

A prática do aborto no Brasil: entre o acolhimento e a criminalização

Luiz Augusto Mugnai Vieira Jr¹

Resumo: O aborto torna-se um ato bastante arriscado e inseguro, principalmente em países como o Brasil, quando sua prática é considerada judicialmente ilegal. Tal posição contribui e agrava o problema da saúde pública, como afirma a Organização Mundial de Saúde (OMS), o que confirma-se em pesquisas que mostram que o aborto inseguro consiste na terceira causa de morte de mulheres no mundo, desde a década de 1990. Observa-se que em países onde existe uma restrição quanto à prática do aborto, como no Brasil, há um conflito entre os profissionais da área da saúde em relação como proceder: acolher ou criminalizar a mulher que pratica o aborto? Neste sentido, surgem perguntas coetâneas: os profissionais estão preparados para o não julgamento moral e um atendimento mais humanizado de mulheres que praticam o aborto? Como as políticas públicas de saúde lidam com esse assunto? Quais são as principais políticas de saúde relativas à prática abortiva, o que elas falam, quais são suas preocupações? Frente a essas indagações o presente artigo tem como objetivo traçar um breve panorama das políticas públicas de saúde no Brasil e a forma como lidam com o aborto. Discutir a temática aborto é possibilitar debates que vão além da superficialidade centrada apenas na decisão de ser a favor ou contra a prática, é abrir caminhos para futuros estudos e debates que percebam o aborto com uma problemática de saúde pública.

Palavras-chave: aborto, saúde, políticas públicas, mulher, ilegalidade.

Abstract: The Abortion becomes an act quite risky and uncertain, especially in countries how Brazil, where his practice is considered illegal in court. This position contributes to and exacerbates the problem of public health, as stated by the World Health Organization (WHO), which is confirmed in research showing that unsafe abortion is the third leading cause of death for women in the world, since the late 1990. It is observed that in countries where there is a restriction on abortion, as in Brazil, there is a conflict among health professionals about how to proceed: accept or criminalize women who practice abortion? In this sense, coeval questions arise: are health professionals prepared to not moral judgment and a more humanized women who practice abortion? As the public health policies dealing with this issue? What are the main health policies concerning abortion practice, what they say, what are your concerns? Faced with these questions this article aims to outline a brief overview of public health policies in Brazil and how they deal with abortion. Discuss the abortion issue is to enable discussions that go beyond the superficiality focused only on the decision to be for or against the practice, is to open avenues for future studies and debates perceive abortion with an issue of public health.

Keywords: abortion, health, public policy, women, illegality.

The practice of abortion in Brazil: between and host criminalization

¹ Mestre em História – Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. – Professor da UNIPAR.
Email: gutomugnai@hotmail.com

A questão do aborto como problema de saúde pública e as políticas públicas

O aborto quando tratado pelas políticas públicas e no âmbito da saúde pública revela um conflito de sentimentos e posturas profissionais que oscilam entre optar pelo acolhimento ou pela criminalização da mulher que o praticou. Para tal, apresentar as políticas públicas, especialmente as do Ministério da Saúde, para as vítimas de práticas inseguras (serviços de aborto legal) e também as políticas de planejamento familiar (com pílulas anticoncepcionais, DIUs, etc.), os convênios com farmácias para venda de anticoncepcionais; o patrocínio de laqueaduras e vasectomias, como políticas preventivas, visa o entendimento de como o aborto é percebido em âmbito de políticas estatais, além de mostrar desde quando existem as políticas públicas e como foi se modificando todo o aparato em relação à prática e as mudanças de valores em relação a ela.

A institucionalização da proteção de saúde materno-infantil no Brasil foi consolidada nos programas de governo com a reforma sanitária de Carlos Chagas na década de 1920, se estendendo assim nos períodos subsequentes.² Essa proteção da saúde materno-infantil era naquele momento de grande interesse político governamental, e as questões de saúde que foram adotadas pelo Estado, advinhas exclusivamente de uma dimensão biológica, funcionalista e delimitada essencialmente por cuidados médicos. (GIFFIN, 1991)

O período de 1945 a 1960 pode ser considerado como de transição para o modelo médico assistencial privatista, já que a dicotomia entre saúde pública e a atenção individual persistia ainda nesses anos. Em uma época de pós-guerra era marcada por um aumento de desemprego, insatisfação social da saúde que agravavam as condições sociais no Brasil. O aborto não era percebido como um problema ligado a saúde. A assistência preventiva à saúde manteve a prática de campanhas combatendo ainda as endemias. No ano de 1953 ocorre a criação do Ministério da Saúde, um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação criado em 1930 e que incorpora na prática a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde que fora reestruturado por Carlos Chagas e estava ligado ao Ministério da Justiça a fim de propagar a campanha sanitária na década de vinte. (CARVALHO; MARTIN; COORDONI JR, 2001).

² As primeiras manifestações relevantes de forma estrutural das políticas sociais, ocorreram na primeira República, entre 1889 e 1930, em função da implementação dos serviços de saúde pública em nível nacional. Dessa maneira o período de 1897 até 1930 os assuntos relacionados com a saúde, como funções públicas, eram tratados e estavam vinculados pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em específico, na Diretoria Geral de Saúde Pública. Essa mesma diretoria adota o modelo das campanhas sanitárias, no qual nesse período o médico Oswaldo Cruz segue a frente com o objetivo de combater endemias urbanas e rurais.

Neste período havia uma preocupação com a saúde materna infantil e reprodução, quanto à diminuição da mortalidade infantil como indica a pesquisa do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (1999).

No período que se estende a partir do final década de sessenta até a década de oitenta há a consolidação do modelo médico assistencial privatista, momento de ditadura militar caracterizado por atos institucionais que alteraram de forma arbitrária os direitos da população. Em relação aos programas de saúde direcionados às mulheres, o Programa de Saúde Materno-Infantil criado em 1975 foi amplamente utilizado nos serviços de Saúde Pública principalmente na década de setenta até meados da década de 1980, como resposta do governo a alguns problemas sanitários como a malária, febre amarela, coqueluche, hepatite, poliomielite e AIDS, selecionados como prioritários. Em um contexto de política de regime militar e de uma política de extensão de cobertura, na assistência estatal “até a década de setenta, a saúde da mulher era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, enfatizando-se a visão da mulher como mãe.” (GUARESCHI; MEDEIROS, 2009, p 39).

De acordo com Pinheiro (2000), na década de 1980 houve avanço no âmbito político trazendo mudanças fundamentais nos direitos das mulheres (e também dos homens) em relação à saúde. O direito de todos a ela era assegurado constitucionalmente. Em 1986 houve a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e o relatório final desta Conferência propôs uma reforma sanitária, fruto da luta de profissionais de saúde e professores, cuja visão crítica e posicionamento orientaram a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS). Dois anos mais tarde em 1988, o país discutiu, redigiu e aprovou a Constituição Federal, que estabeleceu as linhas gerais de uma nova política de saúde, dando origem ao SUS (Sistema Único de Saúde). (CARVALHO; MARTIN; COORDONI JR, 2001). Os artigos 196 a 200, do Segundo Capítulo da Seguridade Social - Seção II da Saúde tem como assunto o sistema de saúde brasileiro:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (...)

Art. 199 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. (...)

Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

(BRASIL, 1988).

Segundo Pinheiro (2000), a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 traz alguns ganhos para toda a sociedade como a proteção do Estado à família, dignidade da pessoa humana, paternidade responsável e o planejamento familiar livre e de decisão do casal. Cabendo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito. Outra conquista importante para a saúde e o trabalho da mulher em estado gestante de acordo com Pinheiros (2000) foi a licença gestante com a duração de 120 dias, sem haver prejuízo no seu emprego e na sua remuneração salarial.

Em um contexto histórico de transição democrática e fruto de negociação com o movimento de mulheres³, em termos de política pública, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM é o “divisor de águas” na forma como a saúde da mulher no Brasil passou ser tratada e percebida com outro olhar.

No Brasil, a política pública evidenciou um salto de qualidade na década de 80, com a formulação de propostas de atenção integral à saúde da mulher (PAISM) (...) que incluíram, pela primeira vez, serviços públicos de contracepção, e que visavam à incorporação da própria mulher como sujeito ativo no cuidado da sua saúde, considerando todas as etapas de vida. Ainda

³ Sobre a luta das mulheres é interessante mencionar que: “principalmente no início da década de 80, grupos feministas, ocupando as brechas abertas à participação política, ganharam espaço no debate, chamando atenção para a responsabilidade do Estado quanto à oferta de métodos anticoncepcionais dentro de uma política de planejamento familiar, com atenção à questão do aborto e aos altos índices de mortalidade materna.” (PINHEIROS, 2000, p.1).

falta muito para uma efetiva implementação destas propostas. (GIFFIN, 1991, p.133).

Apesar desse salto qualitativo nas políticas públicas de assistência à mulher nas unidades básicas e de um momento histórico como a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, os quais os serviços se organizam desenvolvendo programas por meio das ações básicas da saúde, combinando-se com atenção médica individual em uma concepção de uma integralidade da assistência como orientaram o PAISM, nele o aborto não é visto ainda como um problema de saúde pública⁴. Observa-se que no próprio documento “Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática” lançado pelo Ministério da Saúde em 1984, o aborto é associada às outras causas de morte feminina por doenças de hipertensão, como o parto.

Considerando-se as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva (CID, lista B, 38-40), observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecção puerperal, hemorragias obstétricas e aborto são os mais frequentes (3), apesar de serem facilmente evitáveis através de adequada assistência pré-concepcional, pré-natal, durante o parto, o puerpério e entre as gestações. O mesmo se pode dizer a respeito dos óbitos por neoplasias malignas, que seriam, em grande parte, evitáveis mediante exame preventivo sistemático das mamas e do colo uterino. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984, p.07).

O PAISM por meio de uma tentativa de maior articulação e consolidação de serviços básicos de prestação de saúde, padronizando as condutas que delas decorrem, traz uma discussão de outras temáticas que até aquele momento eram deixadas em plano secundário tais como: as doenças sexualmente transmissíveis (DST e doenças ginecológicas malignas); câncer cérvico-uterino e da mama; planejamento familiar (acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade); parto e puerpério; gravidez de baixo, médio e alto risco; assistência à adolescente e a mulher no climatério além de repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada e abortamento.

O aborto, conforme indica o documento, é um grande problema, mas que é “pouco estudado e as informações existentes são escassas e fragmentadas. Entre as fontes de dados mais sérias (...) observaram-se aumentos do número médio de abortos por 100 mulheres, no

⁴ O abortamento inseguro é reconhecido pela comunidade internacional como um grave problema de saúde pública desde a década de 1990. Em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, o Programa de Ação reconheceu, pela primeira vez em um documento intergovernamental, o aborto inseguro como grave problema de saúde pública (parágrafo 8.25).

período de 1960 - 1965, com uma variação de 34 a 150% de incremento.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984, p.11).

O documento também recomenda já nas últimas páginas, nas diretrizes gerais que norteiam as proposições básicas de ação para a assistência integral à saúde da mulher, que estas evitem o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada e que em todos os contatos da mulher com os serviços de saúde sejam dadas pelos agentes de saúde informações sobre o exercício da sexualidade, desde a fisiologia da reprodução até os riscos do aborto provocado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984, p. 16-18).

O PASIM, de acordo com Osis (1998), se mostrou inovador, principalmente em relação ao Programa Materno- Infantil (PMI) que resumia a mulher ao papel de mãe, com a finalidade de “assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social”. (OSIS, 1998, p.25).

A Constituição de 1988, assim como o PAISM, significou um avanço na luta das mulheres por saúde, direitos reprodutivos, cidadania e pelo seu reconhecimento enquanto sujeitos de direitos. Além disso, significaram uma grande conquista para a sociedade brasileira, pois eles possibilitam também definir os deveres do Estado perante a reprodução.

Quanto às políticas públicas específicas sobre aborto, houve uma concretização inicial por meio da criação de serviços de assistência aos dois casos permitidos pelo Código Penal. Esses serviços foram constituídos em alguns hospitais públicos em alguns municípios e estados do Brasil, no fim da década de 1980, havendo uma maior expansão a partir de meados da década de 90.

Segundo ARAÚJO (1993), o Hospital Municipal de Jabaquara, em São Paulo, teve um importante papel pioneiro, criando o Serviço de Aborto Legal, havendo assim um avanço da discussão sobre o aborto e não só no terreno jurídico como também no que se refere aos direitos reprodutivos das mulheres.

Novas unidades atendendo o aborto legal foram sendo implantadas após a primeira experiência de 1990, no Hospital Jabaquara, e hoje são 60 serviços de referência em quase todos os estados, geralmente nas capitais, mas ainda bastante concentrados em São Paulo. Outros hospitais com equipes sensibilizadas também realizam o procedimento. Em 2009, um total de 291 unidades hospitalares realizaram abortos legais. Em comparação com o ano anterior, houve diminuição, pois em 2008, 526 hospitais realizaram aborto legal. Os dados são do Ministério da Saúde. (FREITAS, 2011, p.30).

Em relação às normas técnicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde sobre aborto, observa-se que a primeira que trata da prática como um problema vinculado a saúde é a

“Norma Técnica de Atenção aos Agravos da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” que foi lançada em 1999 e atualizada em 2005. A norma orienta o atendimento de mulheres que sofreram violência sexual, reforçando o papel da mulher na capacidade de fazer escolhas e ser respeitada, seja qual forem a sua decisão, profissionais de equipe multidisciplinar (áreas da Assistência Social, Enfermagem, Psicologia e Clínica Médica) devem atendê-las agindo de forma sigilosa e profissional. A norma descreve também como deve ser feito a anamnese, a profilaxia contra doenças sexualmente transmissíveis (inclusive HIV/ Aids) e a oferta de métodos contraceptivos de emergência, para prevenir uma possível gravidez.

O aborto nesse documento (principalmente na primeira e segunda edição) é discutido parcialmente, pois é mencionado somente quando se fala do atendimento às mulheres com gravidez decorrente de estupro. Não realiza uma discussão mais ampla como, por exemplo, sobre ser este um problema de saúde devido a sua prática insegura, relacionada à ilegalidade.

Na segunda edição da norma, a palavra aborto aparece uma única vez. A apresentação desta edição, como da primeira foi escrita pelo então Ministro da Saúde, José Serra:

As mulheres vêm conquistando nas últimas décadas direitos sociais que a história e a cultura reservaram aos homens durante séculos. No entanto, ainda permanecem relações significativamente desiguais entre ambos os sexos. Essa situação dá origem a sérios problemas, sendo o mais grave deles a violência sexual contra a mulher. É dever do Estado e da sociedade civil delinearem estratégias para terminar com esta violência. Ao setor saúde compete acolher as vítimas, e não virar as costas para elas, buscando minimizar sua dor e evitar outros agravos. O braço executivo das ações de saúde no Brasil é formado pelos estados e municípios e, é a eles que o Ministério da Saúde oferece subsídios para medidas que assegurem a estas mulheres a harmonia necessária para prosseguirem, com dignidade, suas vidas. (SERRA apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.01).

Na edição atualizada de 2005, a discussão sobre o aborto é ampliada, o assunto é discutido como um problema de saúde, devido aos agravamentos decorrentes do uso de métodos inseguros da realização em lugares inadequados e por pessoas não habilitadas. Mas o texto não relaciona que a mortalidade de mulheres que realizam o aborto nas condições descritas acima decorre da criminalização da prática por lei. A insegurança e os riscos da prática abortiva são apenas mencionados quando essas são garantidas por lei, como por exemplo, no caso de violência sexual. Outros casos de aborto, como método contraceptivo e por questões econômicas não são expostas como práticas inseguras. É interessante frisar que a norma coloca que caso a mulher opte pelo abortamento, não há necessidade de apresentação

de boletim de ocorrência, apenas um consentimento por escrito para o procedimento médico se efetuar.

O texto da edição de 2005 coloca o aborto relacionando-o com questões de direitos reprodutivos, e que o sistema de saúde deve assegurar, porém "em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, o sistema de saúde deve treinar e equipar os provedores de serviços de saúde e deve tomar outras medidas para assegurar-se de que tais abortos sejam seguros e acessíveis" (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005, p.41).

Em 2001, o Ministério da Saúde lança o manual "Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher." discutindo o momento do parto e nascimento com segurança e dignidade como compromisso fundamental deste Ministério da Saúde, conforme apresentação do então ministro, José Serra. No texto do manual há uma preocupação com a capacitação do profissional da saúde, e a humanização do atendimento dado à mulher em processo de gestação e parto. O texto ressalta a necessidade do profissional da saúde desfazer-se da visão de que a gestação, o parto e o aborto, são apenas processos predominantemente biológicos. O texto toca sobre os abortos praticados de forma clandestina e fala da exclusão do assunto nos meios científicos e políticas públicas, afirma que:

A discriminação e os agravos à saúde impostos às mulheres, por razões culturais, legais e religiosas que envolvem a questão do aborto, têm contribuído para a precariedade da assistência e aumento da mortalidade e morbidade por esta causa. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2001, p.17).

Enfim, o manual traz informações e dados sobre o aborto expressos em pesquisas e encontros internacionais, indicando tratar-se de um problema de saúde pública, e indicando a assistência devida por parte da equipe de saúde à mulher com o abortamento.

Há também neste documento uma discussão sobre os programas de prevenção contra gravidez. Nota-se que métodos contraceptivos, como a camisinha, por exemplo, somente apareceram a partir do fim do século XIX. Mais tarde, em meados do século XX, por sua vez vieram outros métodos como DIU e pílulas anticoncepcionais, mas havia agora uma preocupação no que tocava ao controle de natalidade pela saúde pública:

E essa centralização do atendimento à saúde da mulher na esfera exclusiva do ciclo grávido-puerperal perpetuou-se até muito recentemente. A ampliação da oferta de serviços de atenção a mulher, a partir do final dos anos 60, ainda não tinha por objetivo o atendimento abrangente de suas necessidades de saúde. Não se pode negar as contribuições que os avanços técnico-científicos trouxeram à humanidade e à mulher em especial (...) abriram, teoricamente, espaços para que a mulher se tornasse dona de seu corpo e de seu destino. Os métodos contraceptivos provocaram mudanças

qualitativas na vida da mulher a partir dos anos 60, favorecendo a vivência da sexualidade sem o ônus da gravidez indesejada. Porém, a mesma sociedade que criou tais instrumentos não reconhece ideologicamente o direito da mulher à sexualidade plena, torna-a a exclusiva responsável pela reprodução humana e não lhe dá acesso a informações sobre direitos reprodutivos. A desvinculação entre vida sexual e reprodução, em vez de proporcionar a liberdade feminina, tem se apresentado de forma a criar artimanhas que preservam os tabus e a inconsciência, deixando inalterado o modelo tradicional de imposição de alternativas à mulher. Estatísticas recentes demonstram um número expressivo de laqueaduras realizadas em mulheres jovens e desinformadas. Não menos alarmantes são as estimativas sobre os abortos clandestinos realizados no Brasil que resultam em um número desconhecido, mas, seguramente não desprezível, de mortes. Esses fatos revelam contradições na sociedade, que se reproduzem no sistema de saúde e, mais intensamente, no atendimento à saúde da mulher. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.16).

A publicação do Ministério da Saúde “Parto, aborto e puerpério – assistência humanizada à saúde” apresenta em seu prefácio, intitulado “Humanização da Assistência Obstétrica”, um chamado para os profissionais da saúde para um desempenho humanizado nas atitudes e técnicas em relação ao parto. O documento evidencia como Martins (2004) e Rohden (2003), como a visão da mulher foi construída ao longo da história pelo o olhar médico:

Esses determinantes histórico-sociais vêm se refletindo, ao longo dos tempos, na atuação médica nas questões relacionadas à saúde da mulher: a exaltação da maternidade – discurso dominante a partir do século XIX – trouxe no seu bojo não a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os sexos. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2001, p.12).

Nesse manual do Ministério da Saúde citado no início, tanto a gravidez como o aborto são apresentados como eventos sociais e os profissionais da saúde são coadjuvantes dessa experiência e têm um papel fundamental para assegurar o bem-estar da mulher e do bebê de forma responsável, “reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.9).

Contudo, desempenhar este papel não é fácil. A maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado. Durante sua formação, doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior importância. Entretanto, a gestação é um processo que geralmente decorre sem complicações. Os estudantes são treinados para adotarem “práticas rotineiras”, como numa linha de produção avaliação crítica caso a caso. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2001, p.9-10).

O primeiro capítulo da publicação do Ministério da Saúde apresenta a saúde em um contexto sociocultural:

A saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico, onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças. Essa abordagem é fundamental ao se analisar a questão da saúde da mulher brasileira (...) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.11).

Documentos como este citado, do Ministério da Saúde e outros que apresentam o olhar médico sobre o aborto, demonstram uma mudança de percepção da prática abortiva não mais como um problema moral como percebemos no discurso médico anterior, mas como um problema de saúde pública.

Outro documento produzido pelo Ministério da Saúde que debate o aborto é a chamada "Atenção Humanizada ao Abortamento", lançada em 2005, com atualização e ampliação em 2010. Este documento busca qualificar o atendimento à saúde de mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento espontâneo ou inseguro. O texto trabalha de uma maneira mais completa e aberta sobre o aborto e vê a sua prática como um problema de saúde. O aborto é visto com uma complexidade que adentra uma discussão que abrange os aspectos éticos profissionais e jurídicos do abortamento, a forma com que ele deve ser tratado e orientado pela equipe de saúde com acolhimento e sem julgamentos, além de atenção clínica necessária e planejamento reprodutivo pós-abortamento.

O abortamento representa grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, com sua discussão envolvendo complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais (...) sabe-se que o abortamento é vastamente praticado, com o uso de meios diversos, muitas vezes induzidos pela própria mulher ou realizados por profissionais em condições inseguras, em geral acarretando consequências danosas à saúde, podendo, inclusive, levar à morte. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.11).

Este documento construído pelo Ministério da Saúde pretende estabelecer e consolidar novos padrões culturais de atenção, com base na necessidade das mulheres, buscando, assim, assegurar sua saúde e vida, quando elas estão em processo de abortamento, seja ele espontâneo ou induzido, cabendo os serviços de saúde acolher e orientar e não julgar.

Ao problematizar as políticas públicas contemporâneas mostrando em que momento a questão do aborto entra na agenda das políticas percebemos que muitas delas podem até

discutir a prática abortiva, porém ainda de forma parcial, umas mais, outras menos e umas até mesmo não discutem. Como por exemplo, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que visa a promoção de uma nova cultura mais humanizada, de atendimento ao paciente e no qual o aborto não é assunto discutido. Por mais que exista toda uma discussão da forma de atendimento dado a mulher que sofre um aborto, como aqui evidenciado pelos documentos citados acima, em razão de muitos profissionais não saberem lidar com tal situação, permitindo julgamento permeado de condenação moral, expresso em mau atendimento por esses mesmos profissionais. Isto é destacado no documento:

O Ministro da Saúde José Serra, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2000, p.3).

O Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004 e 2007 consiste na política que prevê ações voltadas ao planejamento familiar para o período de 2005 a 2007, voltada a garantir os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, em relação à saúde sexual e reprodutiva. Naquilo que é tocante ao aborto, o documento indica que esta é uma das principais causas de morte materna, devido suas complicações, porém não aborda a prática como sendo ilegal. Ainda, ressalta a atenção humanizada que deve ser feita em relação ao abortamento e que a mortalidade materna tanto no aborto quanto no parto devem não ser mais interpretadas como uma fatalidade.

Existem esforços em discutir o aborto como compõem a recém-elaborada Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que terá como base o documento "Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo". O documento ressalta a importância de ampliar e melhorar a qualidade dos serviços para a realização do aborto em serviços públicos de saúde que são previsto pela lei. Porém, o texto frisa que não é posição do Ministério da Saúde entender e incentivar a prática do aborto como um método contraceptivo e de planejamento familiar, apesar de perceber que suas condições realizadas de forma insegura é uma das principais causa de morte de mulheres no Brasil.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, se mostra um pouco diferente quanto a sua abordagem em relação ao aborto em comparação as políticas públicas até aqui apresentadas, por trazer em seu texto a problemática da ilegalidade do aborto

no Brasil. “A situação de ilegalidade na qual o aborto é realizado no Brasil afeta a existência de estatísticas confiáveis que subsidiem a implementação de políticas públicas mais precisas para as diferentes realidades regionais e faixas etárias, nas quais a gravidez indesejada é mais prevalente.” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004, p.30). Porém, não há uma discussão maior sobre o assunto, apenas uma introdução do tema da ilegalidade do aborto. Também não há uma proposta de mudança como de descriminalização da prática, apesar de, a exemplo dos outros documentos, mostrar o abortamento como condição de risco a saúde da mulher.

Outras políticas públicas discutem o aborto, como os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, I (2004) e II (2008).⁵ Nestes, a prática abortiva é vista como um problema de saúde. O I PNPM apresentou como meta “reduzir em 5% o número de complicações de aborto atendidas pelo SUS.” (BRASIL, 2004, p. 66) e em sua avaliação apontou como principais avanços na institucionalização da Política Nacional para as Mulheres e na sua implementação, “a Revisão da Legislação Punitiva contra o Aborto.” (BRASIL, 2008, p. 24).

Assim como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, I (2004) mostra que a ilegalidade do aborto no Brasil atrapalha a busca de dados confiáveis sobre a prática abortiva, porém não há no documento uma discussão direta e ampla sobre a problemática da criminalização do aborto no Brasil. O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, II (2008) também discute indiretamente a ilegalidade da prática abortiva, mas menciona a questão da sua criminalização:

A avaliação do I PNPM apontou (...) insuficiências, que necessitam ser superadas: a não existência de organismos de políticas para as mulheres em inúmeros governos estaduais e na maioria dos governos municipais; o baixo orçamento para as políticas para as mulheres; a criminalização do aborto; a falta de dados; a baixa incorporação da transversalidade de gênero nas políticas públicas; a ausência de compartilhamento, entre mulheres e homens, das tarefas do trabalho doméstico e de cuidados; a fragilidade dos mecanismos institucionais de políticas para as mulheres existentes; entre outras. (BRASIL, 2008, p.24).

Observa-se que o Plano Nacional de Políticas para Mulheres tem como uma das suas propostas a redução da mortalidade materna no país, o tema da ilegalidade e da criminalização

⁵ A elaboração do programa Plano Nacional de Políticas para as Mulheres que tem como objetivo de enfrentar as desigualdades de gênero e raça, enfim sociais em nosso país: “(...) foi construído com base nos resultados desta Conferência e expressa o reconhecimento do papel do Estado como promotor e articulador de ações políticas que garantam um Estado de Direito, e o entendimento de que cabe a ele, e aos governos que o representam, garantir políticas públicas que alterem as desigualdades sociais existentes em nosso país. Expressa ainda o reconhecimento de que a construção destas políticas deve ser feita em permanente diálogo com a sociedade e as organizações que a representam.” (PLANO NACIONAL DE POLITICAS PARA AS MULHERES, p. 11).

do aborto é somente indiretamente debatido, nas duas versões. O plano, além de se mostrar como uma prática política marcada em um período traz o Estado assumindo uma plataforma política de debate sobre uma problemática das mulheres.

Os dados sobre o aborto no país

Dados recentemente publicados de uma pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde em 2009, “20 anos de Pesquisa sobre o aborto no Brasil”, referendam tal posição, ao apresentar dados sobre o perfil da mulher que aborta.

O relatório revela quem são elas: “predominantemente, mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com o medicamento Misoprostol (Cytotec).” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.14). É válido frisar que o uso do medicamento Misoprostol teve avanços e recuos.⁶

Esses dados desmitificam algumas representações da mulher que aborta, presentes em determinados discursos, como o da mídia, que passa a ideia de que o aborto é mais próprio do universo de adolescentes que ainda não vivenciaram a maternidade e que a gravidez indesejada é oriunda de encontros acidentais, sem planejamento, fruto de relações instáveis de namorados. Estes não desejariam assumir o filho, e as garotas não se mostrariam submetidas a valores religiosos por optar pelo aborto. Um texto publicado pela Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF) afirma que muitos brasileiros acreditam que a maior parte das adolescentes pobres é que abortam.

Temporão advertiu que é grande número de mulheres que fazem aborto de forma ilegal, o tornando assim, um problema de saúde pública sério por causa das complicações que frequentemente são perigosas quando feitas de forma clandestina. A maioria dos brasileiros acredita que é na maior parte as adolescentes pobres que abortam. Mas um estudo realizado pela Universidade de Brasília mostrou que a maioria dos abortos é praticada por mulheres que já são mães, com idade entre 20-29, que trabalham e que são católicas, e estas fazem uso de dispositivos contraceptivos e tem uma vida sexual ativa. (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, 2008, s.p).⁷

⁶ Ver o tópico sobre o remédio em: FREITAS, Ângela. **Aborto: guia para profissionais de comunicação.** / Coordenadora Paula Viana; Colaboração Beatriz Galli [et. al.]. Recife: Grupo Curumim, 2011. E também em: BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

⁷ Temporao has warned that the large number of women having illegal abortions was a serious public health issue because of often dangerous complications when they went awry. Many Brazilians believe it is mostly poor teenagers who abort. But a study co-sponsored by the University of Brasilia showed that most abortions were practiced by Catholic mothers, aged 20-29, with jobs, who used contraceptive devices and had steady sexual partners. (INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, 2008, s.p).

Já o relatório informa que “mais de um milhão de gestações foram interrompidas em 2005” e que “cerca de 200 mil mulheres foram hospitalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), em decorrência de tentativas de aborto em 2005.” Entretanto, para os pesquisadores esse número representaria 20% do total de casos de abortos ocorridos no país, pois estimam que “mais de um milhão de abortos” ocorreram naquele ano. Além disso, é relevante dizer, segundo as pesquisadoras que “não há dados sobre interrupções induzidas de gestação fora das grandes cidades, em casa e ou em clínicas particulares.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 14).

Na visão de Débora Diniz, uma das coordenadoras do estudo, “um debate político fundamentado em evidências científicas e mais pesquisas sobre o tema ajudariam a evitar abortos clandestinos e suas consequências à saúde da mulher.” (DINIZ, 2008, s.p).⁸

Em pleno o século XXI, são distintos os motivos pelos quais uma mulher é levada a cometer um aborto, “é essa tênue distância entre o acaso e o acidente, entre a ação inconsciente e a deliberada, entre o desejo de ter um filho e a culpa por não tê-lo desejado naquele momento, que tornam o tema do aborto impregnado de tabus.” (PRADO, 1984, p.16). Além disso, dados estatísticos do Ministério da Saúde (2007) da pesquisa “Magnitude do Aborto no Brasil” e da pesquisa “20 anos de Pesquisa sobre aborto no Brasil” estimam cifras

⁸ Outros números do relatório sobre a prática do aborto viabilizam entendê-lo como um fenômeno complexo e permeado de contradições presentes em discursos de poder, que por vezes a sociedade segue como “verdades absolutas”, sem mesmo questioná-los. Pelo menos 3,7 milhões de brasileiras entre 15 e 49 anos realizaram aborto. Ou seja, 7,2% das mulheres em idade reprodutiva. Menos da metade chega ao Sistema Único de Saúde (SUS); - De 51% a 82% dos abortos são realizados por mulheres entre 20 e 29 anos. Adolescentes respondem por 7% a 9% das estatísticas; - Somente 2,5% das interrupções de gravidez ocorreram em um contexto de relações eventuais; - Mulheres que vivenciam relações estabelecidas (tem marido, companheiro ou namorado) responde pela maior parte dos abortos: 70% dos casos; - Entre 70,8% e 90,5% de quem decide pelo procedimento já possui filhos.; Mais de 50% das mulheres que abortaram nas regiões Sul e Sudeste usavam algum método anticoncepcional, principalmente pílulas. No Nordeste, essa porcentagem oscila entre 34% e 38,9%. ; Das adolescentes, entre 60% e 83,7% delas não pretendiam engravidar, e 73% cogitaram a interrupção da gestação, sendo que 12,7% a 40% das garotas tentaram abortar. Entre aquelas que consumaram o ato, 25% voltaram a esperar um filho.; - A maior parte das mulheres que fizeram aborto se declarou católica, com 51% a 82% de prevalência, seguida pela que professava fé espírita, com 4,5% a 19,2%. Em último lugar estão as evangélicas - entre 2,6% e 12,2%.; - De 50,4% a 84,6% das mulheres que cessaram a gestação utilizaram o medicamento Cytotec. Entre as adolescentes, o método também aparece com destaque: mais de 50% afirmaram tomar o Cytotec ou ingerir algum tipo de chá; - Nos anos 2000, um estudo entre jovens de 18 a 24 anos mostrou que renda familiar e escolaridade foram fatores associados à indução do aborto na primeira gravidez: quanto maior a renda e a escolaridade, maiores as chances de a primeira gravidez resultar em um aborto; - o medicamento de venda controlada Misoprostol, conhecido como Cytotec, foi apontado como principal método abortivo utilizado pelas brasileiras. Usado para a indução de partos e tratamento de úlceras gástricas, o remédio também é citado pelas adolescentes: mais de 50% afirmaram tomar o Cytotec ou ingerir algum tipo de chá. O Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) financiaram a pesquisa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

em torno de 1 milhão de abortos ao ano no Brasil. Desses, 800 seriam ilegais ou clandestinos e se constituiriam na 4ª maior causa de morte. Portanto, visualiza-se claramente que o aborto é um problema de saúde, como demonstram algumas pesquisas já realizadas sobre a prática, porém existem valores culturais que mantêm o verdadeiro e necessário debate em suspenso.

Não desejar ter filhos é um comportamento depreciado pela nossa cultura, e essa norma está profundamente interiorizada em nosso inconsciente. Mais grave ainda, moralmente falando, é recusar a gravidez já instalada, o embrião concebido, mesmo que a mulher não tenha desejado uma criança naquele momento. Dai a dificuldade em obter informações corretas sobre a incidência dos abortos clandestinos. (PRADO, 1984, p.16).

Alguns dados interessantes sobre o aborto são indicados por Santiago (2008, p.30), que complementa a reflexão sobre os números relacionados a prática abortiva, como por exemplo, de cada cem mil nascidos vivos, pelo menos 70 a 80 mortes maternas no Brasil. O autor chama atenção para duas questões importantes sobre esse dado, uma que a mortalidade materna é vista como um marcador de qualidade de saúde de um país e que o Brasil ultrapassa a tolerância da Organização Mundial de Saúde - OMS que é de 20 mortes maternas a cada cem mil nascidos vivos. Outra mensuração sobre a prática abortiva que o autor fornece é que segundo a OMS, “97% de todos os abortos inseguros são realizados em países em desenvolvimento e apenas 3% em países desenvolvidos.” (SANTIAGO, 2008, p.33-34).

Segundo as autoras Baltar & Barbosa (2009, p.7), o estudo do aborto gera uma “complexa empreitada de reunir pesquisadores de renome para debater um tema tão carente de investigações”. Assim, uma dessas diversas pesquisas realizadas nos mostra por meio de dados do DATASUS, o número de aborto no Brasil.

Mais recentemente, pesquisa de Monteiro e Adesse (2006; 2007) apresenta estimativas de ocorrência do aborto no país, também utilizando como base de cálculo as hospitalizações na rede pública, registradas no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (AIH/DATASUS). Com números bastante próximos aos encontrados nas investigações anteriores, esses autores analisam uma série histórica de 1992 a 2005 e confirmam a tendência de redução das internações por abortamento de 1991 a 1996 e de estabilização até 2005, em todas as regiões e todos os grupos etários. Para 2005, estimou-se a realização no país de 1.054.242 abortos, isto é, uma taxa média de 2,07 abortos por 100 mulheres entre 15 e 49 anos de idade. Desigualdades regionais importantes foram constatadas, com as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentando o maior risco de aborto induzido (taxas respectivas de 2,81, 2,73 e 2,01 abortos/100 mulheres de 15 a 49 anos) e o Sudeste e, mais ainda, o Sul com as menores taxas, respectivamente de 1,82 e 1,28 abortos/100 mulheres. Essas taxas são ainda elevadas, se comparadas com países da Europa Ocidental (1,1 abortos/100 mulheres de 15-44 anos), onde há acesso fácil aos contraceptivos e à

interrupção legal da gravidez em condições seguras (HENSHAW; SINGH; HAAS apud BALTAR & BARBOSA, 2009, p.125).

Dados da própria Organização Mundial de Saúde (2007) calculam que cada ano até 20 milhões de abortos ocorrem em condições inadequadas, sendo que 97 % se encontram em países subdesenvolvidos. Outro dado sobre essa prática insegura é que entre 10% e 50% das mulheres que abortam necessitam de atenção médica por complicações. E, ainda, muitas mulheres também precisam de atenção depois de um aborto espontâneo. No mundo morrem 68.000 mulheres por ano devido ao abortamento inseguro, além de deixar milhares de mulheres com sequelas. A Organização Mundial chama a atenção para os seguintes dados no Brasil, em 2003, foram registradas 120.212 internações hospitalares por aborto, no grupo de 10 a 24 anos. A maior taxa de internação hospitalar por aborto foi no grupo de 20 a 24 anos (35%). Segundo o Ministério da Saúde (2009), o aborto se mantém entre a terceira e quarta causa de morte materna.

Outros dados, como os da Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), afirmam que no Brasil existem aproximadamente duzentas mil mulheres internadas por ano em decorrência de complicações de aborto. O texto menciona o Ministro da Saúde José Temporão:

(...) ministro de saúde José Temporão no ano passado do endossou pelo aborto legalizado. Mais de 200.000 mulheres são hospitalizadas anualmente por causa dos abortos realizados de forma clandestina segundo mostram as estatísticas do governo. Baseado nesses dados, alguns peritos estimam o número de abortos poderia ser tão elevado quanto ao redor 1 milhão por o ano. (IPPF, 2008, s.p).⁹

Esses dados quantitativos das pesquisas aqui apresentadas, com suas diversas mensurações sobre o aborto, revelam algumas questões comuns, como por exemplo, a gravidade da prática abortiva para a saúde da mulher devido a sua ilegalidade.

Conclusão

No interior da discussão sobre políticas públicas pode-se avaliar – e evidenciar com os dados sobre a prática abortiva – o aborto como um problema de saúde - que há na maioria das políticas públicas, principalmente as de saúde, como por exemplo, manuais voltados para

⁹ Several ruling party legislators pushed the bill after Health Minister Jose Temporao last year all but endorsed legalizing abortion. More than 200,000 women are hospitalised annually because of botched abortions, government statistics show. Based on those figures some experts estimate the number of abortions could be as high as around 1 million per year. (INTERNATION PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, 2008, s.p).

mudanças de atendimento de profissionais de saúde para mulheres em processo de abortamento, a falta de uma discussão mais clara e direta sobre os problemas da ilegalidade do aborto no Brasil. O manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, por exemplo, não discute o problema da ilegalidade no Brasil, quando fala sobre o aborto, como também faz o documento “Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.” Outra política pública de saúde que causa mais preocupação é o documento “Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.”, isso devido à ausência de debate não somente sobre o problema da ilegalidade da prática abortiva, mas a discussão do próprio aborto. Entretanto, algumas outras políticas públicas chegam a introduzir o assunto do problema da ilegalidade da prática abortiva no Brasil, como demonstrado acima, e até mesmo propõem uma discussão, porém de maneira breve, não havendo assim um debate amplo da questão.

Essa discussão indireta por parte das políticas públicas, que trata o aborto como um problema de saúde devido a sua criminalização, acarreta uma preocupação principalmente do movimento feminista com definição sobre o *status* da Rede Cegonha¹⁰, “se seria um programa, uma política ou uma estratégia. Expressamos nossa preocupação com o que a Rede não continha, embora uma política materno-infantil não possa ser desmerecida.” (NEGRÃO, 2011).

Segundo Vilela (2011) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, serve de base tanto para as críticas quanto para a defesa da Rede Cegonha e defende uma iniciativa do governo como uma ação pontual e específica. De acordo com Oliveira (2011, s/p) a Pastoral da Criança, da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) foi presente no lançamento da Rede Cegonha. Para ela a presença da CNBB representou “uma deferência à retomada da visão da saúde materno-infantil, que tem o apoio irrestrito do Vaticano em uma visão de santificação da maternidade e de satanização das mulheres”. Para Negrão (2011, s.p) “a Rede Cegonha precisa ser mais discutida com a sociedade civil. “Ainda falta ampliar o escopo das ações para os casos de mulheres que não querem ser mães.”

Segundo informações e dados mais recentes sobre ações da Rede Cegonha, houve uma redução da mortalidade materna de 21% de acordo com o Portal do Ministério da Saúde (2012), entretanto, o informe não menciona sobre mortes de mulheres devido à ilegalidade do aborto e sim das advindas de complicações durante a gravidez e no parto. Diferente na forma de tratar a questão do aborto, a nova ministra da Secretaria de Políticas para Mulheres,

¹⁰ A Rede Cegonha é uma proposta de governo presente no discurso da candidata Dilma Rousseff, que foi bastante evidenciada nas eleições presidenciais 2010.

Eleonora Menicucci, fala diretamente da ilegalidade e afirma que a prática abortiva é uma questão de saúde pública.

Observa-se que a posição oficial do Ministério da Saúde brasileiro sobre o aborto inseguro é de uma questão de saúde pública, isso se deu principalmente no final da década de noventa como já foi debatido, entretanto, a forma de tratá-lo como tal, se mostra bastante tímida em suas ações.

Referências

1. Bibliografia

- ARAÚJO, Maria José de Oliveira. **Aborto legal no Hospital de Jabaquara. Estudos Feministas**, 1993.
- BARBOSA, Regina Maria; BALTAR, Maria Isabel da Rocha (org). **Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos**. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo /Unicamp, 2009.
- CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIM, Gilberto Berguio; CORDONI JUNIOR, Luiz. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. Bases da Saúde Coletiva, Londrina: Ed UEL, 2001.
- DINIZ, Débora. **Anencefalia: Ciência e Estado Laico**. In: CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 2008.
- GIFFIN, Karen Mary. Mulher e saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol.7, n.2, Rio de Janeiro, 1991.
- GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; MEDEIROS, Patrícia Flores. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão**. Rev. Estud. Fem. vol.17 no.1 Florianópolis jan./abr. 2009.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- NEGRÃO, Telia. **Saúde feminina e maternidade**. In: CLAM – (in)formação em sexualidade e direitos humanos. Disponível em:<<http://www.clam.org.br/noticias-clam/conteudo.asp?cod=8065>>. Acesso em: 10 abr. 2011.
- OLIVEIRA, Fátima. Rede Cegonha: saúde feminina se reduz à maternidade e ao aborto seguro? In: In: CLAM – (in)formação em sexualidade e direitos humanos. Disponível em:<<http://www.clam.org.br/noticias-clam/conteudo.asp?cod=8065>>. Acesso em: 10 abr. 2011.
- OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil . **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.14, suppl.1, 1998.
- PINHEIRO, Maria Laura Sales. **Saúde da Mulher: discurso construído no marco da redemocratização**. Jornal Fêmea, número 94, 2000.
- PRADO, Danda. **O que é aborto**. São Paulo: Editora Brasiliense S.A, 1984.
- ROHDEN, Fabíola. **A arte de Enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- SANTIAGO, Ricardo Cabral. **Saúde da mulher e o aborto**. In: MAIA, Mônica Bara (org.) Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

VILELA, Esther. **Saúde feminina e maternidade**. In: CLAM – (in)formação em sexualidade e direitos humanos. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/noticias-clam/conteudo.asp?cod=8065>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

2. Fontes:

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <<http://www.alep.pr.gov.br/system/files/corpo/Con1988br.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2009.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. 2004. Disponível em: <<http://200.130.7.5/spmu/docs/Plano%20Nacional%20Políticas%20Mulheres.pdf>>. Acesso em 10 abr. 2011.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres II**. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/II_PNPM.pdf>. Acesso em 10 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FREITAS, Ângela. **Aborto: guia para profissionais de comunicação**. / Coordenadora Paula Viana; Colaboração Beatriz Galli [et. al.]. Recife: Grupo Curumim, 2011.

IPFF. **Brazil legislators reject abortion reform**. Disponível em: <<http://www.ippf.org/en/News/Intl+news/Brazil+legislators+reject+abortion+reform.htm>>. Acesso em 30 de julho de 2008.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 2004 a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em 10 fev. 2011.

_____. **Norma Técnica de Atenção aos Agravos da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília, 2002.

_____. **Norma Técnica de Atenção aos Agravos da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**, 2005 b. Disponível em: <http://campanhapontofinal.com.br/download/informativo_01.pdf>. Acesso em: 10 jun.2011.

_____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em 13 fev. 2010.

_____. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM**. 1984. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_acao_programatica.pdf>. Acesso em 17 mai. 2011.

_____. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2000. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em 10 mai. 2011.

_____. **Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. 2004 b. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf>. Acesso em 10 jul. 2010.

_____. **Atenção Humanizada ao Abortamento**. 2005 c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em 10 jun. 2011.

_____. **20 anos de pesquisas sobre o aborto no Brasil**. Brasília, 2009.

_____. **Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa.** Brasília, 2007.

_____. **Ações da Rede Cegonha reduzem mortalidade materna em 21% .**Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/impressao/5372/785/acoes-da-rede-cegonha-reduzem-mortalidade-materna-em-21.html>>. Acesso em: 30 mai.2012.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. **Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil.** Rio de Janeiro, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternal mortality in 2005: estimates developed by** Genebra: Worl Health Organization, UNICEF, UNFPA and World Bank. Genebra: Worl Health Organization, 2007.

Recebido em: 07 de junho 2013

Aprovado em: 19 de agosto de 2013