

ABORTO NO BRASIL: A BUSCA POR DIREITOS*

Karla Ferraz dos Anjos

Enfermeira; Mestranda; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – PPGES/UESB; Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB); Membro do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié (BA); E-mail: autoraauto-ria@hotmail.com

Vanessa Cruz Santos

Enfermeira; Mestranda; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – PPGES/UESB; Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Membro do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié (BA); E-mail: vanessacruz@hotmail.com

Raquel Souza

Socióloga; Doutora em Saúde Pública; Docente adjunta III do IMS-CAI/UFBA - *Campus* Vitória da Conquista/BA; Pesquisadora da Universidade de São Paulo – USP do NESC/UFBA; E-mail: raquelsouza@hotmail.com

Benedito Gonçalves Eugênio

Docente Doutor da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia / UESB, Vitória da Conquista/BA; Atua na Graduação e no Programa de Pós-Graduação em Educação; E-mail: beneditoeugenio@hotmail.com

* Artigo elaborado a partir do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Educação e Diversidade Étnico-cultural da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, Vitória da Conquista - BA, Brasil, 2012.

* Artigo revisado e corrigido na Língua Portuguesa e Língua Inglesa com total responsabilidade dos autores.

RESUMO: A discussão da temática sobre o aborto no Brasil é delicada, pois envolve preceitos éticos, morais e legislativos. A criminalização do aborto no Brasil propicia sua prática de forma clandestina e/ou insegura, podendo acarretar graves consequências à saúde das mulheres. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo geral discorrer sobre o contexto legislativo no qual se inscreve a problemática do aborto no Brasil; e como objetivos específicos apontar complicações decorrentes da criminalização da prática do aborto clandestino, além de abordar os direitos das mulheres sobre seu corpo como expressão dos direitos humanos. Trata-se de uma revisão de literatura, realizada na base de dados *Scielo* e *sites* de órgãos e organizações governamentais e não governamentais. Verificou-se nos resultados que a busca das mulheres pelos seus direitos é de longos tempos, e, mesmo contempladas por várias conquistas, como a criação de políticas públicas de saúde específicas para a mulher, ainda é preciso modificações, como na assistência preventiva da gravidez indesejada e a legalização do aborto seguro no Brasil, uma vez que por conta de sua criminalização, diversas realizam de forma insegura, provocando danos a sua própria saúde. Considera-se que a criminalização do aborto no Brasil propicia o aumento do aborto inseguro, pois seu efeito maior é na punição e não na prevenção. Este tipo de aborto leva diversas mulheres a sequelas e até à morte. Portanto, espera-se que os direitos que a mulher tem sobre o seu próprio corpo sejam respeitados, uma vez que a prevenção da gravidez indesejada não é vista com abrangência em ações e serviços de saúde do país.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher; Aborto; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Autonomia Pessoal.

ABORTION IN BRAZIL: A SEARCH FOR RIGHTS

ABSTRACT: Discussing the abortion theme in Brazil is highly problematic since it involves ethical, moral and legal precepts. The criminalization of abortion in Brazil favors a clandestine and unsafe practice and can lead to serious consequences to women's health. In this perspective, this research deals with the legal context in which the abortion problem is inscribed in Brazil, coupled to the specific aims in pinpointing complications caused by the criminalization of clandestine abortion besides dealing with women's rights on their body as an expression of human rights. Current literature review is foregrounded on *Scielo* data and on governmental and non-governmental organizations websites. Results show that women's search for their rights has originated a long time ago. Although they have had acquired many rights, such as the establishment of specific public health policies, many modifications are still required, such as preventive assistance to undesired pregnancy and the legalization of safe abortion in Brazil. In fact, due to criminali-

zation, many pregnant women abort in an unsafe manner with great damage to their health. It is thought that the criminalization of abortion in Brazil had increased unsafe abortions since its greatest effect is punishment and not prevention. Unsafe abortion produces highly deleterious effects and even death. It is hoped that the rights that women have on their own body will be respected since the prevention of undesired pregnancy is not contemplated by health services.

KEY WORDS: Women's Health; Abortion; Sexual And Reproduction Rights; Personal Autonomy.

INTRODUÇÃO

Os direitos das mulheres, dentre eles o acesso a saúde de qualidade, ainda não são garantidos de maneira efetiva, mesmo com a criação de políticas públicas que incorporam ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Este estudo sobre o aborto no Brasil enfatiza a busca pelo direito à saúde e o contexto legislativo, no que se refere à ilegalidade do aborto no País e suas consequências. Para tanto, é necessária uma breve retrospectiva histórica sobre as políticas públicas no Brasil.

No início do século XX, foi incluída na Política Nacional de Saúde do Brasil a Saúde da Mulher, que, inicialmente, estava limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Existia, nessa época, uma visão restrita sobre a mulher, e os programas que existiam preocupavam-se principalmente com a assistência materno-infantil. Tais programas foram elaborados nas décadas de 30 e 50, quando a mulher era vista em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado para com a saúde dos filhos e de outros membros da família (BRASIL, 2007a).

No decorrer dos anos, a visão restrita que se tinha sobre a mulher como um ser submisso foi se modificando. A mulher estava predestinada a dar a luz, conceber, mesmo sem desejar, e não encontrava alternativas para a contraceção. A contraceção era moralmente condenada, mesmo quando se era casada. Em se tratando de questões relacionadas à contraceção, particularmente

entre as mulheres mais jovens, há *déficit* de informação sobre os métodos, que, em diversas situações, são utilizados de forma irregular ou incorreta, expondo-as ao risco de gravidez (ROCHA; BARBOSA, 2009).

É relevante enfatizar que o planejamento familiar, inserido nas Estratégias de Saúde da Família como proposta de atenção primária, deve abranger de forma eficaz questões inerentes à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Entretanto, no Brasil, tal abrangência não é percebida, por acontecer de forma fragmentada e inadequada, ferindo os direitos reprodutivos das mulheres.

Uma das maneiras de se evitar a gravidez indesejada é ter acesso ao planejamento familiar na abordagem dos direitos reprodutivos, cujo objetivo primordial é garantir às mulheres e aos homens o direito básico à cidadania, previsto na Constituição Brasileira, que inclui o direito ao próprio corpo e sexualidade. Porém, na contemporaneidade, o quadro de uso dos métodos de anticoncepção reflete algumas distorções na oferta destes. Isso ocorre porque, desde a década de 60, quando entidades privadas de controle da natalidade iniciaram suas atividades no País, ofereciam quase que exclusivamente a pílula e a laqueadura de trompas como métodos de controle da fecundidade no País (BRASIL, 2002).

A problemática é que a gravidez indesejada se eleva no Brasil, por conta do *déficit* assistencial de ações e programas de saúde voltados à prevenção - principalmente aqueles ligados à saúde reprodutiva da mulher. Por isso, diversas mulheres se encontram desamparadas de seu direito à saúde e, como no Brasil aborto é ilegal, várias recorrem a práticas clandestinas e/ou inseguras, principalmente as mulheres com baixo grau de escolaridade, pobres e negras.

A realização do aborto clandestino, na maioria das vezes, ocorre em países em que as leis sobre aborto são muito restritivas e onde ele é considerado ilegal. Dessa maneira, diversas mulheres, diante de uma gravidez não planejada e indesejada, recorrem a meios clandestinos para abortarem, colocando em risco a própria vida (DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

É justificável a realização deste estudo, uma vez que o aborto clandestino é um problema complexo de saúde que está articulado, dentre outros determinantes,

com a ilegalidade do aborto seguro no Brasil, que reflete principalmente nas mulheres menos favorecidas, as quais não têm sua autonomia pessoal respeitada.

Este estudo tem como objetivo geral discorrer sobre o contexto legislativo no qual se inscreve a problemática do aborto no Brasil; e como objetivos específicos apontar complicações decorrentes da criminalização da prática do aborto clandestino, além de abordar os direitos das mulheres sobre seu corpo como expressão dos direitos humanos.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada por meio de publicações que já receberam tratamento analítico. Esta seguiu as seguintes etapas: escolha do tema e delineamento da problemática da pesquisa; definição dos critérios de inclusão/exclusão; busca em endereços eletrônicos; seleção dos estudos; análise, síntese e interpretação dos mesmos.

Para a busca, inicialmente utilizaram-se as seguintes palavras-chave: saúde da mulher; aborto; direitos sexuais e reprodutivos; e autonomia pessoal. Posteriormente, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, realizou-se a pesquisa de trabalhos para pré-leitura e levantamento bibliográfico na base de dados da *Scielo*, além de outros *sites* como o do Ministério da Saúde, Católicas pelo Direito de Decidir e Rede Feminista de Saúde. O período foi entre os meses de abril a julho de 2012.

A partir da base de dados, as buscas resultaram em 131 artigos relacionados à temática e às palavras-chave, sendo que os critérios utilizados para inclusão foram: texto completo, ano de publicação, os trabalhos terem relação com o aborto ilegal, saúde da mulher, e raça/cor. Desses textos encontrados realizou-se a leitura flutuante de 23, que resultaram na leitura exaustiva e seleção de nove para a composição deste estudo. Já os textos de órgãos e organizações governamentais e não governamentais resultaram na seleção e leitura flutuante de 11 para análise. Além disso, fez-se necessária a inclusão de dois livros para contextualizar a pesquisa.

Os diversos trabalhos encontrados foram filtra-

dos, bem como excluídos aqueles que se encontravam duplicados na base de dados. As informações de cada um dos textos foram analisadas de acordo com os objetivos propostos, os resultados e a relevância científica e social. Esses estudos selecionados foram publicados a partir de 2002 - a escolha do período de publicação ocorreu devido ao fato de o Ministério da Saúde ter elaborado, no referido ano, o Manual de Assistência ao Planejamento Familiar, instrumento que também norteou a discussão da temática.

Após a realização da fase de leitura flutuante dos trabalhos encontrados, foi feita a leitura seletiva e minuciosa das referências, para posterior sintetização e interpretação dos dados mais relevantes, possibilitando a fase analítica. Nesse sentido, para posterior análise de conteúdo, realizou-se o agrupamento em sete categorias temáticas: saúde e mulher; contracepção e planejamento familiar; caracterização do aborto no Brasil; aborto como problema de Saúde Pública; legislação e aborto; complicações do aborto clandestino e/ou inseguro; e autonomia pessoal, direitos sexuais e reprodutivos.

Para a operacionalização dos dados, utilizaram-se três fases: ordenação, classificação e análise final. Na primeira, fez-se um mapeamento de todos os dados obtidos na pesquisa; na segunda, houve a construção dos dados a partir de um questionamento feito sobre os mesmos, com base em uma fundamentação teórica e por meio de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo-se interrogações para identificar o que surge de relevante. Por fim, a terceira fase foi um momento em que se procurou estabelecer articulações entre os dados e os referenciais das pesquisas, respondendo às questões das mesmas (MINAYO et al., 2002).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 SAÚDE E MULHER, CONTRACEPÇÃO E PLANEJAMENTO FAMILIAR

No Brasil, a ampliação do acesso à informação e aos métodos contraceptivos para homens e mulheres é imprescindível para que se possa garantir o exercício dos

direitos reprodutivos. Entretanto, é indispensável manter a oferta desses métodos contraceptivos na rede pública de saúde; além disso, é importante contar com profissionais capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva em cada momento da vida (BRASIL, 2002).

É indispensável ao Sistema Único de Saúde (SUS) que sejam implementadas ações que garantam às mulheres informações e acesso aos métodos contraceptivos - incluindo, também, a contracepção de emergência, que está inserida na perspectiva da integralidade da assistência à saúde -, como preconiza, há duas décadas, o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), recentemente reiterado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MENEZES; AQUINO, 2009).

Ao se trabalhar em Educação e Saúde, voltada para o planejamento familiar, é necessário que as atividades educativas sejam desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método contraceptivo mais adequado, propiciando à população maior reflexão sobre temas relacionados à prática da anticoncepção - inclusive ao abordar assuntos no contexto do exercício pleno da sexualidade (BRASIL, 2002).

A gravidez "não planejada" é mais frequente entre mulheres de baixa escolaridade; entretanto, não se pode generalizar a ideia de que gravidez indesejada ocorra somente neste grupo, pois se trata de algo passível de ocorrer também com mulheres bem informadas e que tem acesso a medicamentos de contracepção (ALMEIDA, 2012).

Se a discussão acerca do aborto é difícil para as mulheres adultas, para as jovens se torna ainda mais complexo, especialmente no âmbito familiar. A inexistência de políticas públicas específicas para a juventude, associada à conservadora moral vigente, incide de maneira negativa no exercício da plena sexualidade dessas mulheres, pois se torna mais complexo o acesso aos métodos contraceptivos e à informação, a despeito de que nessa fase da vida tais recursos são imprescindíveis (PAPA; JORGE, 2008).

Em 1996, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República o projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar. Esta lei es-

tabelece que as instâncias gestoras do SUS têm a obrigatoriedade de garantir à mulher, ao homem ou ao casal, na sua rede de serviços, assistência à concepção e à contracepção, como parte integrante das demais ações que fazem parte da assistência integral à saúde. Além disso, é preciso que os profissionais de saúde realizem atividades educativas com caráter participativo, permitindo, assim, a permuta de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo (BRASIL, 2002).

Para fazer frente às desigualdades nas relações de gênero e à injustiça social (principalmente quando se trata das mulheres negras), no âmbito da saúde, criou-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional para Atenção Integral da Saúde das Mulheres. Historicamente, à população negra foi imposta a subalternização, a pobreza, condições mais precárias de vida, o que exigiu políticas específicas para, ao menos, reduzir as desigualdades no País (BRASIL, 2007b).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ABORTO NO BRASIL

O aborto, no Brasil, ocorre em cerca de 10% das gestações; na maioria dos casos, o aborto é provocado das mais diferentes formas. O abortamento, nesse País, resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo *déficit* de informações acerca da anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado, e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

O estudo de Diniz e Medeiros (2010) apresenta os primeiros resultados da Pesquisa Nacional sobre Aborto (PNA), um levantamento realizado nos domicílios de todo o Brasil urbano. No momento da entrevista, para as mulheres entrevistadas, além da idade, foi questionada a idade de realização do último aborto. As evidências indicaram que o aborto não era realizado somente para postergar o princípio da vida reprodutiva ou para evitar filhos em idades avançadas, pois notou-se que cerca de 60% das mulheres fizeram seu último (ou único) aborto no centro do período reprodutivo, ou seja, entre 18 e 29 anos.

Diante desse quadro, é importante destacar que

as adolescentes e jovens se encontram em maior vulnerabilidade para a prática do aborto, sendo necessário que haja maior discussão acerca de determinantes e experiências da gravidez e do aborto nessas fases da vida (MENEZES; AQUINO, 2009).

Ao se tratar de questões como o aborto, é preciso considerar a situação brasileira de desigualdade e exclusão social de uma parcela da população, cujos efeitos atingem especialmente mulheres e jovens. A heterogeneidade destes dois grupos da população configura diferentes possibilidades para indivíduos de diferentes estratos sociais, com distintas configurações de família, redes de sociabilidade, condições materiais de existência, perspectivas e inserções no mercado de trabalho. Nessas trajetórias, os projetos de maternidade assumem lugares e significados específicos. E, diante de uma gravidez indesejada, esses determinantes implicarão, para as mulheres, possibilidades diversas frente à decisão de sua interrupção ou não (MENEZES; AQUINO, 2009).

Conforme evidenciado na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, as mulheres que relataram algum aborto espontâneo ou induzido apresentaram características sociodemográficas semelhantes, no que diz respeito à idade e ao número de nascidos vivos. Entretanto, várias das mulheres que afirmaram ter realizado um aborto induzido, mais frequentemente, não eram de cor/raça branca, residiam em áreas urbanas e estavam trabalhando. A menor escolaridade e a declaração de cor/raça não-branca estiveram indiretamente relacionadas à pobreza e, conseqüentemente, com elevação do risco para o aborto induzido de forma insegura - e, proporcionalmente, com maior risco de morte. Os fatores de risco modificáveis para abortamento induzido, neste estudo, apontam para a necessidade de ações educativas e de garantia de acesso à anticoncepção (CECATTI et al., 2010).

Os dados da pesquisa "Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna" indicaram que, entre mulheres com até o 4º ano do ensino fundamental, em média 23% já abortaram, e, com ensino médio completo, a taxa foi de 12% (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Em uma estimativa sobre aborto induzido no Brasil, foi observada elevada proporção de casos. O número

estimado deste tipo de aborto, em 1992, representava o equivalente a 43% dos nascimentos vivos, revelando que, na época, havia uma elevada proporção de gravidez não desejada. Embora esta proporção tenha sido reduzida para 31% em 1996, ainda correspondeu a cerca de 30% dos nascimentos em 2005. Isso consolida também a ideia de que a anticoncepção no País ainda não atingiu um volume suficiente para evitar a elevada proporção de gravidez indesejável (MONTEIRO; ADESSE, 2006).

Ao referir o aborto, é válido salientar que este se caracteriza pela interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana, e com "produto" da concepção pesando menos que 500g, sendo este "produto" eliminado no processo de abortamento. As causas de abortamento são diversas; contudo, na maioria das vezes, permanecem indeterminadas, e inúmeras gestações são interrompidas por decisão da própria da mulher (BRASIL, 2010).

Dentre as mulheres atendidas em razão do aborto em hospitais públicos do Brasil, o abortamento espontâneo representa aproximadamente 10 a 15% das gestações e o induzido cerca de 10%. Os induzidos são realizados das mais diferentes formas; isto porque, para uma ampla parte das mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo o *déficit* de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado, e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. Ainda é necessário destacar que, para várias mulheres, a gestação que motiva o abortamento resulta também de violência sexual, seja por desconhecido ou pelo próprio parceiro (BRASIL, 2010).

3.3 ABORTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A caracterização do aborto como problema de saúde pública não é fruto apenas da sua elevada magnitude, mas também de seus efeitos para a saúde. Desde os anos de 1980 resultados de investigações revelam a sub-notificação das mortes por aborto, evidenciando-o como causa relevante de morte de mulheres grávidas, em circunstâncias plenamente evitáveis (ROCHA; BARBOSA, 2009).

Para enfrentar o problema do aborto no Brasil, é preciso agir com responsabilidade; logo, tal problema deve ser entendido como uma questão de cuidados em saúde e direitos humanos, e não como um ato de infração moral de mulheres “levianas”, como é visto por determinados seguimentos da sociedade brasileira. Compreender o aborto como uma questão de saúde pública, em um Estado laico e plural, significa o início de um novo caminho argumentativo, que nasce no campo da saúde pública do País, e suscita sérias e relevantes evidências para o debate amplo na sociedade brasileira (BRASIL, 2008).

Conforme estudo de Diniz e Medeiros (2010), no Brasil, metade das mulheres que abortam sem recorrer aos medicamentos disponíveis podem estar abortando sob condições extremamente perigosas à saúde e vivem em condições de vida precárias. Os níveis de hospitalização pós-aborto contabilizados pelo PNA são elevados, ocorrendo em quase metade das mulheres que realizaram aborto. Abortar é um fenômeno comum que alberga consequências relevantes à saúde; por isso, precisa ser abordado como uma questão de saúde pública nacional.

A maioria das hospitalizações por abortamento na rede do SUS ocorreu nas duas regiões brasileiras com maior população: o Nordeste e o Sudeste. Observa-se, no entanto, que, enquanto houve uma diminuição no número de hospitalizações nas três regiões mais populosas e com menores taxas de crescimento, esse número na Região Centro-Oeste permaneceu praticamente o mesmo, o que não aconteceu na Região Norte, que teve seu número elevado. Essas diferenças na evolução das internações por abortamento podem ser explicadas pelo ritmo mais rápido de crescimento da população feminina de 15 a 49 anos na Região Norte, que aumentou em 59% de 1992 a 2005. Nas outras regiões, este crescimento foi de 47% na Região Centro-Oeste, cerca de 30% nas Regiões Nordeste e Sudeste, e de 26% na Região Sul (MONTEIRO; ADESSE, 2006).

3.4 LEGISLAÇÃO E ABORTO

Estatísticas confiáveis quanto à prática do aborto provocado no Brasil são difíceis de serem obtidas, em

razão da ilegalidade do aborto (BRASIL, 2007b). Debates relacionados ao direito ao aborto envolvem questões políticas cruciais, sendo relevante desafiar o entendimento convencional, que relega a prática à posição de questão marginal (MIGUEL; BIROLI, 2012).

Em países como o Brasil, onde o aborto não é legalizado para todas as situações, pode-se dizer que existe uma perversidade para com as mulheres, principalmente em relação àquelas de classe social menos favorecida. Partindo desse entendimento, o caráter de ilegalidade do abortamento favorece a sua realização de forma clandestina; e isso é sentido na ausência de serviços e na má qualidade da assistência; por esse motivo, a quantidade elevada de abortos induzidos clandestinos no País pode ser constatada (GESTEIRA; DINIZ, OLIVEIRA, 2008).

Como na maioria dos países da América Latina, o aborto no Brasil não é considerado crime em caso de estupro e de risco de vida para a mulher; porém, em alguns casos, desde 1989, há, por intermédio de decisão judicial, interrupções de gestação autorizadas em casos de anencefalia (MARTINS; MENDONÇA, 2005).

O estudo realizado sobre autonomia reprodutiva, de Galli, Sydow e Adesse (2010, p. 25), descreve relatos de mulheres que têm o direito de ter acesso ao aborto seguro, previsto em lei, e que se deparam com dificuldade de acesso, e até mesmo com a inexistência de serviço de referência para recebê-las. Logo, acabam por recorrer às clínicas privadas, como aponta o relato:

Eu conheci uma pessoa e durou dois meses o nosso relacionamento. Aí eu descobri que ele era psicopata e separei. Ele ficou ameaçando a mim e a minha família toda [...] ele foi à minha casa, deu um tiro no cadeado, entrou. A minha filha, na época, estava com 4 anos. Ele me violentou várias vezes. Fisicamente, psicologicamente [...] Colocava o revólver na minha boca. Eu tinha que ceder, ou cedia, ou ele matava alguém. Fiz vários boletins de ocorrência, mais de 12, mas nunca deu em nada. Atribuo isso ao dinheiro que ele tinha. Eu fiz o aborto por desespero total. Tinha medo de minha filha ficar sem mãe. Agora me sinto humilhada com essa pena.

Em 2012, com a decisão do Supremo Tribunal Federal, mulheres com fetos anencefálicos obtiveram o direito de abortar, pois, nesta situação, não ocorre a for-

mação do cérebro no feto; e entende-se que esse procedimento não é criminoso pela justiça, garantindo, assim, que mulheres possam interromper a gestação desses fetos sem a necessidade de autorização judicial (KLASING, 2012).

No Brasil, mesmo com as severas restrições legais, o aborto é realizado por várias mulheres. Isso é devido por parte destas compartilharem a mesma situação de ilegalidade da intervenção, obrigando diversas mulheres a buscarem práticas clandestinas para interrupção de uma gravidez não desejada. Quando a mulher recorre ao aborto inseguro, fica exposta ao risco de agravos à sua saúde, e até à morte. Além disso, enfrentam também o sofrimento moral decorrente de um processo judicial, que pode levar à sua condenação (FREIRE, 2012).

De acordo com os dados do Dossiê sobre “Aborto - mortes previsíveis e evitáveis” evidenciaram que o SUS já realiza investimentos esporádicos na atenção às mulheres que passam por abortamento espontâneo ou inseguro. A legalidade do abortamento seguro poderá salvar vidas e possibilitar que mulheres não adoeçam e não fiquem sequeladas, além de reduzir gastos com a saúde pública (MARTINS; MENDONÇA, 2005).

Quanto à legalização do aborto, não há impedimentos para um Estado laico, como o Brasil; logo, reservar leitos obstétricos para o aborto seguro é o cumprimento do lema discutido nas Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro, no qual a mulher tem o direito de decidir, a sociedade tem o dever de respeitar e o Estado, o de garantir (MARTINS; MENDONÇA, 2005).

As mulheres têm direito sobre seus corpos; mas diversas estão sendo processadas por terem realizado aborto. O estigma social pelo qual elas passam, ao decidirem pelo aborto, merece atenção e melhor compreensão da problemática que o envolve (SYDOW et al., 2011).

Legalizar o aborto, para que o mesmo seja realizado em adequadas condições sanitárias e por profissionais habilitados, possibilitará a redução de consequências adversas e graves do aborto clandestino, como a morte materna (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

Por conta da ilegalidade do aborto, que condena todas as mulheres, tanto faz este ser ou não provocado; ao chegarem a um serviço de emergência obstétrica com

abortamento em curso ou com complicações decorrentes do mesmo, várias mulheres são tratadas como criminosas, sendo as últimas a serem atendidas, até que muitas fiquem sequeladas ou morram (MARTINS; MENDONÇA, 2005).

Independentemente de condições econômicas, sociais e de escolaridade, por exemplo, em que algumas mulheres se encontram, a criminalização da prática do aborto as iguala, sonogando-lhes o direito à saúde e impondo-lhes as consequências psicossociais de uma gravidez indesejada (FREIRE, 2012).

Na pesquisa realizada por Galli, Sydow e Adesse (2010, p. 24), podem ser vistos depoimentos de mulheres que já abortaram, podendo, assim, expressar as consequências da criminalização do aborto:

Eu não consegui viver confortavelmente com isso até hoje. Então, remexer nisso, eu ser chamada para responder como um crime, e numa situação tão dolorosa... porque só eu estou sendo intimada? Este é ainda o meu grande questionamento. Por que só nós, mulheres, somos punidas? Ninguém consegue me responder isso. Será que ninguém pensa nisso? Por que só a mulher? Eu me sinto injustiçada. Eu acho que o rapaz com quem eu me envolvi também é responsável, eu acho até que muito mais, porque se ele tivesse me apoiado, não que eu esteja querendo me isentar da culpa, mas eu acho que ele também é muito responsável por tudo isso, e com a vida dele não aconteceu nada. Agora eu tenho que ir ao fórum, todo mês, prestar contas, onde eu estou, onde eu moro. Por dois anos eu vou ter que passar por isso.

Refletindo acerca dos problemas inerentes às questões de saúde que envolvem a mulher em processo de abortamento provocado e inseguro, é preciso ocorrer mudanças na assistência a essas mulheres, no sentido da humanização, principalmente no Brasil e na maior parte da América Latina, haja vista que nestes lugares o aborto clandestino e inseguro é considerado um grave problema de Saúde Pública, e sua solução é um desafio a exigir medidas urgentes que passam pelo processo de descriminalização do aborto (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

As discussões sobre a legalização do aborto são de extrema relevância para a luta pela libertação das mulheres. Nestas, há diversos aspectos relacionados à

dimensão do “ser mulher”. Um deles é o direito de elas decidirem sobre sua vida sexual e reprodutiva, isto é, se querem ou não ter filhos, quantos e em que momento de suas vidas, sem imposição de outros interesses, que não sejam os seus. Tanto as discussões, assim como a tomada de posição, frente ao drama das mulheres que abortam, ainda se tornam mais importantes quando a mulher em questão é jovem, negra ou trabalhadora, ou se enquadram nas três características (PAPA; JORGE, 2008).

3.5 COMPLICAÇÕES DO ABORTO CLANDESTINO E/OU INSEGURO

Diversas são as consequências ocasionadas devido à prática do aborto, até porque, após as mulheres utilizarem o método abortivo, elas continuam realizando suas atividades cotidianas. As mulheres, na ânsia de interromper a gravidez com êxito, recorrem a vários métodos abortivos, expondo-se, desta forma, aos riscos de complicações, como hemorragias graves e demora em procurar ajuda profissional em unidades hospitalares - porque, na percepção delas, o forte sangramento indica para elas que o aborto se consumou (SOUZA et al., 2010).

De acordo com Martins e Mendonça (2005), abortar de modo inseguro pode ser considerado uma injustiça social. Índices de mortalidade decorrentes do aborto, na grande maioria, são de mulheres solteiras ou separadas judicialmente. Além disso, quando se trata da Razão de Mortalidade Materna por aborto, a proporção para as mulheres negras é de 11,28/100 mil nascidos vivos, ou seja, duas vezes maior ao comparado com as mulheres brancas.

No Brasil, os níveis de hospitalização pós-aborto são elevados. Cerca de 50% das mulheres que fizeram aborto e recorreram ao sistema de saúde foram internadas devido complicações decorrentes desta prática. Boa parte dessas internações poderia ser evitada se o aborto não fosse tratado como atividade clandestina e o acesso aos medicamentos seguros fosse garantido (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Conforme Souza et al. (2010), outra questão relacionada às consequências advindas do aborto é que

a procura por assistência hospitalar no início dos sinais de abortamento vem acompanhada pelo medo de que o aborto não tenha sido efetivado e, por conseguinte, de que os profissionais atuem para manter a gestação.

O modo como o aborto é repercutido socialmente na vida pessoal e familiar e no mundo do trabalho requer análise cuidadosa, uma vez que o abortamento atinge, principalmente, mulheres jovens, em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as, muitas vezes, à morte ou implicando sequelas à sua saúde física, mental e reprodutiva. É interessante citar dentre as complicações físicas imediatas as hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade - que se somam aos transtornos subjetivos, ao se vivenciar o ônus de uma escolha inegavelmente difícil, em um contexto de culpabilização e penalização do abortamento (BRASIL, 2010).

Estudo de Almeida (2012, p. 1), acerca do “Aborto: o grande tabu no Brasil”, apresenta depoimentos como o de Laura (nome fictício) que,

[...] quando engravidou pela terceira vez, o marido estava internado numa clínica para deixar as drogas. Ela cuidava sozinha de seus dois filhos pequenos, e não tinha com quem mais contar, não tinha condições de ter outro filho, não naquela hora. Tomou um “remédio” e posteriormente foi internada com uma terrível hemorragia [...].

Apesar dos grandes avanços na área da saúde, é indispensável discutir formas e estratégias capazes de solucionar problemas acerca da morbidade feminina. A mortalidade materna, que é considerada um indicador de qualidade da atenção à saúde, tendo seus elevados índices principalmente em países subdesenvolvidos como o Brasil, onde o aborto é crime (DOMINGOS, 2010).

Às mulheres que procuram o hospital devido ao aborto provocado, sua assistência dependerá, inicialmente, do diagnóstico obtido, isto é, se ainda existe vida fetal e sintomas de ameaça a esta. É responsabilidade dos profissionais de saúde estabelecer condutas norteadas pelos protocolos assistenciais de urgência e emergência do Ministério da Saúde, no intuito de reverter sintomas maternos que ameacem a vida fetal; somente quando diagnosticada ausência de vitalidade fetal é que são tomadas medidas para esvaziar o útero, prevenindo hemorragias

e infecções, no sentido de restabelecer a saúde materna, independente de o aborto ter sido espontâneo ou provocado (SOUZA et al., 2010).

Por meio da assistência à saúde de qualidade, é possível prevenir a morbimortalidade materna relacionada ao aborto clandestino; para isso, é preciso que os serviços de saúde estejam estruturados, nos diversos níveis de assistência, para garantir atendimento às mulheres (DOMINGOS, 2010).

Almeida (2012, p. 1) traz algumas reflexões acerca do aborto, ressaltando que mulheres de classe média têm acesso à interrupção relativamente segura. E traz à discussão:

Quanto às mulheres pobres? Não contam? Não são "vidas" a se preservar, já que é entre elas que o aborto inseguro gera mais consequências graves de saúde pública, inclusive a morte? E os outros filhos que elas já têm para cuidar, não são também uma questão de "vida"? Parece-me haver aqui um grande preconceito social no Brasil, pessoas pobres não contam como "gente", como vida humana?.

3.6 AUTONOMIA PESSOAL, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Quando descobre que está grávida, conforme algumas legislações contemporâneas, a mulher se encontra em condições de exercer um direito de escolha, o de assumir a maternidade ou rejeitar a gravidez - neste caso, buscando o aborto. Quando a gravidez é indesejada, a escolha por realizar o aborto precisa contar com amplo apoio moral e jurídico, ainda que este não seja consenso.

Do ponto de vista ético, é interessante refletir se a maternidade é realmente um ato de escolha da mulher ou uma imposição social, tomada como natural. Ao reconhecer o início da vida humana por aceitação e compromisso, na visão relacional, esta é considerada uma atitude moralmente louvável e superior às escolhas da mulher, e a acolhida passiva da gravidez é vista como um fato consumado e irreversível (KOTTOW, 2005).

Thomson (2012) traz a opinião de que o feto não é uma pessoa desde o momento da concepção, ratificando que um ovo recém-fertilizado trata-se de um grupo de células recém-implantado. Muitos dos que defendem o aborto baseiam-se na ideia de que o feto não é uma pes-

soa, mas apenas uma pequena quantidade de tecido que se tornará uma pessoa ao nascer. E a questão seria: por que apresentar mais argumentos do que o necessário? Seja qual for a explicação, o problema do aborto sugere que não é nem fácil nem óbvio, requer um exame mais minucioso do que normalmente é feito, e, usualmente, quando se faz este exame, há maior propensão em rejeitá-lo como prática e assumir maior controle da fecundidade.

Algumas questões relacionadas ao aborto são igualmente importantes e necessitam ser colocadas em destaque, a saber: "*Quando a vida se inicia? Quando o embrião ou feto começa a ser considerado uma vida e quando passa a ter direito como ser humano?*". Em discussões acerca do aborto provocado, os estágios da gestação e desenvolvimento do feto são determinantes, pois diversas linhas de estudo defendem a descriminalização, partindo do pressuposto que o aborto é um direito de escolha pertencente à mulher, ou seja, ela deve ter autonomia sobre seu próprio corpo, além da explicação biológica da vida fetal. Nessa linha de discussão, se os estímulos nervosos (sinapses), decorrentes da formação do tubo neural, acontecem por volta do 3º mês (12 semanas), a interrupção da gravidez até esse momento não traria sofrimento para o feto (SOUZA et al., 2010).

A legalização do aborto confronta-se em várias concepções divergentes. Pois, quando o aborto é espontâneo, não se procura saber se o feto era ou não humano, se tinha ou não alma. Mas, ao se tratar de um aborto provocado, essa situação muda, e inicia-se um debate sobre a fecundação, a formação ou não de um ser humano, a existência da alma, de quando o embrião se transforma em feto, e de quando o feto já é bebê em formação, tendo, assim, o direito ao reconhecimento à vida (PAPA; JORGE, 2008).

As mulheres precisam ter o direito de decidir querer ou não interromper a gravidez. Trata-se de uma complexa e delicada decisão, mesmo para quem tem acesso ao aborto seguro. Ao se retratar a prática do aborto, é preciso considerar que várias mulheres engravidam sem planejar; outras vivem tentando estudar, trabalhar, criar seus filhos, com condições de vidas mais ou menos precárias, mas com vidas reais, já sendo vividas, e muitas delas cuidando de outras vidas (ALMEIDA, 2012).

A criminalização do aborto viola os direitos das mulheres à sua autodeterminação reprodutiva, violando seus direitos humanos. Algumas mulheres que já foram punidas por abortarem enfrentam constrangimentos e exposição pública por parte de autoridades policiais, judiciais e da mídia, violando assim seus direitos e contribuindo para o estigma social (SYDOW et al., 2011).

A exposição da mulher aos riscos advindos de um abortamento inseguro implica em violação dos direitos humanos. A Declaração de Viena, de 1993, afirma que direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos, conforme definição resultante da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995. A responsabilidade do Estado brasileiro expressa nesses instrumentos é no sentido de abordar o tema aborto como problema de saúde pública, necessitando, assim, rever a legislação restritiva e punitiva sobre a questão (FREIRE, 2012).

No estudo sobre "Aborto: o grande tabu no Brasil", realizado por Almeida (2012, p. 1), a respeito dos direitos reprodutivos da mulher, o autor discorre sobre a visível existência de hierarquias entre feto e mulher, sendo o feto mais valorizado em relação à mulher. É relevante imaginar o que leva muitos indivíduos a questionarem:

[...] que uma vida em estágio inicial é "mais vida" - superior à da mulher que se descobre, de repente, com uma vida em formação dentro de seu corpo, totalmente dependente de seu corpo e de sua vida? Por que em alguns países a consideram como cidadã plena de direitos e em outros não? Por que se defende que uma mulher tenha que levar a gestação até o fim e ter toda a preocupação que é criar um filho se ela não pode, não quer, não tem condições?

O ser humano tem livre-arbítrio, o que não difere para a decisão da mulher frente às questões do aborto, pois cada indivíduo tem direitos e deveres para com o Estado que, em vez de punir e incriminar, deveria dar apoio e ajudar. A política de planejamento familiar não funciona com qualidade no Brasil. Então o Estado não pode cobrar da mulher algo que não executa em conformidade como os direitos da mulher (SYDOW et al., 2011).

Em países onde a prática do aborto é crime, como no Brasil, a investigação das repercussões psíquicas

do aborto merece particular atenção. Para muitas mulheres, o percurso até a obtenção dos meios para abortar, o *déficit* de atenção humanizada nos serviços de saúde, a divulgação de casos de prisão de pacientes ainda internadas nesses serviços tornam dramáticas suas vivências, merecendo, assim, a realização de estudos que possam contemplar a violência institucional e suas repercussões sobre a saúde dessas mulheres (ROCHA; BARBOSA, 2009).

A revisão da legislação brasileira frente ao aborto pode favorecer a implementação de ações que assegurem maior autonomia das mulheres nas questões reprodutivas, além de permitir que estas vivenciem suas escolhas com menor risco à saúde - isso, principalmente, por envolver a laicidade do Estado brasileiro no julgamento dessas questões (MENEZES; AQUINO, 2009).

No Brasil, há uma alta incidência de casos de abortos espontâneos ou provocados; logo, para diminuir essa incidência, é indispensável realizar um trabalho contínuo de educação em saúde com os usuários dos serviços de saúde, enfatizando a prevenção da gravidez indesejada e esclarecendo sobre as consequências do aborto provocado, valendo-se da realização de campanhas, palestras e orientação sexual e reprodutiva (MATSUBARA, 2010).

Quanto mais se amplia a rede de saúde pública e acesso à educação, há certamente menos abortos. Por isso, é necessário que se aumente ainda mais os bons serviços de saúde e educação pública. Mas é também urgente a ampliação do acesso ao aborto seguro; afinal, esta é uma forma capaz de garantir que mulheres não morram vítimas do aborto realizado de forma insegura (ALMEIDA, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se que, no Brasil, as mulheres buscam por direitos há tempos, e isto é um fato que percorre a História. A criação de políticas de saúde específicas para mulheres, de serviços e ações de qualidade deve ser implementada para atender essa especificidade. Porém, foi percebido, no que diz respeito à saúde sexual e repro-

dutiva, que é preciso ocorrer transformações necessárias, principalmente na atenção primária, que tem o objetivo de promover a saúde por meio da prevenção.

Refletindo acerca dos índices elevados do aborto no Brasil, ficou perceptível que, por conta da assistência à saúde sexual e reprodutiva que é oferecida de forma deficiente no país, a exemplo do planejamento familiar, mulheres acabam engravidando de maneira indesejada. Entretanto, não são todas que desejam ou têm condições de prosseguir com a gravidez, por diversos motivos, e acabam por ter como decisão a prática do aborto.

Percebeu-se que, os valores culturais, sociais e morais, assim como a criminalização do aborto e as legislações mais punitivas do que preventivas são fatores desencadeantes do elevado número de abortos clandestinos e/ou inseguros.

A legalização do aborto no Brasil é ainda restrita a determinadas situações. As mulheres mais vitimadas e sem acesso aos direitos, de modo geral, acabam por se expor a riscos do aborto inseguro.

É ilegal no Brasil abortar, mas é desumano abortar em condições inseguras devido à mulher não ter legalmente direito sobre o próprio corpo e não ser assegurados os seus direitos humanos. Espera-se que a visão que se tem da mulher em relação à maternidade se transforme, e que esta obtenha mais direitos para exercer plenamente sua autonomia.

A busca pelo direito sobre o próprio corpo é um dilema enfrentado por mulheres que desejam abortar, algo que para algumas é visto como uma necessidade e expressão de autonomia pessoal. Logo, uma vez que esta autonomia não é respeitada no País, que ao menos seja utilizada uma assistência preventiva de qualidade para reduzir os elevados índices de aborto.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, H. B. de. **Aborto: o grande tabu no Brasil. Católica pelo Direito de Decidir**. 2012. Disponível em: <<http://www.catolicas.org.br/noticias/conteudo.asp?cod=3409>>. Acesso em: 28 mar. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: Norma Técnica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 09 maio 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública 20 anos de pesquisas no Brasil**. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto_e_saude_publica_vs_preliminar.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2012.
- _____. Ministério da saúde. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. 2007a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de saúde integral da população negra**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2007b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar: Manual Técnico**. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. 4ª ed. 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2012.
- CECATTI, J. G. et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p. 105-111, mar. 2010.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suppl.1, p.959-966, jan./jun. 2010.
- DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.177-181, jan./mar. 2010.
- FREIRE, N. Aborto seguro: um direito das mulheres? **Cienc. Cult.**, São Paulo, v.64, n.2, p. 31-32, abr./jun.

2012.

FUSCO, C. L. B.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v.11, n.1, p.78-88, mar. 2008.

GALLI, B.; SYDOW, E.; ADESSE, L. **Autonomia reprodutiva em questão**: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2010. Disponível em: <http://www.aads.org.br/wp/wp-content/uploads/2011/06/MS_Casos2010.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2012.

GESTEIRA, S. M. A.; DINIZ, N. M. F.; OLIVEIRA, E. M. Healthcare for women in process of induced abortion: statements of nursing professionals. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v.21, n.3, p.449-453, jul./set. 2008.

KLASING, A. Decisão do Supremo Tribunal Federal sobre Aborto é um Passo Positivo avalia *Human Rights Watch* (HRW). **Católicas pelo Direito de Decidir**. 2012. Disponível em: <<http://catolicasonline.org.br/noticias/conteudo.asp?cod=3412>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

KOTTOW, M. A bioética do início da vida. Cap. 1. In: **BIO-ÉTICA e saúde**: novos tempos para mulheres e crianças? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.19-37.

MARTINS, A. L.; MENDONÇA, L. C. Aborto - Mortes Preveníveis e Evitáveis: dossiê. 2005. **Rede Feminista de Saúde**. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/081.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

MATSUBARA, F. C. Aborto: prevalência em um município do noroeste do Paraná. **Rev. Saúde e Pesquisa**, v.3, n.1, p.17-23, jan./abr. 2010.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, suppl 2, p. S193-S204, fev. 2009.

MIGUEL, L. F.; BIROLI, F. Apresentação. **Rev Bras de Ciência Política**, Brasília, n.7, p. 145-164, jan./abr. 2012.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L. **Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005)**. 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2012.

PAPA, F C; JORGE, F. (Org.). **O feminismo é uma prática**: reflexões com mulheres jovens do PT. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2008. Disponível em: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2012.

ROCHA, M. I. B.; BARBOSA, R. M. (Org.). Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. **Núcleo de Estudos de População**. 2009. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/textos-diversos/017.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2012.

SOUZA, Z. C. S. N. et al. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v.23, n.6, p. 732-736, maio/jun. 2010.

SYDOW, E. et al. **A história de oito mulheres criminalizadas por aborto**. 2011. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/arquivos/Projeto02.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2012.

THOMSON, J. J. Uma defesa do aborto. **Rev Bras de Ciência Política**, Brasília, n. 7, p. 145-164, jan./abr. 2012.

Recebido em: 22 de janeiro de 2013

Aceito em: 10 de março de 2013