitores cativos bem como a conquistar novos (LONGHI, 2014).

## 4.2 Reportagens no mundo contemporâneo

Sodré e Ferrari (1986) abordam dois exemplos que demonstram a importância das reportagens no cenário contemporâneo. A primeira é uma entrevista que o ex-ministro de Viação e Obras de Vargas, senador e governador da Paraíba, José Américo, concedeu ao jornalista Carlos Lacerda, do *Correio da Manhã*, em 22 de fevereiro de 1945. O conteúdo e a repercussão adiantaram a queda do presidente Getúlio Vargas naquele ano.

Outra é o Caso Watergate, célebre no jornalismo investigativo. A série de reportagens do *Washington Post* mostra o escândalo político de corrupção envolvendo o então presidente dos Estados Unidos, Richard Nixon. As descobertas dos jornalistas culminaram no processo de impeachment, mas o político renunciou antes ao cargo. A repercussão e a relevância do caso — não só para o jornalismo, mas para a política norte-americana — fizeram com que se tornasse livro e filme, batizados de “Todos os homens do presidente”.

Nesse sentido, a reportagem deve ir além de noticiar um fato: precisa destrinchar, analisar e buscar desdobramentos, além de nivelar o conteúdo de forma que seja compreendido pelo maior número possível de pessoas. Assim, a reportagem aqui redigida busca traduzir o aborto espontâneo de forma simples e acessível, mas com a profundidade científica necessária, obtida a partir da fala de fontes especializadas, e emocional, por meio dos relatos de história de vida das mulheres entrevistadas.

Um dos elementos que tornam a reportagem mais necessária aos homens contemporâneos é a busca de explicações ou a adesão às novas habilidades. Nenhuma formação escolar ou acadêmica dá conta das transformações a que se assiste, atualmente, ao longo da vida. E o que é mera novidade para alguns poderá funcionar como indicador para pesquisas aprofundadas de um especialista ou aficionado (LAGE, 2005, p. 142).

Existem diferentes tipos de repórteres, mas uma característica que une todos — ou pelo menos deveria — é a curiosidade. Além disso, há o “espírito de busca, de averiguação; o sentimento de que é necessário informar; um certo talento para selecionar e enxergar o que deve ser comunicado; e ética para saber lidar com as informações e o público” (JORGE, 2008, p. 78). Afinal, o repórter terá dúvidas durante a construção do texto se não dispuser das respostas necessárias sobre a pauta.

Entre esses tipos, Jorge (2008) enumera o investigador, o denunciante, o humanista, o repórter-redator, o entrão e o tímido. Em “O sangue que ninguém quer ver”, o primeiro e o terceiro se destacaram, com a investigação de dados sobre aborto, sobretudo espontâneo, analisada no capítulo anterior, e com a construção e a recriação humanizada das histórias das mulheres entrevistadas.

Dessa forma, escrever bem é importante, mas não o suficiente para alcançar o produto final — aqui definido como a reportagem sobre mulheres que sofreram aborto espontâneo, mas o conceito se estende a reportagens em geral. Desse modo, antes de redigir o texto, há um exigente e minucioso trabalho de apuração, dividido em cinco etapas: observação, anotação e indexação, questionamento, organização dos apontamentos e avaliação. “A apuração é um trabalho de detalhe, conduzido pela curiosidade do repórter. Quanto mais informações tiver, mais segurança mostrará na hora de redigir o texto” (JORGE, 2008, p. 110).

A busca por entrevistas neste trabalho foi fundamental para chegar a mulheres e a especialistas que melhor recontem sobre o aborto espontâneo. Conforme Jorge (2008), reúne-se tudo o que viu, ouviu, investigou e descobriu para oferecer o melhor panorama sobre o tema, a história mais fidedigna possível, com todos os lados retratados. Mais do que isso, cabe à repórter destrinchar, interpretar e analisar as informações obtidas e os desdobramentos dela. A checagem de dados e informações é uma etapa fundamental.

A seleção de entrevistadas prezou pela pluralidade de vozes e pela humanização (MEDINA, 2011). Nesse sentido, a repórter reconhece que não domina os fatos e que deve buscá-los junto às fontes, além do estudo bibliográfico. Conforme a autora, conhecimento assim adquirido e posteriormente elaborado na reportagem deve esclarecer não só a curiosidade da repórter, mas também a do público leitor.

Da reportagem, também surgem conjuntos racional de causalidades e dedutivo em volta de fatos, acontecimentos e consequências. Tal contexto, no qual repórter e reportagem se inserem, deve valorizar o potencial, a intensidade e até mesmo o drama das histórias sem fugir da realidade. “É na busca pela amplitude dessa concepção de reportagem que os profissionais

se encontram sempre comprometidos com a dilatação do campo de observação dos assuntos que instigam matérias de grande envergadura narrativa” (FARO, 2013, p. 81).

### 4.3 Entrevista

A entrevista nada mais é do que uma conversa, um diálogo para a obtenção da informação jornalística — ou, pelo menos, deveria ser. Para além da técnica de interação social e de interpenetração informativa, a prática é complexa de forma psicossocial. Pode levar à pluralidade de vozes, mas também gerar respostas para um roteiro pré-definido, resultante de mera técnica. Para atingir a comunicação humana, deve-se propor o diálogo, fazê-lo fluir. Assim, propõe-se uma inter-relação com o entrevistado (MEDINA, 2011).

A experiência de vida, o conceito, a dúvida ou o juízo de valor do entrevistado transformam-se numa pequena ou grande história que decola do indivíduo que a narra para se consubstanciar em muitas interpretações. A audiência recebe os impulsos do entrevistado, que passam pela motivação desencadeada pelo entrevistador, e vai se humanizar, generalizar no grande rio da comunicação anônima (MEDINA, 2011, p. 6).

Entrevistas guiadas exclusivamente por um questionário fixo ou por entrevistador firme em ideias pré-definidas frustram o receptor. A falta de diálogo é claramente percebida, o que não gera identificação com a história contada e distancia o leitor dela (MEDINA, 2011). Dessa forma, a reportagem oriunda deste trabalho utilizou um roteiro como base, mas sem se prender a perguntas pré-estabelecidas. Novos questionamentos surgiram e foram adicionados à conversa, fazendo com que o diálogo percorresse novos caminhos.

Considerar apenas identificação e fluência do diálogo não bastam. É preciso humanizar, comunicar e interligar: trazer à cena a presença do ser humano enquanto indivíduo e os testemunhos anônimos. A reportagem aqui produzida buscou minimizar tais efeitos, permitindo que as entrevistadas ficassem livres para recontar as próprias experiências. Por isso, a primeira pergunta norteou toda a conversa: “Me conta sobre sua perda espontânea?”<sup>43</sup>.

Desse modo, a intenção na reportagem também foi alcançar a anamnese, trazendo à tona a memória dos acontecimentos para além da escuta ativa. Nesse contexto, contar histórias proporciona novos significados para a vida e, assim, pode agregar como cura terapêutica. Novos sentidos e nexos surgem a partir da articulação e da concatenação de ideias e pensamentos (SILVA; KÜNSCH, 2015).

---

<sup>43</sup> O erro de colocação pronominal — próclise em vez de ênclise — na pergunta foi permitido pela fluência da oralidade. O termo “perda espontânea” foi empregado para amenizar o estigma e o tabu (mas sem eufemismo) que envolve a palavra “aborto” e evitar criar uma barreira com as mulheres ainda no início das entrevistas.

Reconhecer o direito sagrado da pessoa à palavra revela uma das percepções mais inteligentes de como se processa, no concreto da vida, aquilo que, com muitos autores, podemos chamar de o poder terapêutico da palavra, da fala ou, mais propriamente, da narrativa. Temos [...] uma verdadeira teoria do conhecimento, fundada na velha e boa arte de contar histórias, a arte da narrativa (SILVA; KÜNSCH, 2015, p. 17).

O diálogo se dá na sensibilidade no gesto, no olhar e na atitude corporal, sempre com respeito e curiosidade. A conversa, a interação e o toque criativo diferenciam o repórter e agregam valor ao trabalho jornalístico. Buscou-se o diálogo interativo, com conexão emocional e humana na relação entrevistadora-entrevistadas (JORGE, 2008). A reportagem aqui produzida preza por tais elementos apesar das entrevistas terem sido realizadas a distância, por causa da pandemia da covid-19.

O diálogo interativo, o diálogo possível nasce, portanto, da conexão e da humanização a partir do contato entrevistador-entrevistado. É quando o eu e o tu se revelam, se transformam depois do encontro, da conversa, da entrevista. “Alguma coisa aconteceu que os perturbou, fez-se luz em certo conceito ou comportamento, elucidou-se determinada autocompreensão ou compreensão do mundo” (MEDINA, 2011, p. 6).

“O repórter captou um perfil humano. O depoimento desceu ao subsolo do entrevistado, afloraram traços de sua personalidade, revelaram-se comportamentos, valores. É a humanização conquistando um espaço na comunicação coletiva” (MEDINA, 2011, p. 23). Nesse sentido, a reportagem sobre mulheres que vivenciaram pelo menos um aborto espontâneo pretende fugir do jornalismo noticioso, que não permite tanto espaço — ou linhas, ou laudas — para os entrevistados contarem as próprias histórias.

O jornalista é desafiado não só a encarar e a dar forma a uma entrevista em profundidade, mas também a costurar e a editar diversas entrevistas de modo literário. Dessa maneira, a decisão passa pela estrutura da matéria, pelo foco narrativo<sup>44</sup> e pelo ponto de vista da narradora-repórter. Literatura, cinema, fotografia, artes plásticas e teatro podem inspirar nesse sentido (MEDINA, 2011).

“Um entrevistado cujo universo de pensamento, emoções e comportamentos não se submete à linearidade de um questionário rígido, proposto pelo entrevistador, renderá mais se a conversação for, já no momento de captação, livre, solta” (MEDINA, 2011, p. 29). Nesse sentido, apesar de haver um questionário para nortear a entrevista, a primeira pergunta, explicitada acima, fornece liberdade de expressão.

---

<sup>44</sup> Segundo a autora, o ponto de vista está mais para o jornalismo e o foco narrativo, para a literatura. Contudo, ambos os significados se misturam e se confundem.



A autora esclarece que uma entrevista pode ter dois objetivos: espetacularizar<sup>45</sup> o indivíduo ou buscar compreendê-lo. A reportagem aqui realizada se centra na compreensão das mulheres que sofreram aborto e na humanização das histórias contadas, numa busca de aproximar os leitores, gerando identificação, mas nunca numa exploração de seus sentimentos para espetacularizá-los.

Já Edgard Morin (1973) divide a entrevista em quatro tipos: entrevista-rito, anedótica, entrevista-diálogo e neoconfissões. A primeira se refere ao que é dito “aqui e agora” e que não teria importância noutro momento. Exemplos dados pelo autor incluem a fala depois de jogos esportivos e de premiações. Já a segunda se caracteriza por ser uma conversa frívola, baseada em fofoca, e da qual busca conseguir uma fala picante.

A terceira apresenta a busca em comum pelo diálogo. “É mais que uma conversação mundana. É uma busca em comum. O entrevistador e o entrevistado colaboram no sentido de trazer à tona uma verdade que pode dizer respeito à pessoa do entrevistado ou a um problema” (MORIN, 1973, p. 153).

Já a quarta se insere na entrevista em profundidade em psicologia social, caracterizada por um mergulho em si mesmo. “Toda a confissão pode ser considerada como um strip-tease da alma, [...] vai muito mais longe, muito mais profundamente que todas as relações humanas superficiais e pobres da vida cotidiana” (MORIN, 1973, p. 153).

A reportagem oriunda deste estudo irá valer-se da entrevista-diálogo, com o objetivo de alcançar as neoconfissões. Dentro dos subgêneros de compreensão<sup>46</sup>, o trabalho inclui a entrevista conceitual, da qual a bagagem informativa vem de especialistas: ginecologista com especialidade em reprodução humana, psicóloga e pesquisadora em Direito. Foram escolhidas só mulheres como forma de representatividade e por ser um tema — aborto espontâneo — que tange a natureza feminina.

O trabalho também se utiliza da entrevista/enquete, no qual o tema — vivência de mulheres que sofreram aborto espontâneo — é o ponto central. As entrevistadas foram escolhidas de forma aleatória de forma que a pluralidade de histórias seja garantida, mas sem um “povo fala”<sup>47</sup>. A reportagem se baseará no perfil humanizado, definido por Medina (2011,

---

<sup>45</sup> Para o autor, os subgêneros da espetacularização são o perfil do pitoresco (fofoca ou sensacionalismo), do inusitado (excentricidade e exotismo), de condenação (maniqueísta, o texto busca culpado e estabelece relação entre mocinho e bandido) e de ironia intelectualizada (com modo de condenação mais sutil que o anterior).

<sup>46</sup> Conforme Medina (2011), os subgêneros incluem a entrevista investigativa e a confrontação. No entanto, o trabalho investigativo aqui realizado engloba dados oficiais, analisados no capítulo anterior. Os números, que podem gerar repercussão pública, precisaram ser minerados e cruzados, já que não eram de fácil acesso. Sobre o segundo, não há polemização, ambiguidade ou contradição que justificasse confronto, debate ou mesa-redonda.

<sup>47</sup> Jargão jornalístico. É quando o repórter vai à rua entrevistar diversas pessoas para reunir opiniões delas sobre determinado tema. É comum no rádio e na televisão.

p. 10) como “entrevista aberta que mergulha no outro para compreender seus conceitos, valores, comportamentos, histórico de vida”.

Também há relação entre o trabalho aqui realizado e a reportagem documental, definida por Sodré e Ferrari (1986) como relato documentado, com objetividade, dados, citações para esclarecer o assunto e próxima à pesquisa. Dessa forma, a reportagem “O sangue que ninguém quer ver” se relaciona com esse tipo de texto jornalístico — embora não seja definido pelo caráter documental — ao se utilizar e se apoiar nos dados oficiais sobre aborto, explicitados no capítulo anterior.

Como “técnica de obtenção de informações que recorre ao particular” (MEDINA, 2011, p. 10), a entrevista — aqui, especificamente sobre o tema — subverte a chamada unilateralidade da informação e estabelece um diálogo democrático ao dar voz a mulheres comuns e não só a pessoas do poder ou especialistas no tema.

A entrevista se insere na técnica jornalística da pauta<sup>48</sup>. No entanto, a produção não é naturalmente linear — pauta, trabalho de campo<sup>49</sup>, entrevista, redação e edição — como tradicionalmente se espera (MEDINA, 2011). Junto à realização das entrevistas, também houve busca por outras entrevistadas. Durante a reportagem, a edição ocorreu junto à redação, por exemplo. Afinal, todo repórter também é o primeiro editor do próprio texto.

Deve-se perguntar tudo o que se quer saber aos entrevistados, sanar todas as curiosidades, mas atentar-se a como fazer isso sem ofendê-los. As perguntas precisam ser curtas para obter o que se deseja e deixá-los se expressar. Afinal, se o repórter não souber as respostas, como irá contá-las no texto? Ademais, é necessário estabelecer relação confiança entre entrevistador e entrevistado antes de realizar questionamentos delicados, além de buscar o diálogo verdadeiro em favor do público (JORGE, 2008).

Desenvolver o encadeamento de perguntas, interferências, interrupções, reorientações no discurso do entrevistado é, sem dúvida, a demonstração de um desempenho maduro do repórter. E dessa evolução da entrevista vai depender, em grande parte, o resultado final quando ela for montada na matéria comunicacional (MEDINA, 2011, p. 14).

“Numa narrativa indireta, há recursos gráficos, visuais, que estruturam a desestruturação” (MEDINA, 2011, p. 30). Assim, a reportagem sobre aborto espontâneo foi estruturada em blocos de texto, fotos e ilustração. Nesse sentido, a autora ainda cita no livro

---

<sup>48</sup> Jargão para o documento que norteia a produção jornalística, com pesquisa sobre o tema, contatos e encaminhamentos. Atualmente, é menos usado — ou de forma incompleta — em jornais impressos e on-line.

<sup>49</sup> A ida a campo, onde a história acontece, foi substituída por entrevistas remotas neste trabalho, por causa da pandemia, mas sem perder a qualidade e o rigor jornalísticos. Porém, apurar a distância já é realidade em veículos de comunicação, devido à falta de tempo e ao enxugamento das redações.

que recursos como negrito e capitulares também podem contribuir de forma gráfica para a estrutura mosaico, caracterizada pela fragmentação.

O uso da narrativa-mosaico se sintoniza com a contemporaneidade a nível de percepção do mundo, mas exige a competência do artífice. Quem não se sente seguro no modelo lógico, não deve se aventurar na fragmentação. Assim o fazem os artistas. Para ser simples, tem de passar pelo complicado; para inovar, é preciso dominar o padrão; quem quer passar além do Bojador, tem que passar além da dor, diria Fernando Pessoa (MEDINA, 2011, p. 30).

Conforme Medina (2011), a comunicação coletiva, na qual se inclui o jornalismo, utiliza técnicas antimodelo, definidas pelo modelo alógico e alinear, já que se insere no universo imaginário. Perfil, depoimento confessional e reconstituição indireta em terceira pessoa — esta última é utilizada na reportagem sobre mulheres que vivenciaram aborto espontâneo — são exemplos disso. Dessa forma, a exposição que as entrevistadas revelaram à repórter contribuiu para o diálogo e para a construção narrativa do texto.

A perspicácia dessa abertura está na medida direta com que o repórter se traveste de artista. É seu repertório — primeiro, humano; depois, intelectual (científico e artístico) — que pesará quando, diante do cavalete, iniciar o retrato de quem encontrou numa circunstância chamada entrevista (MEDINA, 2011, p. 30).

Tradicionalmente, jornalistas vestem a capa da neutralidade<sup>50</sup>, do distanciamento e da objetividade<sup>51</sup>. Atuam como narradores em terceira pessoa sem envolvimento com o fato, valendo-se do ponto de vista onisciente neutro externo. Quando há forte apelo emocional ou se trata de perfil humano — o que se relaciona com a reportagem aqui produzida —, tais padrões se flexibilizam, se rompem e uma pesquisa de expressão é realizada. Surgem até textos em primeira pessoa, embora sejam raros (MEDINA, 2011).

Deve-se, porém, equilibrar a inovação envolta na expressividade e no estilo e a clareza na transmissão da mensagem. Ambos dividem a fronteira entre o experimentalismo artístico livre e o que está a serviço da comunicação. “Enfrentar o Real, recapturado numa pauta, exige uma moderna conceituação de busca da Verdade” (MEDINA, 2011, p. 15).

A magia de qualquer estória — “Era uma vez...” — transposta para uma peça jornalística ressalta a emoção. A história humana da matéria terá tanto apelo emocional quanto a ficção, o folhetim. E é preciso resgatar essa energia que vem do próprio ser humano tomado como fonte de informação para uma entrevista. [...] O parto da emoção terá de ser substantivo; a emoção deve passar por meio da atmosfera narrativa, da penetração sutil nas entrelinhas do diálogo, nos silêncios, nos ritmos de cada pessoa (MEDINA, 2011, p. 35).

---

<sup>50</sup> Isenção e imparcialidade não existem, mas são metas a serem buscadas pelos jornalistas.

<sup>51</sup> Até mesmo essa premissa está sujeita aos olhos do jornalista, que apura as informações e relata o que viu e ouviu a partir da seleção e da ordenação de fatos (JORGE, 2008).

## 5 Jornalismo de dados

O mundo digital fez com que os dados extrapolassem as planilhas. Agora, quase tudo pode ser descrito pelos números 0 e 1 (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012), dígitos binários utilizados desde a linguagem mais básica de programação. Antes, informações eram coletadas de forma analógica: documentos impressos, anotações, gravações... Agora, as possibilidades se ampliam para um universo guiado por computação a partir da inserção de dados binários não só em bancos de dados, mas também na prática jornalística.

É o caso do DataSUS no presente trabalho. Técnicas quantitativas passam a ser necessárias para organizar e minerar informações, o que também se verifica neste TCC. Conforme elaborado na metodologia, os números de óbitos fetais, gestações, nascidos vivos e mortalidade materna (com filtro para cor e raça, e faixa etária detalhada) foram obtidos na plataforma, mas precisaram ser filtrados e cruzados para alcançar a totalidade de abortamentos espontâneos.

O escopo da análise aqui realizada compreende as 27 unidades federativas brasileiras de 2009 a 2018. Os números oficiais sobre aborto no Brasil, obtidos via DataSUS, sustentam a análise em torno dos tabus e da subnotificação de casos — atestada pela “Pesquisa nacional de aborto 2016” (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017) — para recontar o tema por meio das experiências de vida e de luto das mulheres entrevistadas.

O jornalismo de dados se diferencia e agrega ao jornalismo tradicional porque une a disponibilidade de dados digitais ao faro jornalístico para contar boas histórias, como no caso da reportagem aqui realizada, amplificada pelo alcance das informações em meio digital. Essa especialidade pode traduzir reportagens complexas por meio de infográficos e ajudar a destrinchar os números, traduzi-los e contextualizá-los para o público, por exemplo (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012). A reportagem *O sangue que ninguém quer ver* partiu dessa premissa ao elaborar gráficos animados.

Os dados podem ser a fonte para a realização de reportagens com jornalismo de dados e/ou as ferramentas utilizadas. Assim, devem ser tratados de forma criteriosa (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012). Em *O sangue que ninguém quer ver*, verificaram-se as duas situações: o texto faz um retrato estatístico, mas extrapola os números — que se encontram longe de representar ou, pelo menos, delinear a realidade — para se construir com base nas histórias humanas e humanizadas.

Se, antes, o jornalismo era o único meio de divulgação de informação, agora, os canais se ramificaram. Nesse sentido, o jornalismo de dados se sobressai com o avanço da tecnologia, porque reúne, filtra e ajuda a visualizar os fatos que não seriam identificados se não fosse o olhar pelo ângulo certo (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012). É o caso da reportagem aqui realizada, em que os números ampliam os horizontes sobre a temática.

Os números podem ser usados para criar uma percepção mais profunda sobre o que acontece ao redor e como isso pode nos afetar. A análise dos dados pode revelar o “formato de uma história” (Sarah Cohen), ou fornecer uma “nova câmera” (David McCandless). Usando os dados, o foco do trabalho dos jornalistas deixa de ser a corrida pelo furo e passa a ser dizer o que um certo fato pode realmente significar (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012, p. 10).

Por meio do jornalismo de precisão<sup>52</sup>, que antecede o de dados, a utilização de números para sustentar uma reportagem torna o tema abordado mais acessível para o público — como em *O caso que ninguém quer ver*, em que o fato é intensificado pelos gráficos animados. Nesse sentido, o uso de dados para ampliar as fronteiras da reportagem é tão antigo quanto a própria existência deles (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012).

Não há consenso sobre semelhanças e diferenças entre a Reportagem com Auxílio do Computador (RAC) e o jornalismo de dados. Alguns autores apontam que o segundo se diferencia da primeira porque em foca em números que tangem todo o processo jornalístico, às vezes até focando mais atenção neles do que na história em si — como no primeiro capítulo deste memorial (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012).

Enquanto isso, a RAC caminha para extrair dados que aprofundem uma matéria, geralmente investigativa. O ponto é que o jornalismo de dados se inclui numa longa tradição em que, agora, o processamento de informações passa a ser mais importante que o volume obtido, as técnicas sejam centradas nos usuários e mais pessoas possam trabalhar com dados (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012). Neste trabalho, os múltiplos filtros do DataSUS facilitaram a extração dos dados bem como as fórmulas do Excel, o cruzamento e a análise dos números por unidade federativa na série histórica de 2009 a 2018.

A tecnologia e a internet mudaram a forma como as informações são publicadas e consumidas. A citação de fontes e links pelo jornalismo se relaciona com a própria estrutura de hiperlinks da internet. “Citar e compartilhar as fontes e dados por trás da notícia é uma das maneiras mais básicas em que o jornalismo de dados pode aperfeiçoar o jornalismo” (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012, p. 34). Transparência é fundamental. Por isso, os dados

---

<sup>52</sup> Um dos primeiros a utilizar o conceito foi o jornalista e professor emérito na Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill, na década de 1960.

obtidos e analisados neste trabalho foram transformados em gráficos e/ou hiperlinkados na reportagem.

Ao permitir que cada um mergulhe com atenção nas fontes de dados e descubra informação relevante para si mesmo, ao mesmo tempo que checa afirmações e desafia suposições comumente aceitas, o jornalismo de dados efetivamente representa a democratização de recursos, ferramentas, técnicas e métodos antes restritos aos especialistas (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012, p. 34).

Do jornalismo guiado por dados, surgem os dados abertos (open data) e transparência pública (open government), que aumentaram exponencialmente a quantidade de informações disponíveis — e, antes, muito difíceis de conseguir — em meio digital. Os bancos de dados podem estar até em ferramentas de uso comum, como Google Drive, ou menos conhecido, como Inforgr.am, DocumentCloud e CartoDB (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012).

A definição de jornalismo de dados varia conforme os pesquisadores, embora considerem o manuseio e a organização de informações como ponto convergente. Vai além dos números e das planilhas em si, que já existiam antes, mas também não se define só pelo caráter investigativo — ou seria jornalismo investigativo. Então, por que não unir ambos, com a automação de processos, a medição de dados e a junção com novas habilidades? Ademais, essa especialidade amplia o rol das pesquisas jornalísticas (MANCINI; VASCONCELLOS, 2016), que estariam restritas a pesquisas e estimativas neste trabalho se não fossem os dados oficiais do DataSUS.

No Brasil, a Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011) fomenta a divulgação e a transparência de dados do governo — como os do DataSUS usados neste trabalho. A partir dela, qualquer cidadão, não só jornalistas, pode solicitar informações administrativas de órgãos governamentais, desde que não ameace a segurança nacional, por exemplo. Os bancos de dados e a lei nº 12.527/2011, sancionada pela então presidente Dilma Rousseff (PT), suscitaram e reavivaram o interesse jornalístico por técnicas computacionais e de mineração de dados (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012).

Entre os trabalhos pioneiros no Brasil na área, estão o aplicativo Basômetro, do *Estadão*, e o blog FolhaSPDados, da *Folha de S.Paulo*, ambos de 2012. Mas as sementes para este trabalho foram plantadas na década de 1990, com reportagens a partir de dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), importante fonte de informações cujo acesso não era permitido a jornalistas; as primeiras matérias só foram escritas porque contaram com ajuda de congressistas que compartilharam as próprias senhas (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012).

O acesso também foi liberado aos repórteres depois das primeiras publicações. Assim, o jornalismo de dados pode representar a evolução político-institucional, com base na transparência de informações (MANCINI; VASCONCELLOS, 2016). Nesse sentido, a reportagem *O sangue que ninguém quer ver* herda conquistas e avanços nas áreas de tecnologia e de dados para utilizar dados públicos e nacionais na construção e na sustentação da reportagem. Dessa forma, os números oficiais obtidos via DataSUS ajudaram a revelar o abismo da subnotificação de casos no país e a sustentar as histórias aqui contadas.

## 6 DESCRIÇÃO DO PRODUTO

O produto deste trabalho consiste na reportagem especial, digital e multimídia O sangue que ninguém quer ver. O texto traz os relatos das entrevistadas Amasile, Ana Kariny, Andréa, Angélica e Filomena, que viveram pelo menos um aborto espontâneo. Todas as entrevistadas residem no Distrito Federal, mas a reportagem buscou pluralidade de histórias, raças e classe social a fim de representar o amplo universo que envolve o aborto espontâneo.

As histórias se entrelaçam e se diferenciam na singularidade e na subjetividade de cada experiência, que é única e, ao mesmo tempo, universal. Luto, saudade, planos, sonhos, culpa, religião e ressignificados se encontram para tratar de um tema que atinge de 15% a 20% das grávidas, mas que não é falado.

A reportagem se divide em três partes: abre, dados e perfis. Na primeira, a história é introduzida e os leitores, situados no espaço-tempo e contextualizados na temática. As vivências das entrevistadas são apresentadas em forma de pílulas: conta-se uma pequena parte da história, incluindo aspas, a fim de prender a atenção de quem lê e fomentar o interesse, além de contextualizar o tema. Para dividir esse e o próximo tópico, há um vídeo da psicóloga Damiana Angrimani, entrevistada na reportagem, em que ela deixa uma mensagem para mães que sofreram aborto espontâneo.

Na segunda, aparecem dados oficiais sobre aborto e mortalidade materna trabalhados ao longo do memorial. Aqui, o destaque vai para os sete gráficos animados em vídeo, elaborados e animados no Canva<sup>53</sup>. A ideia é que agreguem o texto ao traduzirem e explicarem os números de forma didática e acessível. Desse modo, esse tipo de hiperlink interativo, tão característico do webjornalismo, acrescenta ferramentas de leitura que não seriam possíveis em outros meios e suportes, como o impresso ou o radiofônico. Ademais, engaja os leitores ao conquistar a atenção deles.

Na terceira, estão as cinco histórias, em forma de perfis. Nelas, os leitores são convidados a mergulhar no que une e no que separa as experiências de cada uma delas. O material é preenchido com fotos de arquivo pessoal das entrevistadas. A reportagem aqui realizada segue o formato long-form: mais longo (mais de 4 mil palavras em caso de matéria, como esta) e com divisão em capítulos, conforme definido por Longhi (2014). A narrativa é

---

<sup>53</sup> A primeira opção era o Prezi. Todos os gráficos foram, primeiramente, concebidos e realizados lá, em razão das funcionalidades permitidas. No entanto, o site não permite baixar os arquivos a não ser que haja assinatura do serviço com cartão internacional e valor em dólar. O Canva, por sua vez, possibilita mais recursos na versão gratuita, como baixar material em formato de vídeo (gif e mp4).



verticalizada, isto é, leitores têm que clicar menos em capítulos e seções do texto e podem utilizar a barra de rolagem.

A reportagem está hospedada no Wix<sup>54</sup> e pode ser acessada pelo link <https://abortoespontaneo.wixsite.com/reportagem>. A criação de url própria foi impossibilitada pelos altos valores da assinatura anual e da obtenção de domínio noutro site. A plataforma só permite que o endereço com até 20 caracteres, logo, precisou ser renomeado de “o sangue que ninguém quer ver” para “aborto espontâneo”. As tabelas anexas a este memorial e onde constam os dados oficiais foram hiperlinkadas no texto, de forma que permita diversos caminhos de leitura para o público e lhes forneça transparência de dados, ao publicá-los na íntegra.

## 6.1 Pauta da reportagem

**Título:** O sangue que ninguém quer ver

**Repórter:** Melissa Duarte

**Tema:** Histórias de mulheres que sofreram aborto espontâneo

O aborto espontâneo é um tabu na sociedade. O assunto atravessa séculos, culturas e sociais e, ainda assim, permanece na escuridão do silenciamento. Envolve mitos, preconceitos e estigmas e pode ser observado sob as óticas da Medicina, da Psicologia, do Direito e da História, entre outros. Este trabalho irá focar no lado humano ao contar a história de cinco mulheres — de raças, classes sociais e idades distintas — que viveram pelo menos uma perda gestacional.

Nesta reportagem, pretendo descobrir as nuances e singularidades de cada vivência. Por que o tema ainda é um tabu? Por que a dor das famílias é invisibilizada na sociedade? Quais repercussões emocionais o abortamento natural provoca na vida de uma mulher? Por que os dados oficiais são tão subnotificados no Brasil?

**Objetivos da reportagem**

---

<sup>54</sup> Plataforma on-line para criar e editar sites, que permite aos usuários criar sites em HTML5 e mobile.

1. Analisar e compreender a dimensão do fenômeno do aborto espontâneo na vida das mulheres;
2. Dar voz a histórias invisibilizadas;
3. Contribuir para a quebra de tabu do tema e para a não estigmatização de mulheres que sofreram perda gestacional;
4. Utilizar o jornalismo de dados para entender e apresentar a subnotificação de casos no Brasil.

### **Contexto e história**

Há registros de abortamento ao longo dos séculos e das culturas. A percepção em torno do tema, seja provocado, seja espontâneo, reflete a sociedade, a política, a economia e os costumes em que cada época se insere. Atualmente, mulheres que sofrem e que praticam aborto são relegadas ao silenciamento, à invisibilização e à estigmatização.

### **Fontes e contatos**

Amasile Karline  
Ana Kariny Souza  
Andréa Xavier  
Angélica Seabra  
Filomena Cintra  
Josenice Gomes  
Damiana Angrimani

Os contatos foram realizados previamente por mensagem ou ligação, a fim de agendar a entrevista. No caso de Josenice, a busca se deu via assessoria de hospitais em Brasília. Cheguei até Damiana pela entrevista que ouvi no podcast Finitude e entrei em contato por e-mail e mensagem, antes da entrevista.

### **Requisitos para a cobertura**

Celular e notebook com acesso à internet.

### **Imagens**

Foram utilizadas fotos de arquivo pessoal, já que a produção de fotografias foi impossibilitada pela necessidade de distanciamento social.

### **Web**

Recursos digitais, como gráficos animados e interativos, são utilizados para traduzir dados de forma didática e para atrair leitores. A plataforma escolhida é o Canva. O design do site é realizado no Wix em parceria com as jornalistas Roberta Pissutti e Sandra Silva e as artes, em mesa digitalizadora e no Photoshop pela ilustradora Fernanda Santos.

### **Roteiro de perguntas<sup>55</sup> para Amasile, Ana Kariny, Andréa, Angélica e Filomena**

1. Me conta como sua perda espontânea?
2. Foi a primeira perda?
3. Você já tinha filhos antes?
4. O que você sentiu?
5. Como você reagiu à perda?
6. Você teve apoio das pessoas ao seu redor?
7. Como você elaborou o luto pela perda?
8. Como você se sente hoje em relação à perda do bebê?

### **Roteiro de perguntas para a ginecologista Josenice Gomes**

1. Por que é tão difícil descobrir a causa do aborto espontâneo?
2. Como é o tratamento/atendimento que a mulher recebe no hospital em caso de aborto espontâneo?

---

<sup>55</sup> Como a entrevista é um diálogo, o roteiro é utilizado como guia para as perguntas (MEDINA, 2011). Outros questionamentos surgiram ao longo das conversas.

3. O que a equipe pode fazer para amenizar o sofrimento da mulher que viveu aborto espontâneo?
4. Quais são as principais causas?
5. O aborto é uma grande causa de mortalidade materna? Por quê?
6. Existe algo que possa prevenir o aborto espontâneo?
7. Por que há tanta subnotificação em torno do aborto espontâneo?

### **Roteiro de perguntas para a psicóloga Damiana Angrimani**

1. Quais são as repercussões emocionais que um aborto espontâneo pode causar?
2. Como as mulheres (ou famílias) que sofreram perdas espontâneas chegam até seu consultório?
3. Como é o processo de luto em caso de aborto? Como elaborá-lo?
4. Existe uma média de tempo para elaborar essa perda ou depende de cada mulher e família?
5. O que um luto não elaborado pode provocar?
6. Como surgiu o interesse em trabalhar com luto fetal e gestacional?
7. Como funcionam os grupos de apoio?

## **6.2 Projeto gráfico**

O site foi montado no Wix, devido à clareza no uso e à quantidade de ferramentas e recursos disponibilizados gratuitamente. O design, feito por Melissa Duarte, Roberta Pissutti e Sandra Silva, preza pelo minimalismo, uma vez que a reportagem e as histórias das mulheres protagonizam o trabalho. O texto centralizado na página fornece espaço de respiro enquanto o alinhamento à esquerda facilita a leitura, com a quebra de linhas.

A fonte escolhida para o corpo do texto e o expediente foi Libre Baskerville (família Baskerville), na cor preta e com altura maior de “X”. O estilo clássico e serifado favorece a legibilidade em telas. A fonte para o título é Lulo Clean (toda em maiúsculas) e para assinatura, subtítulo e intertítulo, Janna — todas sem serifa. A reportagem foi diagramada em tamanhos 40 em título e intertítulos, 17 no corpo do texto e 13 legendas, com espaçamento entre linhas de 1,8cm. Confira as fontes:

**Ilustração 1 — Fonte Libre Baskerville**

A	B	C	Č	Ć	D	Đ	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	Š	T	U	V	W	X
Y	Z	Ž	a	b	c	č	ć	d	đ	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s	š	t	u
v	w	x	y	z	ž	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	'	?	'	“	!”	”	(	%	)	[	#	]
{	@	}	/	&	\	<	-	+	÷	×	=	>	®	©	\$	€	£	¥	¢	:	;	,	.	*			

Fonte: Google Fonts.

**Ilustração 2 — Fonte Lulo Clean**

ABCDEFGHIJKLMNOPQI	<a href="#">Lulo Clean One</a>
<b>ABCDEFGHIJKLMNO P Q</b>	<a href="#">Lulo Clean One Bold</a>
ABCDEFGHIJKLMNOPQI	<a href="#">Lulo Clean Two</a>
<b>ABCDEFGHIJKLMNO P Q</b>	<a href="#">Lulo Clean Two Bold</a>
ABCDEFGHIJKLMNOPQI	<a href="#">Lulo Clean Three</a>
<b>ABCDEFGHIJKLMNO P Q</b>	<a href="#">Lulo Clean Three Bold</a>

Fonte: My fonts.

**Ilustração 3 — Fonte Janna**

>	?	@	A	B	C
>	?	@	A	B	C
003E	003F	0040	0041	0042	0043
D	E	F	G	H	I
D	E	F	G	H	I
0044	0045	0046	0047	0048	0049
J	K	L	M	N	O
J	K	L	M	N	O
004A	004B	004C	004D	004E	004F
P	Q	R	S	T	U
P	Q	R	S	T	U
0050	0051	0052	0053	0054	0055
V	W	X	Y	Z	[
V	W	X	Y	Z	[
0056	0057	0058	0059	005A	005B

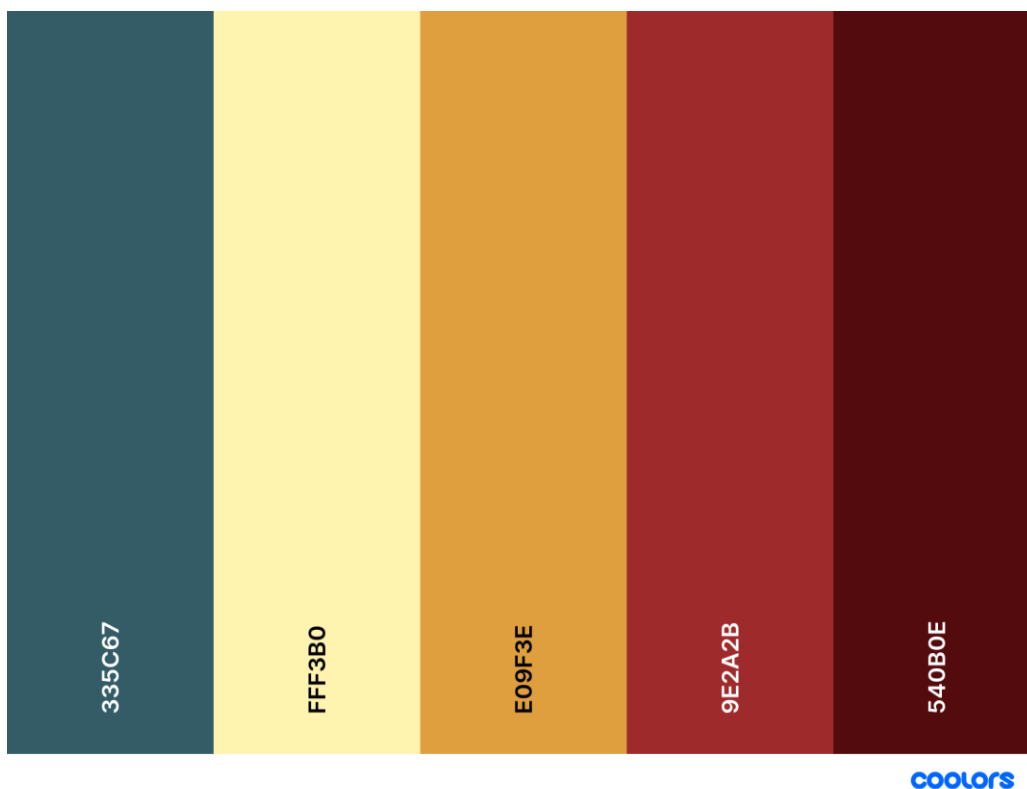
Fonte: Fonts.com

\	] ]	^	_	`	a
\	] ]	^	_	`	a
005C	005D	005E	005F	0060	0061
b	c	d	e	f	g
b	c	d	e	f	g
0062	0063	0064	0065	0066	0067
h	i	j	k	l	m
h	i	j	k	l	m
0068	0069	006A	006B	006C	006D
n	o	p	q	r	s
n	o	p	q	r	s
006E	006F	0070	0071	0072	0073
t	u	v	w	x	y
t	u	v	w	x	y
0074	0075	0076	0077	0078	0079

Fonte: Fonts.com

O texto ganha fundo em blocos de cor para quebrar a tradicionalidade do template e da diagramação, mas sem perder o minimalismo. A paleta de cores foi desenvolvida gratuitamente no site Colors. São cinco cores: verde-petróleo (Deep Space Sparkle), creme (Medium Champagne), caramelo (Indian Yellow), vermelho (Auburn) e vinho (Rosewood). A última foi a primeira a ser escolhida e originou o conceito. Confira a paleta:

#### **Ilustração 4 — Paleta de cores do site**



Fonte: Coolors.

Na terceira parte da reportagem, aborda-se o luto. Na quarta, os textos se dividem por artes, de autoria da ilustradora Fernanda Caetano. As imagens retratam as mães e o universo da (não) maternidade delas. Os desenhos foram feitos em mesa digitalizadora no Adobe Photoshop, com aplicação de texturas para retirar parte das características de vetorização. A aplicação de olhos<sup>56</sup> também ajuda a dividir o conteúdo.

#### **Ilustração 5 — Amasile Karline Franca do Nascimento Farias**

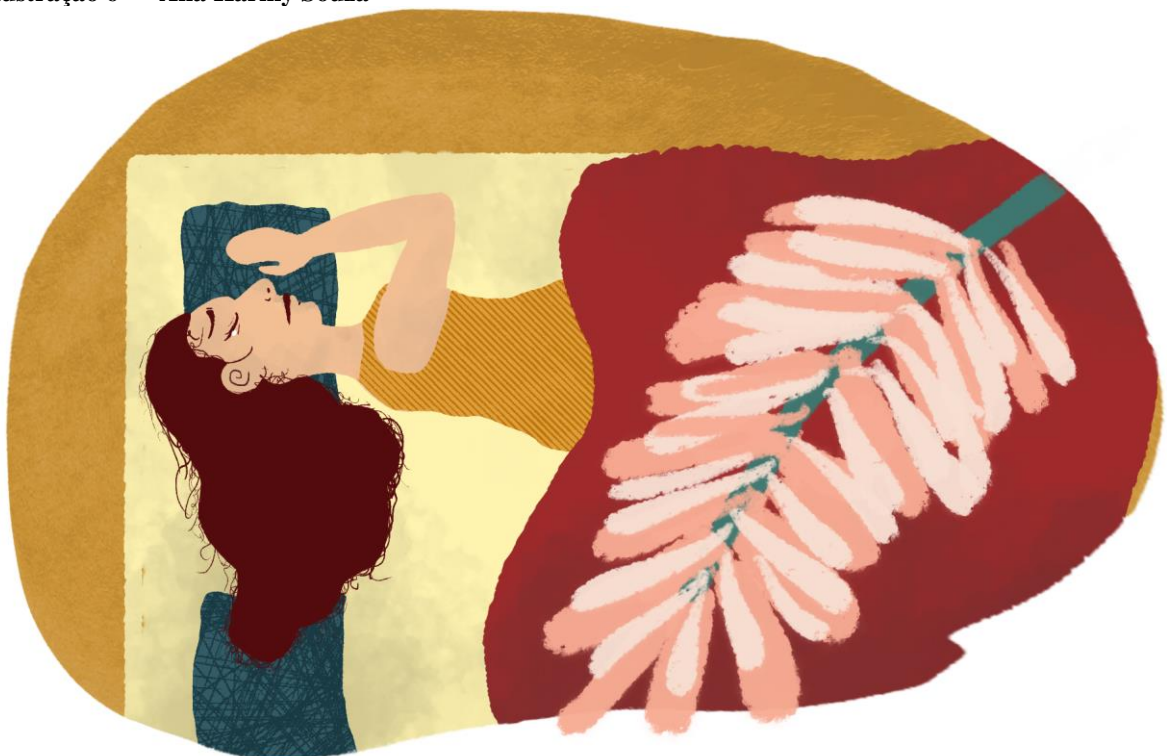
---

<sup>56</sup> Jargão jornalístico para falas em destaque no texto.



Autoria: Fernanda Caetano.

**Ilustração 6 — Ana Kariny Souza**



Autoria: Fernanda Caetano.

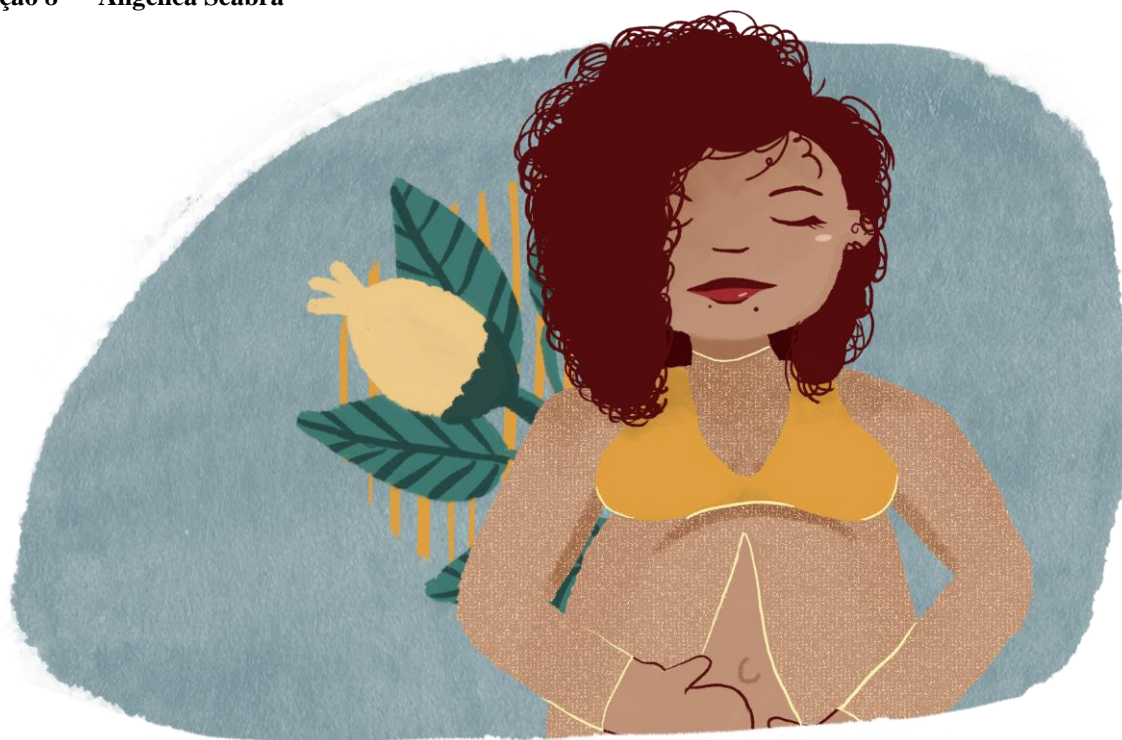
**Ilustração 7 — Andréa Xavier**





Autoria: Fernanda Caetano.

**Ilustração 8 — Angélica Seabra**



Autoria: Fernanda Caetano.

**Ilustração 9 — Filomena de Oliveira Cintra e Silva**



Autoria: Fernanda Caetano.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base neste trabalho, conclui-se que o aborto ainda permanece com um tabu, às margens da sociedade, mesmo que seja tão comum estatisticamente — e atinja de 15% a 20% das gestações no mundo. Não se fala, não se escuta, não se ouve. No caso de abortamentos intencionais, o estigma é ainda maior, assim como o silenciamento, por causa da criminalização do ato.

Existe uma capa de invisibilidade, um véu de silêncio que envolve a perda espontânea. A mulher que aborta, mesmo que naturalmente, fica marcada, para além de todas as cicatrizes deixadas por uma gravidez que chega ao fim tão abruptamente. As histórias contadas em *O sangue que ninguém quer ver* revelam a pluralidade, a singularidade e a unicidade de sentimentos e repercussões emocionais envolvidos no aborto espontâneo.

Dor, luto, culpa, medo, solidão e vazio existencial preenchem essas e muitas outras mulheres que vivenciaram a interrupção de planos, promessas, sonhos e idealizações depois da perda espontânea. Entretanto, há particularidades: religião, fé, investigação de causas e ajudar outras pessoas que também viveram um abortamento também foram mencionadas durante as entrevistas.

Como objetivo principal deste trabalho, a reportagem aqui realizada me fez mergulhar e destrinchar esses elementos a fim de dar voz a experiências tão marginalizadas e invisibilizadas. O formato digital oferece novas perspectivas e possibilita que qualquer pessoa, independente do lugar, tenha acesso ao trabalho; basta ter o endereço do site e um aparelho com acesso à internet.

Não há restrições ou limitações de espaço e de publicação. O design também contribui para que o foco se concentre nas histórias — às quais as artes agregam — e nas mulheres que sofreram aborto. Já os dados são insuficientes para retratar a questão da perda, sobretudo espontânea, no Brasil.

A disparidade entre números oficiais do DataSUS sobre abortos naturais e estimativas do total de abortamentos, feitas por organizações como a OMS, é gritante. Apesar de escancarar os subdiagnósticos e a invisibilização do tema, demonstra e fornece caminhos para aprimorar notificação de dados, que se aproxime do número real. Não é possível, entretanto, alcançar o total exato: muitos casos não chegam a unidades de saúde e algumas mulheres desconhecem a gravidez e podem confundir a perda com uma menstruação de maior fluxo.

Este TCC, que partiu de perspectivas e motivações significativamente pessoais, desembocou — ainda que parcialmente, por ser um único trabalho — na quebra de tabus e de

estigmas em torno do aborto espontâneo, antes, durante e depois da perda. Por isso, sugere-se a continuação deste estudo, a partir de análises e pesquisas quantitativas e qualitativas em diferentes áreas, além da realização de reportagens (digitais, impressas, televisivas e radiofônicas) e *podcasts* sobre o tema.

O tema pode — e deve — ser abordado sob as óticas da Comunicação, da Psicologia, das Ciências Sociais, do Direito e da História, entre outros. Dar visibilidade ao assunto é, também, promover o diálogo na sociedade, conforme a teoria de *agenda setting*. Também chamada de Teoria da Agenda ou Hipótese do Agendamento, o conceito propõe que os temas mais pautados na imprensa tendem a ser maiores objetos de assunto nos círculos sociais (MCCOMBS, 2009). Dessa forma, portanto, essa definição pode ser extrapolada para os ambientes acadêmicos e científicos, com a realização de mais trabalhos na área.

Dados podem ser explorados não só em matérias jornalísticas, bem como em pesquisas — o que pode cooperar para reduzir a subnotificação. Ademais, o maior conhecimento sobre o tema e melhorar o preenchimento de informações nos prontuários e o acompanhamento das pacientes que procuram por unidades de saúde. O maior acesso a informações pode fazer com que o tratamento proporcionado a essas mulheres seja mais humanizado. Essa mudança favorece o processo de elaboração da perda e minimiza traumas.

Escrever, falar e ouvir sobre aborto espontâneo pode contribuir para elaborar a dor, desmistificar o tema, diminuir o preconceito e naturalizar uma questão vivida por tantas mães ao longo da vida. Dessa maneira, a reportagem aqui realizada pode explorar esses pontos para ajudar a ressignificá-los. Aqui, o texto jornalístico vai além da missão de informar: apura a fundo, sente, humaniza, conscientiza e, mais do que isso, dá voz a quem não tem.

## 8 REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Helena Carneiro; ZORNIG, Sílvia. **Luto fetal: a interrupção de uma promessa**. Estilos da Clínica, v. 21, n. 2, p. 264-281, 2016.
- ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Ted Talks FMUSP. São Paulo, 2012. Disponível em: <https://youtu.be/ep354ZXXKBes>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- BRASIL. **Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.
- BRASIL. **Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, 18 nov. 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Declaração de óbito: documento necessário e importante**. Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CANAVILHAS, João. **Webjornalismo: Da pirâmide invertida à pirâmide deitada**. Jornalismo Digital de Terceira Geração, p. 26-36, 2006.
- CARDOSO, Bruno Baptista; VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro; SARACENI, Valeria. **Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?**. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, p. e00188718, 2020.
- CECATTI, José Guilherme *et al.* **Aborto no Brasil: um enfoque demográfico**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 32, n. 3, p. 105-111, 2010.
- CORDOBA, Ana Maria Gaviria *et al.* **Métodos de vigilância fetal intraparto**. Femina, 2011.
- DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. **Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 959-966, 2010.
- DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. **Pesquisa nacional de aborto 2016**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 653-660, 2017.
- FARO, José Salvador. **Reportagem: na fronteira do tempo e da cultura**. Verso e Reverso, v. 27, n. 65, p. 77-83, 2013.
- FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: Mulheres, o corpo e a acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante Editora, 2017.
- FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. Editora Cosac Naify, 2014.
- GANATRA, Bela *et al.* **From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion**. 2014.
- GANATRA, Bela *et al.* **Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model**. The Lancet. 2017.
- GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; BARBOSA, Vera Lúcia; ENDO, Paulo César. **O luto no processo de aborto provocado**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 19, n. 4, p. 462-467, 2006.
- GONÇALVES, Elizabeth Moraes; SANTOS, Marli dos. **Reportagem: narrativa em muitos estilos**. XXXVII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 2014.
- GRAY, Jonathan; BOUNEGRU, Liliana; CHAMBERS, Lucy. **Manual de Jornalismo de Dados**, 2012.
- HARVARD HEALTH PUBLISHING. **Miscarriage**. 2019. Disponível em: [https://www.health.harvard.edu/a\\_to\\_z/miscarriage-a-to-z#:~:text=About%2015%25%20to%2020%25%20of,not%20properly%20form%20a%20fetus](https://www.health.harvard.edu/a_to_z/miscarriage-a-to-z#:~:text=About%2015%25%20to%2020%25%20of,not%20properly%20form%20a%20fetus). Acesso em: 31 ago. 2020.

- IACONELLI, Vera. **Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês.** Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 10, n. 4, p. 614-623, 2007.
- IBGE. **Projeção da população.** 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 2 set. 2020.
- JORGE, Thaís de Mendonça. **Manual do foca: guia de sobrevivência para jornalistas.** Editora Contexto, 2008.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** WWF Martins Fontes, 2017.
- LAGE, Nilson. **Teoria e técnica do texto jornalístico.** Elsevier, 2005.
- LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, M. Helena P.; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. **Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna.** Cadernos de Saúde Pública, v. 16, n. 1, p. 23-30, 2000.
- LEMOS, Luana Freitas Simões; CUNHA, Ana Cristina Barros da. **Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional.** Psicologia: ciência e profissão, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015.
- LONGHI, Raquel. **A grande reportagem multimídia como gênero expressivo no ciberjornalismo.** Trabalho apresentado, n. 6º, 2015.
- LONGHI, Raquel Ritter. **O turning point da grande reportagem multimídia.** Revista FAMECOS: mídia, cultura e tecnologia, v. 21, n. 3, p. 897-917, 2014.
- MANCINI, Leonardo; VASCONCELLOS, Fabio. **Jornalismo de Dados: conceito e categorias.** Fronteiras-estudos midiáticos, v. 18, n. 1, p. 69-82, 2016.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 19, n. 2, p. 173-176, 2010.
- MCCOMBS, Maxwell. **Teoria da Agenda.** Petrópolis: Vozes, 2009
- MEDINA, Cremilda de Araújo. **Entrevista: o diálogo possível.** Série Princípios, 1.ed. -São Paulo: Ática, 2011.
- MENEZES, Greice *et al.* **Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, p. e00197918, 2020.
- MORIN, Edgar. **A entrevista nas Ciências Sociais, na rádio e na televisão.** In: MOLES, Abraham A. et alii. Linguagem da cultura de massa. Petrópolis, Vozes, 1973.
- MOTTA, Flávia de Mattos. **Sonoro silêncio: por uma história etnográfica do aborto.** Estudos Feministas, p. 681-689, 2008.
- MUZA, Júlia Costa *et al.* **Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal.** Psicologia: teoria e prática, v. 15, n. 3, p. 34-48, 2013.
- NERY, Inez Sampaio *et al.* **Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo.** Rev. Enferm. UERJ, p. 67-73, 2006.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo/Edusp, 1994.
- PRADO, Danda. **O que é aborto.** Brasiliense, 2017.
- QUAYLE, Julieta. **O abortamento espontâneo e outras perdas gestacionais.** Obstetrícia psicossomática. São Paulo: Atheneu, p. 132-153, 1997.

REBOUÇAS, Melina Séfora Souza; DUTRA, Elza Maria do Socorro. **Não nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto.** Psicologia em Estudo, v. 16, n. 3, p. 419-428, 2011.

RIO, João do. **As religiões do Rio.** Rio de Janeiro, Garnier, 1906.

RODRIGUES, Márcia Melo Laet; HOGA, Luiza Akiko Komura. **Aborto espontâneo e provocado: sentimentos vivenciados pelos homens.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, n. 1, p. 14-19, 2006.

SCHOR, N.; ALVARENGA, A. T. **O aborto: um resgate histórico e outros dados.** Rev. Bras. Cresc. Dás. Hum., São Paulo, IV (2), 1994.

SILVA, Cilene Victor da; KÜNSCH, Dimas A. **A palavra que cura, a narrativa e o jornalismo interpretativo.** LÍBERO, n. 36, p. 15-26, 2015.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença.** São Paulo: Casa do Psicólogo. Editora e Gráfica Ltda, 2004.

SODRÉ, Muniz; FERRARI, Maria Helena. **Técnica de reportagem: notas sobre a narrativa jornalística.** Summus Editorial, 1986.

ZEFERINO, Mariana Gondim Mariutti; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. **Aborto, depressão, autoestima e resiliência: uma revisão.** Saúde & Transformação Social/Health & Social Change, v. 4, n. 3, p. 115-120, 2013.

## **Apêndice A — Diário de bordo**

### **5 de março de 2020**

Marcação da primeira reunião de orientação para 13 de março, que foi suspensa por causa da pandemia da covid-19. Os encontros foram substituídos por reuniões on-line.

### **9 de março de 2020**

Criação de e-mail e Google Drive compartilhado para fins de orientação. Nele, constam bibliografia, texto, dados e planilhas.

### **17 de março de 2020**

Em reunião com a orientadora, foi decidida a mudança de planos para o TCC. As entrevistas presenciais foram suspensas para reduzir o risco de contágio pelo novo coronavírus e o trabalho, adaptado às novas circunstâncias.

### **18 de março de 2020**

Envio da bibliografia sobre aborto para confecção do calendário de orientação e atividades e fichamento do texto “ Sonoro silêncio: por uma história etnográfica do aborto” (MOTTA, 2008).

### **19 de março de 2020**

Fichamento de “Não nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto” (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

### **23 de março de 2020**

Suspensão do calendário acadêmico do 1º/2020 em razão da covid-19.

### **13 de maio de 2020**



Reorganização do calendário de orientação e atividades.

### **12 de junho de 2020**

Envio da introdução do TCC.

### **16 de junho de 2020**

Recebimento das correções da introdução e fichamento de “Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo” (NERY *et al.*, 2006.)

### **20 de junho de 2020**

Fichamento de “O aborto: um resgate histórico e outros dados” (SCHOR; ALVVARENGA, 1994).

### **28 de julho de 2020**

Fichamento de “A grande reportagem multimídia como gênero expressivo no ciberjornalismo” (LONGHI, 2015).

### **30 de julho de 2020**

Fichamento de “O turning point da grande reportagem multimídia” (LONGHI, 2014).

### **10 de agosto de 2020**

Fichamento de “Aborto espontâneo e provocado: sentimentos vivenciados pelos homens” (RODRUGUES; HOGA, 2006).

### **12 de agosto de 2020**

Fichamento de “Aborto no Brasil: um enfoque demográfico” (CECATTI *et al.*, 2010).

**27 de setembro de 2020**

Entrevista com Amasile Karline.

**28 de setembro de 2020**

Entrevista com Filomena Cintra.

**3 de outubro de 2020**

Entrevista com Angélica Seabra.

**5 de outubro de 2020**

Fichamento de “Entrevista: o diálogo possível” (MEDINA, 2011).

**10 de outubro de 2020**

Entrevista com Andréa Xavier.

**11 de outubro de 2020**

Fichamento de “Reportagem: na fronteira do tempo e da cultura” (FARO, 2013) e início de “Manual do foca” (JORGE, 2008).

**12 de outubro de 2020**

Entrevista com Josenice Gomes.

**18 de outubro de 2020**

Fichamento de “Técnica de reportagem: notas sobre a narrativa jornalística” (SODRÉ; FERRARI, 1986).

## **22 de outubro de 2020**

Fichamento de “Webjornalismo: Da pirâmide invertida à pirâmide deitada” (CANAVILHAS, 2006).

## **5 de novembro de 2020**

Fichamento de “Reportagem: narrativa em muitos estilos” (GONÇALVES; SANTOS, 2014).

## **7 de novembro de 2020**

Entrevista com Ana Kariny Souza.

## **8 de novembro de 2020**

Entrevista com Damiana Angrimani.

## **14 de novembro de 2020**

Fichamento de “Manual de Jornalismo de Dados” (GRAY; BOUNEGRU; CHAMBERS, 2012).

## **22 de novembro de 2020**

Reunião e montagem do site e encomenda das artes.

## ANEXOS

### Anexo 1 — Causas de óbitos fetais até 22 semanas

CID-10	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
A50 Sífilis congênita	-	-	10	11	15	11	15	12	13	21	108
P00 Feto e recém-nascido afetado por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	42	76	192	239	294	274	201	168	193	211	1890
P01 Feto ou recém-nascido afetado por complicações maternas da gravidez	93	102	252	209	273	259	174	165	200	207	1934
P02 Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas	177	179	373	430	454	443	282	273	289	269	3169
P03 Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto	23	33	48	55	42	39	19	21	33	29	342
P04 Feto e recém-nascido afetados por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta ou leite materno	2	2	5	13	16	10	13	7	8	8	84
P05 Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal	5	11	16	17	12	12	6	8	3	12	102
P07 Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte	51	51	75	50	46	58	34	16	27	23	431
P08 Transtornos relacionados com a gestação prolongada e peso elevado ao nascer	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	3
P10 Laceração intracraniana e hemorragia devidas a traumatismo de parto	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
P11 Outros traumatismos de parto do sistema nervoso central	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	3
P13 Lesões do esqueleto devidas a traumatismo de parto	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
P15 Outros traumatismos de parto	1	-	1	-	4	1	-	-	-	-	7
P20 Hipoxia intra-uterina	344	342	594	655	684	667	481	407	416	423	5013
P25 Enfisema intersticial e afecções correlatas originadas no período perinatal	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2
P26 Hemorragia pulmonar originada no período perinatal	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
P28 Outras afecções respiratórias originadas no período perinatal	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
P29 Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	14
P35 Doenças virais congênitas <sup>57</sup>	-	1	1	-	1	1	-	1	2	-	7
P37 Outras doenças infecciosas e parasitárias congênitas	-	-	2	1	-	2	2	1	-	-	8
P39 Outras infecções específicas do período perinatal <sup>58</sup>	4	2	4	5	4	5	2	9	5	5	45
P50 Perda sanguínea fetal	3	1	2	3	-	2	1	-	-	4	16
P52 Hemorragia intracraniana não-traumática do feto e do recém-nascido	-	-	1	1	3	-	1	-	-	1	7

<sup>57</sup> Também é chamada de síndrome da rubéola congênita.

<sup>58</sup> Também é conhecida como infecção própria do período perinatal não especificada.

P54 Outras hemorragias neonatais	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
P55 Doença hemolítica do feto e do recém-nascido	2	1	-	1	-	4	2	2	1	3	16
P56 Hidropsia fetal devida a doença hemolítica	-	-	2	9	4	3	1	1	1	2	23
P60 Coagulação intravascular disseminada do feto e do recém-nascido	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	3
P70 Transtornos transitórios do metabolismo dos carboidratos específicos do feto e do recém-nascido	1	3	7	14	9	8	4	11	10	10	77
P74 Outros distúrbios eletrolíticos e metabólicos transitórios do período neonatal	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
P77 Enterocolite necrotizante do feto e do recém-nascido	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
P78 Outros transtornos do aparelho digestivo do período perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
P83 Outras afecções comprometendo o tegumento <sup>59</sup> específicas do feto e do recém-nascido	10	7	17	27	17	29	20	16	17	28	188
P95 Morte fetal de causa não especificada	339	357	601	729	664	660	417	429	377	448	5021
P96 Outras afecções originadas no período perinatal	86	77	80	92	62	63	41	28	33	32	594
Q00 Anencefalia e malformações similares	4	5	17	17	22	13	20	10	19	20	147
Q01 Encefalocele <sup>60</sup>	-	1	-	-	2	-	-	-	-	1	4
Q02 Microcefalia	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	3
Q03 Hidrocefalia congênita	1	1	4	2	2	1	3	1	6	4	25
Q04 Outras malformações congênitas do cérebro	-	1	4	1	2	3	3	2	3	4	23
Q05 Espinha bífida	2	1	-	1	1	3	1	2	1	2	14
Q07 Outras malformações congênitas do sistema nervoso	1	-	2	-	-	-	-	1	-	1	5
Q18 Outras malformações congênitas da face e pescoço	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2
Q20 Malformações congênitas das câmaras e das comunicações cardíacas	-	-	1	1	1	-	-	2	1	-	6
Q21 Malformações congênitas dos septos cardíacos	-	-	-	-	-	-	2	-	2	1	5
Q23 Malformações congênitas das valvas aórtica e mitral	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	3
Q24 Outras malformações congênitas do coração	1	1	4	6	10	6	2	2	6	5	43
Q26 Malformações congênitas das grandes veias	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2
Q27 Outras malformações congênitas do sistema vascular periférico	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2
Q28 Outras malformações congênitas do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Q33 Malformações congênitas do pulmão	-	1	4	2	1	3	2	1	2	1	17

<sup>59</sup> Conjunto composto por pele e anexos.

<sup>60</sup> *Cranium bifidum*. O defeito do tubo neural inclui herniação do cérebro e das meninges por aberturas no crânio.

Q34 Outras malformações congênicas aparelho respiratório	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Q35 Fenda palatina	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Q39 Malformações congênicas do esôfago	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Q41 Ausência, atresia e estenose congênita do intestino delgado	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	2
Q43 Outras malformações congênicas do intestino	-	1	2	-	1	-	-	-	1	-	5
Q44 Malformações congênicas da vesícula biliar, das vias biliares e do fígado	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2
Q45 Outras malformações congênicas aparelho digestivo	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2
Q55 Outras malformações congênicas dos órgãos genitais masculinos	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Q56 Sexo indeterminado e pseudohermafroditismo	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Q60 Agenesia renal e outros defeitos de redução do rim	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	13
Q61 Doenças císticas do rim	-	-	1	-	1	1	1	2	1	-	7
Q62 Anomalias congênicas obstrutivas da pelve renal e malformações congênicas do ureter	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2
Q63 Outras malformações congênicas do rim	1	-	1	-	3	-	-	-	1	2	8
Q64 Outras malformações congênicas do aparelho urinário	2	-	-	-	2	-	-	8	-	1	13
Q75 Outras malformações congênicas dos ossos do crânio e da face	-	-	-	1	1	3	2	-	1	1	9
Q76 Malformações congênicas da coluna vertebral e dos ossos do tórax	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Q77 Osteocondrodisplasia <sup>61</sup> com anomalias de crescimento dos ossos longos e da coluna vertebral	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Q78 Outras osteocondrodisplasias	-	-	1	-	-	-	1	2	-	-	4
Q79 Malformações congênicas do sistema osteomuscular não classificadas em outra parte	2	-	3	1	4	3	2	3	4	4	26
Q87 Outras síndromes com malformações congênicas que acometem múltiplos sistemas	2	-	-	1	-	1	1	1	3	2	11
Q89 Outras malformações congênicas não classificadas em outra parte	23	35	42	57	73	60	49	46	36	46	467
Q90 Síndrome de Down	-	-	4	3	2	2	-	-	1	2	14
Q91 Síndrome de Edwards e síndrome de Patau	-	-	2	2	2	3	3	5	5	6	28
Q92 Outras trissomias e trissomias parciais dos autossomos, não classificadas em outra parte	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2
Q93 Monossomias e deleções dos autossomos, não classificadas em outra parte	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Q96 Síndrome de Turner	-	-	4	2	4	2	3	4	2	2	23

<sup>61</sup> Crescimento anômalo de ossos ou cartilagens.

Q97 Outras anomalias dos cromossomos sexuais, fenótipo feminino, não classificadas em outra parte	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Q98 Outras anomalias dos cromossomos sexuais, fenótipo masculino, não classificadas em outra parte <sup>62</sup>	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Q99 Outras anomalias dos cromossomos, não classificadas em outra parte	2	2	2	1	2	4	1	1	3	2	20
Total	1228	1299	2393	2666	2752	2669	1820	1671	1736	1853	20087

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

#### Anexo 2 — Total de nascidos vivos

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Norte	310726	306422	313745	308375	313272	321682	320924	307526	312682	319228	313458
RO	26083	25835	27658	26513	27097	27560	27918	26602	27503	28091	270860
AC	16892	16495	17817	16700	17075	17139	16980	15773	16358	16543	167772
AM	75729	74188	76202	77434	79041	81145	80097	76703	78066	78087	776692
RR	9673	9738	9945	10601	10814	11120	11412	11376	11737	13344	109760
PA	143140	140687	141974	137837	139416	143503	143657	137681	138684	141819	140839
AP	14298	15008	15114	14895	15710	16271	15750	15521	15399	15864	153830
TO	24911	24471	25035	24395	24119	24944	25110	23870	24935	25480	247270
Nordeste	865098	841160	851004	832631	821458	833090	846374	796119	817311	836850	834109
MA	123635	119566	121109	116039	115000	117071	117564	110493	112985	117156	117061
PI	50996	49424	50144	47962	46419	47941	49253	46986	48551	49490	487166
CE	131393	128831	128592	126868	124876	128681	132516	126246	127797	131491	128729
RN	48931	47668	48101	46993	46798	48111	49099	45366	46222	48107	475396
PB	60021	58699	58741	56770	56854	57535	59089	56083	57493	60205	581490
PE	141815	136591	140079	141382	141453	143489	145024	130733	135932	138317	139481
AL	55471	54164	54281	52510	52488	51859	52257	48164	50368	52496	524058
SE	35109	34016	34925	34108	34228	34369	34917	32218	33867	34256	342013
BA	217727	212201	215032	209999	203342	204034	206655	199830	204096	205332	207824
Sudeste	111923	112359	114374	115284	114762	118294	119623	112749	115183	114700	114925
MG	252676	255126	259863	260544	258635	267130	268305	253520	260959	263640	260039
ES	51457	51853	53053	52835	54065	56548	56941	53413	55846	56721	542732

<sup>62</sup> Síndrome de Klinefelter.

RJ	216625	215262	220603	222859	224031	233584	236960	219129	223224	220499	223277 6
SP	598473	601352	610222	616608	610896	625687	634026	601437	611803	606146	611665 0
Sul	366358	369905	378093	381658	386983	396462	406529	391790	397604	395857	387123 9
PR	149217	152051	152902	153945	155758	159915	160947	155066	157701	156201	155370 3
SC	83489	84611	87481	88772	89875	93232	97223	95313	98335	99609	917940
RS	133652	133243	137710	138941	141350	143315	148359	141411	141568	140047	139959 6
Centro-Oeste	220168	220788	226577	230279	234687	245076	247609	234866	244106	245991	235014 7
MS	40274	40132	42152	42252	42296	44058	44142	42432	44747	44275	426760
MT	48477	48929	51218	51256	53039	56499	56673	53531	57271	58649	535542
GO	87485	87476	89742	93274	94822	99798	100672	95563	97520	98872	945224
DF	43932	44251	43465	43497	44530	44721	46122	43340	44568	44195	442621
Total	288158 1	286186 8	291316 0	290578 9	290402 7	297925 9	301766 8	285780 0	292353 5	294493 2	291896 19

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

### Anexo 3 — Total de óbitos fetais

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Norte	3795	3277	3495	3613	3561	3642	3630	3400	3483	3608	35504
RO	257	260	249	248	241	260	262	246	244	258	2525
AC	154	148	152	144	191	183	184	175	160	182	1673
AM	871	720	757	858	804	914	986	904	892	886	8592
RR	93	88	88	129	130	106	99	118	131	129	1111
PA	1932	1671	1742	1790	1702	1697	1623	1522	1614	1686	16979
AP	179	163	206	165	206	190	195	187	203	223	1917
TO	309	227	301	279	287	292	281	248	239	244	2707
Nordeste	11495	11206	11131	11195	11073	10750	11352	10041	10199	10371	108813
MA	1666	1663	1627	1565	1641	1673	1722	1474	1551	1556	16138
PI	700	711	695	695	693	661	671	618	650	643	6737
CE	1654	1681	1607	1607	1507	1462	1618	1384	1382	1483	15385
RN	609	559	544	528	565	498	585	553	538	490	5469
PB	729	687	709	684	669	676	656	667	631	650	6758
PE	1693	1552	1670	1682	1686	1636	1774	1523	1513	1554	16283
AL	730	638	684	681	674	651	676	523	573	631	6461



SE	494	472	440	464	418	427	448	369	394	396	4322
BA	3220	3243	3155	3289	3220	3066	3202	2930	2967	2968	31260
Sudeste	11534	11094	11449	12063	11747	12109	12192	11397	11419	11245	116249
MG	2895	2802	2868	2898	2878	3001	3020	2758	2769	2699	28588
ES	514	478	555	506	556	541	560	493	499	485	5187
RJ	2813	2635	2787	2948	2794	2980	2869	2688	2894	2747	28155
SP	5312	5179	5239	5711	5519	5587	5743	5458	5257	5314	54319
Sul	3127	3236	3254	3239	3288	3375	3388	3171	3186	3098	32362
PR	1346	1397	1401	1332	1340	1332	1377	1146	1180	1134	12985
SC	630	633	639	676	759	781	780	781	790	773	7242
RS	1151	1206	1214	1231	1189	1262	1231	1244	1216	1191	12135
Centro-Oeste	2196	2116	2284	2119	2312	2269	2432	2201	2333	2368	22630
MS	478	432	467	399	464	450	457	426	480	426	4479
MT	536	485	527	481	533	500	568	529	533	539	5231
GO	766	782	878	862	946	966	987	851	919	991	8948
DF	416	417	412	377	369	353	420	395	401	412	3972
Total	32147	30929	31613	32229	31981	32145	32994	30210	30620	30690	315558

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

#### Anexo 4 — Total de gestações

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Norte	314521	309699	317240	311988	316833	325324	324554	310926	316165	322836	3170086
RO	26340	26095	27907	26761	27338	27820	28180	26848	27747	28349	273385
AC	17046	16643	17969	16844	17266	17322	17164	15948	16518	16725	169445
AM	76600	74908	76959	78292	79845	82059	81083	77607	78958	78973	785284
RR	9766	9826	10033	10730	10944	11226	11511	11494	11868	13473	110871
PA	145072	142358	143716	139627	141118	145200	145280	139203	140298	143505	1425377
AP	14477	15171	15320	15060	15916	16461	15945	15708	15602	16087	155747
TO	25220	24698	25336	24674	24406	25236	25391	24118	25174	25724	249977
Nordeste	876593	852366	862135	843826	832531	843840	857726	806160	827510	847221	8449908
MA	125301	121229	122736	117604	116641	118744	119286	111967	114536	118712	1186756
PI	51696	50135	50839	48657	47112	48602	49924	47604	49201	50133	493903
CE	133047	130512	130199	128475	126383	130143	134134	127630	129179	132974	1302676
RN	49540	48227	48645	47521	47363	48609	49684	45919	46760	48597	480865
PB	60750	59386	59450	57454	57523	58211	59745	56750	58124	60855	588248
PE	143508	138143	141749	143064	143139	145125	146798	132256	137445	139871	1411098
AL	56201	54802	54965	53191	53162	52510	52933	48687	50941	53127	530519
SE	35603	34488	35365	34572	34646	34796	35365	32587	34261	34652	346335
BA	220947	215444	218187	213288	206562	207100	209857	202760	207063	208300	2109508

Sudeste	113076 5	113468 7	115519 0	116490 9	115937 4	119505 8	120842 4	113889 6	116325 1	115825 1	116088 05
MG	255571	257928	262731	263442	261513	270131	271325	256278	263728	266339	262898 6
ES	51971	52331	53608	53341	54621	57089	57501	53906	56345	57206	547919
RJ	219438	217897	223390	225807	226825	236564	239829	221817	226118	223246	226093 1
SP	603785	606531	615461	622319	616415	631274	639769	606895	617060	611460	617096 9
Sul	369485	373141	381347	384897	390271	399837	409917	394961	400790	398955	390360 1
PR	150563	153448	154303	155277	157098	161247	162324	156212	158881	157335	156668 8
SC	84119	85244	88120	89448	90634	94013	98003	96094	99125	100382	925182
RS	134803	134449	138924	140172	142539	144577	149590	142655	142784	141238	141173 1
Centro-Oeste	222364	222904	228861	232398	236999	247345	250041	237067	246439	248359	237277 7
MS	40752	40564	42619	42651	42760	44508	44599	42858	45227	44701	431239
MT	49013	49414	51745	51737	53572	56999	57241	54060	57804	59188	540773
GO	88251	88258	90620	94136	95768	100764	101659	96414	98439	99863	954172
DF	44348	44668	43877	43874	44899	45074	46542	43735	44969	44607	446593
Total	291372 8	289279 7	294477 3	293801 8	293600 8	301140 4	305066 2	288801 0	295415 5	297562 2	295051 77

Fonte: a autora, com base no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

#### Anexo 5 — Óbitos maternos

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Norte	209	192	196	193	232	253	214	223	240	230	2182
RO	17	16	15	17	18	22	14	15	19	10	163
AC	7	6	6	9	10	8	10	9	8	9	82
AM	67	70	52	50	50	78	52	55	50	71	595
RR	10	1	6	4	6	5	11	6	6	10	65
PA	82	78	85	94	120	117	95	103	129	108	1011
AP	4	3	6	6	14	8	13	17	7	14	92
TO	22	18	26	13	14	15	19	18	21	8	174
Nordeste	631	598	587	546	617	594	580	538	538	525	5754
MA	104	123	105	84	111	93	117	110	97	92	1036
PI	44	47	45	48	44	33	41	38	35	42	417
CE	87	91	88	88	93	84	65	74	84	90	844
RN	25	16	33	31	22	36	30	31	35	25	284
PB	33	29	31	27	40	31	38	49	36	32	346
PE	88	76	79	73	91	91	98	71	84	80	831
AL	19	32	28	24	31	54	30	25	16	26	285
SE	36	23	29	24	23	23	18	18	17	20	231
BA	195	161	149	147	162	149	143	122	134	118	1480
Sudeste	695	604	540	529	569	610	631	605	670	606	6059
MG	109	119	95	88	123	131	125	119	118	135	1162

ES	44	34	32	34	26	50	36	21	33	32	342
RJ	203	180	164	180	180	166	159	157	171	136	1696
SP	339	271	249	227	240	263	311	308	348	303	2859
Sul	201	193	168	183	135	149	166	157	143	146	1641
PR	107	90	79	59	65	66	83	73	50	60	732
SC	19	24	22	32	26	24	30	29	38	35	279
Rio Grande do Sul	75	79	67	92	44	59	53	55	55	51	630
Centro-Oeste	136	132	119	132	133	133	147	147	127	151	1357
MS	36	30	29	29	22	26	31	28	21	29	281
MT	35	35	34	30	38	36	43	42	34	34	361
GO	41	47	37	54	49	51	57	53	51	64	504
DF	24	20	19	19	24	20	16	24	21	24	211
Total	1872	1719	1610	1583	1686	1739	1738	1670	1718	1658	16993

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

#### Anexo 6 — Óbitos maternos tardios

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Norte	1	1	0	6	8	12	12	19	16	21	96
RO	1	0	0	1	3	2	4	3	3	3	20
AC	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
AM	0	0	0	2	1	1	3	9	3	12	31
RR	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
PA	0	0	0	2	3	8	3	5	6	4	31
AP	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TO	0	0	0	0	1	1	1	1	4	1	9
Nordeste	18	12	36	28	30	49	43	39	38	70	363
MA	4	4	5	5	2	3	4	0	2	1	30
PI	4	5	11	3	8	11	5	9	4	9	69
CE	6	2	7	6	2	11	8	4	2	24	72
RN	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	4
PB	0	0	0	4	3	2	6	6	4	8	33
PE	1	0	2	0	0	9	9	4	18	19	62
AL	0	0	4	0	0	0	0	1	0	0	5
SE	1	0	1	3	0	1	2	0	3	1	12
BA	2	0	6	7	15	12	9	14	5	6	76
Sudeste	16	29	39	42	57	76	61	53	65	64	502
MG	0	1	0	0	4	8	5	1	9	5	33
ES	0	0	5	3	11	18	11	9	12	9	78
RJ	9	23	25	27	29	27	28	28	32	38	266
SP	7	5	9	12	13	23	17	15	12	12	125
Sul	26	26	34	28	36	42	54	29	31	34	340
PR	10	3	16	6	6	12	17	11	7	22	110
SC	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
RS	16	23	18	22	30	29	36	18	23	12	227

Centro-Oeste	6	1	7	4	11	5	9	19	17	20	99
MS	6	0	6	4	7	4	3	6	8	2	46
MT	0	1	1	0	2	1	6	11	6	12	40
GO	0	0	0	0	1	0	0	2	3	6	12
DF	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total	67	69	116	108	142	184	179	159	167	209	1400

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

#### Anexo 7 — Total de óbitos maternos

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Norte	210	193	196	199	240	265	226	242	256	251	2278
RO	18	16	15	18	21	24	18	18	22	13	183
AC	7	7	6	10	10	8	10	9	8	9	84
AM	67	70	52	52	51	79	55	64	53	83	626
RR	10	1	6	4	6	5	11	7	6	11	67
PA	82	78	85	96	123	125	98	108	135	112	1042
AP	4	3	6	6	14	8	14	17	7	14	93
TO	22	18	26	13	15	16	20	19	25	9	183
Nordeste	649	610	623	574	647	643	623	577	576	595	6117
MA	108	127	110	89	113	96	121	110	99	93	1066
PI	48	52	56	51	52	44	46	47	39	51	486
CE	93	93	95	94	95	95	73	78	86	114	916
RN	25	17	33	31	22	36	30	32	35	27	288
PB	33	29	31	31	43	33	44	55	40	40	379
PE	89	76	81	73	91	100	107	75	102	99	893
AL	19	32	32	24	31	54	30	26	16	26	290
SE	37	23	30	27	23	24	20	18	20	21	243
BA	197	161	155	154	177	161	152	136	139	124	1556
Sudeste	711	633	579	571	626	686	692	658	735	670	6561
MG	109	120	95	88	127	139	130	120	127	140	1195
ES	44	34	37	37	37	68	47	30	45	41	420
RJ	212	203	189	207	209	193	187	185	203	174	1962
SP	346	276	258	239	253	286	328	323	360	315	2984
Sul	227	219	202	211	171	191	220	186	174	180	1981
PR	117	93	95	65	71	78	100	84	57	82	842
SC	19	24	22	32	26	25	31	29	39	35	282
RS	91	102	85	114	74	88	89	73	78	63	857
Centro-Oeste	142	133	126	136	144	138	156	166	144	171	1456
MS	42	30	35	33	29	30	34	34	29	31	327
MT	35	36	35	30	40	37	49	53	40	46	401
GO	41	47	37	54	50	51	57	55	54	70	516
DF	24	20	19	19	25	20	16	24	21	24	212
Total	1939	1788	1726	1691	1828	1923	1917	1829	1885	1867	18393

Fonte: a autora, com base no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

**Anexo 8 — Abortos espontâneos por faixa etária da mulher**

	Menor de 10 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	Idade ignorada	Total
Norte	-	77	675	670	499	349	180	58	5	-	1	126	2640
RO	-	2	29	31	25	18	14	3	-	-	-	17	139
AC	-	2	31	11	19	12	7	2	1	-	-	1	86
AC	-	18	141	132	94	85	52	12	-	-	-	17	551
RR	-	6	18	23	18	8	4	1	-	-	-	5	83
PA	-	39	370	371	275	175	80	35	4	-	1	52	1402
AP	-	3	40	48	29	22	11	3	-	-	-	20	176
TO	-	7	46	54	39	29	12	2	-	-	-	14	203
Nordeste	-	140	1432	1560	1234	964	619	215	17	1	-	529	6711
MA	-	21	234	246	188	140	75	24	1	1	-	62	992
PI	-	6	76	101	77	52	41	10	1	-	-	36	400
CE	-	21	184	192	175	129	72	31	3	-	-	55	862
RN	-	12	79	95	79	57	47	16	-	-	-	40	425
PB	-	6	78	75	60	38	37	8	1	-	-	35	338
PE	-	19	195	245	152	145	70	35	3	-	-	75	939
AL	-	8	78	64	47	35	20	7	-	-	-	25	284
SE	-	5	57	77	55	56	39	7	1	-	-	6	303
BA	-	42	451	465	401	312	218	77	7	-	-	195	2168
Sudeste	-	131	1378	1605	1389	1225	783	260	24	-	-	713	7508
MG	-	31	372	424	426	323	235	83	8	-	-	202	2104
ES	-	3	52	55	34	43	20	7	-	-	-	42	256
RJ	-	43	393	429	340	305	161	59	4	-	-	125	1859
SP	-	54	561	697	589	554	367	111	12	-	-	344	3289

Sul	1	37	378	411	336	317	179	62	4	-	-	122	1847
PR	-	23	179	188	142	136	77	26	1	-	-	25	797
SC	-	5	80	92	69	76	35	10	1	-	-	27	395
RS	1	9	119	131	125	105	67	26	2	-	-	70	655
Centro -Oeste	-	33	275	343	278	200	138	30	-	-	-	84	1381
MS	-	13	60	67	61	43	37	6	-	-	-	4	291
MT	-	5	73	89	60	52	29	2	-	-	-	16	326
GO	-	13	108	134	116	64	43	16	-	-	-	39	533
DF	-	2	34	53	41	41	29	6	-	-	-	25	231
Total	1	418	4138	4589	3736	3055	1899	625	50	1	1	1574	20087

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

#### Anexo 9 — Abortos espontâneos por cor e raça

	Branca	Preta	Parda	Indígena	Ignorado	Total
Norte	-	-	5	5	2630	2640
RO	-	-	-	1	138	139
AC	-	-	-	1	85	86
AM	-	-	1	3	547	551
RR	-	-	-	-	83	83
PA	-	-	4	-	1398	1402
AP	-	-	-	-	176	176
TO	-	-	-	-	203	203
Nordeste	2	-	6	4	6699	6711
MA	-	-	-	-	992	992
PI	-	-	-	-	400	400
CE	-	-	3	-	859	862

RN	1	-	-	-	424	425
PB	-	-	-	1	337	338
PE	-	-	2	3	934	939
AL	-	-	-	-	284	284
SE	1	-	-	-	302	303
BA	-	-	1	-	2167	2168
Sudeste	13	1	12	-	7482	7508
MG	-	-	-	-	2104	2104
ES	1	-	3	-	252	256
RJ	3	1	6	-	1849	1859
SP	9	-	3	-	3277	3289
Sul	4	-	1	2	1840	1847
PR	1	-	-	-	796	797
SC	-	-	-	1	394	395
RS	3	-	1	1	650	655
Centro-Oeste	1	-	5	1	1374	1381
MS	-	-	-	-	291	291
MT	1	-	3	1	321	326
GO	-	-	2	-	531	533
DF	-	-	-	-	231	231
Total	20	1	29	12	20025	20087

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

**Anexo 10 — Mortalidade materna por aborto por faixa etária detalhada da mulher**

Faixa Etária det	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
10 a 14 anos	-	1	1	1	-	1	-	3	1	1	9
15 a 19 anos	7	15	15	10	16	5	9	7	13	12	109
20 a 24 anos	23	15	15	20	11	12	15	7	10	14	142
25 a 29 anos	26	25	20	14	19	15	22	16	19	8	184
30 a 34 anos	18	16	14	8	11	13	16	11	15	16	138
35 a 39 anos	17	6	9	9	12	7	7	9	9	10	95
40 a 44 anos	6	1	3	6	8	1	2	4	1	6	38
45 a 49 anos	-	-	-	1	2	1	1	-	1	1	7
50 a 54 anos	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	98	79	77	69	79	55	72	57	69	68	723

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

#### Anexo 11 — Causas gerais de mortalidade materna

Categoria CID-10	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
A34 Tetano obstetrico	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	38	49	32	32	26	22	22	13	12	16	262
B21 Doenc p/HIV result em neopl malig	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
B22 Doenc p/HIV result em outr doenc espec	6	1	4	4	2	4	1	2	2	1	27
B23 Doenc p/HIV result em outr doenc	1	-	-	-	1	1	-	-	1	-	4
B24 Doenc p/HIV NE	9	8	8	6	5	3	8	2	2	-	51
D39 Neopl comp incerto/desconh org genitais fem	-	-	-	-	1	2	-	2	-	-	5
F53 Transt mentais comport assoc puerperio NCOP	1	2	2	1	5	2	-	-	1	2	16
O00 Gravidez ectopica	44	42	35	36	42	53	35	45	42	46	420
O01 Mola hidatiforme	6	11	4	3	7	4	3	8	9	5	60
O02 Outr produtos anormais da concepcao	21	22	19	12	13	9	11	17	18	13	155
O03 Aborto espontaneo	8	5	8	13	13	14	16	11	23	24	135
O04 Aborto p/razoes medicas e legais	-	1	1	-	1	-	3	1	1	2	10
O05 Outr tipos de aborto	10	16	10	11	10	12	5	15	5	8	102
O06 Aborto NE	56	48	49	40	45	25	34	21	34	27	379
O07 Falha de tentativa de aborto	24	9	9	5	10	4	14	8	5	7	95



O08 Complic conseq aborto gravidez ectop molar	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
O10 Hipertens pre-exist complic grav parto puerp	35	24	33	38	30	27	28	19	27	27	27	288
O11 Dist hipertens pre-exist proteinuria superp	1	5	3	5	3	5	3	8	5	8	8	46
O12 Edema e proteinuria gestac s/hipertensao	-	1	1	2	4	-	2	1	2	2	2	15
O13 Hipertensao gestacional s/proteinuria signif	12	14	17	17	22	33	24	22	20	22	22	203
O14 Hipertensao gestacional c/proteinuria signif	126	120	116	105	111	123	119	116	132	112	112	1180
O15 Eclampsia	169	167	155	153	175	140	164	155	155	152	152	1585
O16 Hipertensao materna NE	45	32	26	31	27	21	19	20	20	19	19	260
O20 Hemorragia do inicio da gravidez	-	1	-	1	-	3	1	-	2	2	2	10
O21 Vomitos excessivos na gravidez	2	3	2	2	4	2	1	2	-	6	6	24
O22 Complic venosas na gravidez	2	3	3	3	3	3	7	6	10	4	4	44
O23 Infecç do trato geniturinario na gravidez	39	20	22	20	51	46	36	39	34	39	39	346
O24 Diabetes mellitus na gravidez	9	9	8	6	8	11	13	15	9	15	15	103
O25 Desnutric na gravidez	1	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	5
O26 Assist materna outr complic lig predom grav	9	19	17	18	16	13	23	15	20	18	18	168
O29 Complic anestesia admin durante gravidez	1	-	1	-	1	2	-	1	1	1	1	8
O30 Gestacao mult	1	1	-	-	2	1	2	-	-	-	-	7
O31 Complic especificas de gestacao mult	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
O32 Assist prest mae apres anorm conh susp feto	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	3
O33 Assist prest mae desprop conhecida suspeita	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	2	6
O34 Assist prest mae anor conh susp org pelv mat	4	1	2	2	-	-	1	-	1	4	4	15
O35 Assist prest mae anorm lesao fet conh susp	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
O36 Assist prest mae outr probl fet conh susp	5	4	3	9	1	3	-	-	2	2	2	29
O40 Polihidramnio	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
O41 Outr transt membranas e liquido amniotico	6	14	6	7	12	8	12	14	16	10	10	105
O42 Ruptura prematura de membranas	2	2	3	4	3	3	2	2	2	4	4	27
O43 Transt da placenta	4	4	3	3	1	2	5	3	8	8	8	41
O44 Placenta previa	19	14	8	16	24	10	11	17	13	19	19	151
O45 Descolamento prematuro da placenta	58	49	48	37	38	47	48	45	60	50	50	480
O46 Hemorragia anteparto NCOP	17	13	12	16	10	11	17	15	13	11	11	135
O47 Falso trabalho de parto	2	1	-	2	-	-	1	1	1	-	-	8
O48 Gravidez prolongada	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	3
O60 Trabalho de parto pre-termo	1	1	-	-	2	1	1	2	1	3	3	12
O61 Falha na inducao do trabalho de parto	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	3

O62 Anormalidades da contracção uterina	68	90	85	60	63	75	66	56	68	39	670
O63 Trabalho de parto prolongado	1	-	-	-	1	1	1	1	-	2	7
O64 Obstr trab parto dev ma-posic ma-apres feto	-	-	-	-	3	1	-	-	1	-	5
O65 Obstr trab parto dev anorm pelvica da mae	1	1	1	1	1	1	-	-	1	1	8
O66 Outr form de obstrucao do trabalho de parto	4	1	1	1	-	1	2	-	-	-	10
O67 Trab parto parto compl hemorr intrapart NCOP	10	9	15	12	12	15	19	16	9	9	126
O68 Trab parto e parto complic sofrimento fetal	2	-	2	4	1	1	-	4	1	-	15
O69 Trab parto parto compl anorm cordao umbilic	1	1	-	2	1	-	-	1	-	-	6
O70 Laceracao do perineo durante o parto	-	4	2	-	-	1	3	-	1	1	12
O71 Outr traum obstetricos	25	21	28	29	31	20	32	26	23	22	257
O72 Hemorragia pos-parto	90	86	83	79	98	107	127	98	115	122	1005
O73 Retencao placenta e membranas s/hemorragias	1	5	-	2	3	1	4	4	1	2	23
O74 Complic anestesia durante trab parto e parto	15	11	14	6	6	11	10	8	6	7	94
O75 Outr complic do trab parto e do parto NCOP	48	34	41	32	37	41	39	43	40	28	383
O85 Infecç puerperal	96	83	83	80	74	85	62	71	71	78	783
O86 Outr infecç puerperais	18	28	20	33	32	19	28	27	16	28	249
O87 Complic venosas no puerperio	3	9	9	8	11	12	19	3	10	14	98
O88 Embolia orig obstetrica	58	51	56	63	65	84	70	86	93	74	700
O89 Complic da anestesia admin durante puerperio	3	1	2	2	2	3	1	1	-	3	18
O90 Complic do puerperio NCOP	40	62	40	43	43	55	50	57	51	49	490
O91 Infecç mamarias assoc ao parto	1	3	-	2	2	2	-	-	2	1	13
O92 Outr afecções mama e lactação assoc ao parto	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
O94 Sequelas complic gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
O95 Morte obstetrica de causa NE	39	45	59	50	58	45	44	51	60	55	506
O98 Doen inf paras mat COP compl grav part puerp	58	36	38	35	43	41	43	38	38	43	413
O99 Outr doenc mat COP compl grav parto puerp	495	401	360	374	365	443	423	410	400	389	4060
Total	1872	1719	1610	1583	1686	1739	1738	1670	1718	1658	1699 3

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).