

# Aborto no Brasil e países do Cone Sul

panorama da situação e dos estudos acadêmicos

Maria Isabel Baltar da Rocha  
Regina Maria Barbosa  
Organizadoras



# **Aborto no Brasil e países do Cone Sul**

panorama da situação e dos estudos acadêmicos

**Universidade Estadual de Campinas**

**Reitor**

Fernando Ferreira Costa

**Vice-Reitor**

Edgar Salvadori de Decca

**Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário**

Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva

**Pró-Reitor de Pesquisa**

Ronaldo Aloise Pilli

**Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Euclides de Mesquita Neto

**Pró-Reitor de Graduação**

Marcelo Knobel

**Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários**

Mohamed Ezz El Din Mostafa Habib

**Coordenadora de Centros e Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa**

Itala Maria Loffredo D'Ottaviano

**Coordenadora do Núcleo de Estudos de População**

Regina Maria Barbosa

Tirza Aidar (coordenadora associada)



Apoio



FORD FOUNDATION

**Núcleo de Estudos de População (NEPO)**  
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)  
Caixa postal 6166 – CEP 13081-970  
Campinas – SP – Brasil  
Fone: 55-19-3521-5890  
Fax: 55-19-3521-5900

<b>Organização</b>	Maria Isabel Baltar da Rocha Regina Maria Barbosa
<b>Coordenação editorial</b>	Carmen Siqueira Ribeiro dos Santos
<b>Preparação dos originais</b>	Tina Amado
<b>Tradução dos textos em espanhol</b>	Carmen Carballal e Tina Amado
<b>Diagramação</b>	Myrcia Rose Skaetta
<b>Revisão bibliográfica e ficha catalográfica</b>	Adriana Fernandes
<b>Projeto gráfico do encarte</b>	Traço Publicações e Design Flavia Fábio e Fabiana Grassano

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA ADRIANA FERNANDES**

Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos / Maria Isabel Baltar da Rocha (Org.); Regina Maria Barbosa (Org.). - Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo / Unicamp, 2009. 284p.

ISBN 978-85-88258-21-1

1.Aborto. 2.Aborto-Brasil. 3.Aborto-Países do Cone Sul. I. Rocha, Maria Isabel Baltar da (Org.). II. Barbosa, Regina (Org.). III. Título.

Índice para Catálogo Sistemático

1. Aborto – 363.46

Maria Isabel Baltar da Rocha  
Regina Maria Barbosa  
Organizadoras

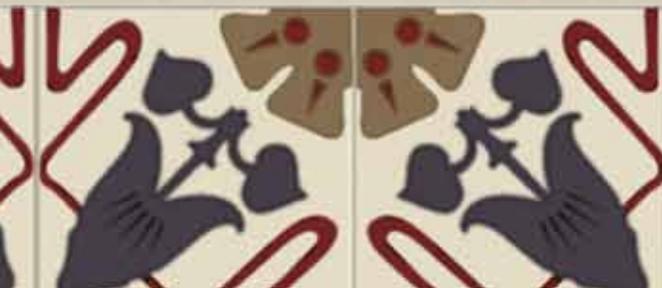
# **Aborto no Brasil e países do Cone Sul**

panorama da situação e dos estudos acadêmicos

Campinas, outubro de 2009

# Sumário

<b>Apresentação: Aproximações à complexidade da questão do aborto</b> Regina Maria Barbosa	7-12
<b>Parte I – Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai</b>	
<b>Aborto induzido na Argentina: um contexto cambiante</b> Silvina Ramos, Mariana Romero, Jimena Arias Feijó	15-51
<b>Legalização do aborto no Chile: uma tarefa pendente</b> Gloria Salazar Rosas	53-68
<b>Panorama da situação dos debates e dos estudos sobre o aborto no Paraguai</b> Clyde Soto	70-89
<b>Panorama do aborto no Uruguai</b> Susana Rostagnol	91-109
<b>Parte II – Brasil</b>	
<b>Aborto: investigação, ação e prioridades em pesquisa</b> Maria Isabel Baltar da Rocha	112-117
<b>Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva</b> Greice Menezes, Estela M. L. Aquino	119-154
<b>Violência contra a mulher e aborto legal</b> Eleonora Menicucci de Oliveira, Juliana Duarte Francischinelli, Lélia Hanae Gonçalves	156-165
<b>Breve panorama sobre a questão do aborto no legislativo brasileiro</b> Maria Isabel Baltar da Rocha	167-174
<b>A questão do aborto e seus aspectos jurídicos</b> Miriam Ventura	176-205
<b>Aborto e religião: as pesquisas no Brasil</b> Maria José Rosado-Nunes	207-226
<b>O movimento de mulheres e o debate sobre o aborto</b> Leila Linhares Barsted	228-256
<b>O médico ginecologista e obstetra frente ao aborto</b> Anibal Faúndes, Maria José Duarte Osis, Graciana Alves Duarte, Karla Simônia de Pádua	258-266
<b>Anexos</b>	
<b>El aborto en América Latina y El Caribe</b> Agnès Guillaume, Susana Lerner	269-279
<b>Programa do Seminário “Estudos sobre a questão do aborto em países da América do Sul, com ênfase no Brasil”</b>	281-284



## *Apresentação*

# *Aproximações à complexidade da questão do aborto*

Esta coletânea traz um sólido conjunto de reflexões resultantes de pesquisas sobre o aborto no Brasil e em países do Cone Sul. Tem sua origem no seminário “Estudos sobre a questão do aborto em países da América do Sul, com ênfase no Brasil”, realizado em 2007 por ocasião do Ciclo de Eventos Comemorativos dos 25 anos do Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Unicamp. Foi organizado por Maria Isabel Baltar da Rocha em parceria com Agnès Guillaume, Susana Lerner, Rosana Baeninger e Regina Maria Barbosa, parceiras na complexa empreitada de reunir pesquisadores de renome para debater um tema tão carente de investigações.

Está organizada em duas partes que se integram. A primeira, composta de quatro capítulos, traça um amplo panorama da situação na Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai. A segunda reúne sete capítulos de pesquisadoras/es brasileiras/os. E, por fim, Agnès Guillaume e Susana Lerner fecham a coletânea com uma síntese de seu trabalho, um levantamento de proporções continentais sobre o aborto na América Latina e no Caribe.

O cerne da questão do aborto é seu *status* jurídico. Como se sabe – e os trabalhos aqui reunidos confirmam à exaustão –, é a clandestinidade advinda de sua sanção legal que gera conseqüências desastrosas. Dentre os países aqui examinados, no Chile e Paraguai é totalmente proibido, não existindo qualquer situação na qual o aborto é permitido; na Argentina, Uruguai e Brasil, a legislação o permite apenas em condições muito específicas. Além disso, esses dispositivos não se apresentam homogêneos entre estes países e nem constituem campos pacificados.

Na Argentina, Silvina Ramos mostra que pesquisas de opinião pública evidenciaram uma grande concordância da população quanto ao direito de mulheres e homens decidirem livremente com relação a quantos filhos ter e quando, mas, sobretudo, que um percentual muito expressivo é favorável à descriminalização do aborto. De modo similar, a análise do caso uruguaio feita por Susana Rostagnol mostra que a opinião pública foi amplamente favorável ao projeto de lei de saúde sexual e reprodutiva – quadro que se altera no Paraguai e Chile. No caso paraguaio, Clyde Soto mostra como os esforços da articulação formada por organizações feministas, que se consubstanciaram em uma campanha anual para sensibilizar a opinião pública sobre a necessidade de descriminalizar o aborto, encontram grande resistência por parte da poderosa influência do discurso pró-vida, emitido pelos setores religiosos mais conservadores. Essas mesmas resistências são encontradas no caso chileno, examinado por Gloria Salazar, onde a Igreja Católica recorre ao poder político para intervir e pressionar o governo e os meios de comunicação, influenciando em qualquer tema que envolva sexualidade e/ou reprodução. Contando com o partido da Democracia Cristã no parlamento, bem como os tentáculos da Opus Dei e Legionários de Cristo que se fixaram nos setores mais abastados da sociedade

chilena, a Igreja difunde suas posições ideológicas que, no limite, dominam o discurso e a agenda pública.

Na análise do contexto brasileiro, Miriam Ventura aborda a situação jurídica do aborto no Brasil, mostrando o peso desse mesmo conjunto de forças antagônicas. Seu trabalho traz, em especial, os resultados de amplo levantamento bibliográfico que serviu como ponto de partida para identificar os avanços, lacunas e desafios nos estudos do campo jurídico.

Sobre os casos de aborto permitidos pela lei, cujo atendimento pelo serviço público de saúde só recentemente tornou-se obrigatório e ainda é incipiente, Eleonora Menicucci e colaboradoras analisam, sobre o pano de fundo da violência de gênero, o atendimento ao “aborto legal” em três serviços na cidade de São Paulo, mostrando o quanto os profissionais de saúde ainda estão distantes do cuidado humanizado prescrito e suas resistências frente à prática do aborto. O capítulo de Anibal Faúndes e colaboradores, por sua vez, analisa a opinião e a conduta de médicos ginecologistas e obstetras quanto à realização do aborto.

O debate de tais questões na arena pública é evidentemente tributário da atuação dos movimentos de mulheres em todo o mundo que, historicamente, tiveram suas demandas inseridas na agenda política após longo e acidentado percurso em que esse debate, negociado e recolocado continuamente ao longo de mais de 30 anos de militância, foi essencial para a construção de novos direitos nos campos da sexualidade e reprodução. Nas palavras de Leila Barsted, esses novos direitos são considerados como um corpo estranho na cultura e na legislação, tendo contribuído para sua elaboração não apenas as feministas, mas também o trabalho de setores organizados mais arejados da sociedade. Tensões entre os campos da militância feminista, das religiões e outros atores são discutidas por Maria José Rosado-Nunes, que faz uma ampla revisão dos campos de disputa conceitual e político, extremamente problemáticos no binômio aborto e religião.

Maria Isabel Baltar da Rocha reconstitui, com a minúcia que sempre pautou seu trabalho, a trajetória da questão do aborto no Congresso Nacional, enfatizando alguns momentos da história do país e, sobretudo, no período mais recente, a grande quantidade de proposições apresentadas. Essa reconstituição foi coletada de seus arquivos pessoais no ponto em que ela os deixou.

O aborto revela-se, assim, um campo de disputas e uma arena de luta política em todos os países examinados. Ao mesmo tempo, estes trabalhos mostram o difícil percurso da difusão de qualquer idéia favorável a sua despenalização. Em todos os países examinados também ficam evidentes as dificuldades de estimação da sua ocorrência, sempre vista como uma questão complexa. Assim, no campo da epidemiologia, sua subdeclaração faz com que a captação de sua magnitude seja mensurada por meio de um leque de métodos cujos resultados provavelmente espelham os patamares

mínimos da ocorrência de aborto. No caso brasileiro, Estela Aquino e Greice Menezes fornecem elementos para a reflexão sobre as lacunas e desafios na pesquisa sobre o aborto.

O conjunto dos trabalhos aqui reunidos reforça a necessidade urgente de se dispor de um conhecimento mais preciso e cientificamente rigoroso do tema, a fim de orientar leis e políticas de saúde, e sensibilizar os diferentes atores sociais envolvidos.

Estas são justamente as questões que marcaram a vida profissional de Maria Isabel Baltar da Rocha, nossa querida Bel Baltar, que nos deixou precocemente em outubro de 2008. Se a organização do Seminário foi assumida coletivamente, Bel tomou para si a organização desta coletânea, com o rigor e precisão de detalhes que lhe são característicos.

Minha contribuição foi finalizar o trabalho de edição da coletânea, interrompido por sua morte, para o que contei com o trabalho editorial de Tina Amado e com o apoio de Carmen Siqueira Ribeiro dos Santos na organização do livro. Na busca do texto que a Bel havia apresentado no Seminário, deparei-me com um documento preparado por ela para uma reunião de trabalho que sucedeu o Seminário. Ainda que ela não tivesse a intenção de publicá-lo, optei por incluí-lo, não apenas em função de seu ineditismo, mas também porque, pelo detalhamento das linhas de investigação sobre a questão do aborto, constituía um prefácio perfeito aos capítulos referidos ao contexto brasileiro.

Tentei nesse processo, no qual revisitei saudosa nossas longas conversas sobre feminismo, saúde e direitos reprodutivos no Brasil, ser o mais fiel possível a seus desejos e ao seu projeto editorial, compartilhados em conversas tidas durante um café ou um chá, reuniões por ocasião da organização do Seminário ou simplesmente por meio de troca de idéias, sentadas em nossas mesas de trabalho: nossas salas no NEPO, localizadas frente a frente, se entreolhavam.

É, portanto, com muita saudade e em sua homenagem, que nós, do Núcleo de Estudos de População da UNICAMP, tornamos público este trabalho de Bel Baltar. Trabalho que representa síntese de uma vida dedicada às pesquisas acadêmicas e à militância política.



Foto: Antoninho Perri

Campinas, 14 de outubro de 2009

Regina Maria Barbosa

## *Sobre Bel Baltar in memoriam*

*Bel... Sin duda, una mujer inolvidable, una de esas personas con quienes tuve la oportunidad de compartir, no sólo sobre los trascendentes temas que nos convocaban, sino también sobre nuestra cotidianeidad y nuestros afectos. Me gusta recordarla en su aspecto más cálido y personal, interesada en pequeños detalles, disfrutando de la conversación, risueña, entusiasta y coloquial.*

**Gloria Salazar**

*Cuando pienso en Bel la imagen que me viene a la cabeza es su cara redonda sonriente, con los ojos vivaces; hablando, planificando cosas, entusiasmada con sus proyectos, alentando a los proyectos ajenos; llena de afecto, cálida, tratando de hacer sentir bien a la gente, mujer linda.*

**Susana Rostagnol**

*No hay otra forma de recordar a Bel que no sea recordando el magnetismo de su mirada. Disfruté de eso, así como de sus ideas y trabajo fecundo. Las ideas de este libro fue lo último que compartimos antes de que partiera; seguramente en él se verán sus ideas, su trabajo fecundo, y también, su vibrante mirada.*

**Silvina Ramos**

*Bel, a amiga querida, quanta saudade me faz. Sua escolha pelo caminho em busca da justiça social e de gênero é um exemplo de dignidade, leveza e solidariedade.*

**Eleonora Menicucci**

*Bel, obrigado por ter me ensinado que com serenidade e simplicidade podemos deixar marcas positivas e transformadoras no mundo. Com saudades, sigo lembrando de ti.*

**Miriam Ventura**

*Simplicidade, simpatia, missão, confiabilidade, seriedade científica: Bel Baltar.*

**Aníbal Faúndes**

*Siempre recordaré a nuestra querida Bel por su compromiso permanente con las actividades de investigación y de acción en el tema de la interrupción del embarazo y sin duda alguna por su cercanía afectuosa y calidad humana.*

**Susana Lerner Sigal**

*Conheci Bel na nossa militância pelos direitos das mulheres e, desde o início de nossa amizade, fiquei sensibilizada com a sua competência, sua seriedade intelectual, seu jeito doce e carinhoso para com todas nós suas companheiras de luta. A troca de idéias com Bel e suas sempre certeiras sugestões faziam com que nossos diálogos por e-mail fossem sempre muito importantes para mim. Bel faz falta especialmente porque era uma pessoa rara - firme em suas convicções, solidária e amorosa.*

**Leila Linhares Barsted**

*Bel Baltar me ha dejado la alegría de saber que la calidad profesional, el compromiso social y la calidez humana son posibles en una armoniosa conjunción. Seguramente su hoja de vida, sus trabajos y publicaciones podrán hablar por sí mismas de lo primero, con toda solvencia, mostrando a la vez cómo la labor intelectual y académica se pueden conjugar con una apuesta de ampliación de la democracia y de mayor justicia en la sociedad. Por mi parte, quisiera dejar testimonio de la amabilidad, serenidad y de las ondas positivas que lograba transmitir Bel en todo momento, logrando que trabajar con ella sea un auténtico privilegio y un placer. Para siempre, mi gratitud a la vida por el regalo de haber tenido la breve pero valiosa experiencia de conocerla.*

**Clyde Soto**

*Permanece viva entre nós a lembrança da sua delicada presença, seu terno sorriso e, acima de tudo, sua generosidade. Esse livro lhe rende portanto uma justa homenagem, ao concretizar seu desejo de que muito mais pessoas compartilhassem as discussões ocorridas no seminário em Campinas. Nossa grande saudade...*

**Greice Menezes**

*Maria Isabel Baltar da Rocha, a nossa querida Bel. Como defini-la? Como falar do seu trabalho? Da mulher tão comum e tão extraordinária que ela foi? Talvez por essas antíteses tão bem articuladas por ela: pesquisadora competente, profissional rigorosa, suas pesquisas eram cheias da vida que defendia, da justiça social que buscava, da isonomia nas relações entre mulheres e homens proposta como ideal de uma sociedade pacífica e verdadeiramente humana. Delicada na amizade, firme na ética, essa é a Bel que sai dos livros que publicou, das pesquisas que fez, da vida que viveu. Ela não nos deixará nunca. Seu legado fica entre nós, na academia, como na luta social, ou nas fotos dos jantares gostosos que partilhamos.*

**Maria José Rosado**



# Parte I

## Argentina, Chile, Uruguay e Paraguai



## **Aborto induzido na Argentina: um contexto cambiante**

Silvina Ramos  
Mariana Romero  
Jimena Arias Feijó

# *Aborto induzido na Argentina: um contexto cambiante*

*Silvina Ramos  
Mariana Romero  
Jimena Arias Feijó\**

O presente trabalho trata da situação atual do aborto induzido na Argentina, do estado do conhecimento sobre esse assunto e da pesquisa sobre o tema. O trabalho está organizado em sete seções. Na primeira, apresenta-se a informação disponível quanto à magnitude do aborto induzido na Argentina. A segunda trata das normas legais vigentes no país que regulamentam a prática do aborto, assim como da respectiva jurisprudência recente, com ênfase especial ao tratamento jurídico do aborto não-punível, isto é, o chamado "aborto legal". A terceira descreve a situação epidemiológica e sanitária do aborto e analisa a informação disponível, destacando as diferenças regionais e sociais do problema. Na quarta, são mostradas as tendências apresentadas nas pesquisas de opinião pública desenvolvidas no país desde a década de 1990 até a atualidade. Na quinta, analisam-se as políticas públicas nacionais e estatais empreendidas nos últimos anos para a melhoria do atendimento pós-aborto e, mais recentemente, o atendimento do aborto legal. A sexta traça o mapa dos principais atores políticos envolvidos no debate e na luta política em torno ao direito à interrupção voluntária da gravidez, descrevendo seu alinhamento ideológico e comportamento político. A última reflete sobre as linhas de pesquisa acerca desse tema desenvolvidas no país, destacando as lacunas de conhecimento e identificando os temas que deveriam ser foco de futuras pesquisas.

## **Estimativas do aborto induzido**

A Argentina constitui uma exceção na região latino-americana, já que nunca participou das séries de pesquisas nacionais de fecundidade realizadas entre as décadas de 1970 e 1980. Provavelmente, a prematura transição da fecundidade e os interesses geopolíticos que fundamentaram as políticas pró-natalistas de diversos governos obstaculizaram o acesso a informações relativas à demanda insatisfeita em planejamento familiar ou às práticas em saúde reprodutiva da população. Isso limitou durante muito tempo a produção de informações que permitissem mensurar a magnitude do recurso ao aborto. Além disso, nas últimas décadas foram realizados poucos estudos sobre populações ou áreas específicas que permitissem ter idéia dessa magnitude, mesmo levando em conta que essa prática era e é amplamente difundida (RAMOS; VILADRICH, 1993).

---

\* Pesquisadoras do Cedes – Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires. Silvina Ramos é diretora do Cedes e vice-coordenadora da Comisión Nacional Salud Investiga, do Ministério da Saúde da Argentina; Mariana Romero também trabalha no Conicet – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Um dos primeiros estudos resultou de uma iniciativa liderada pelo Celade – Centro Latino-americano de Demografia, em que Gaslonde *et al.* (1973) calcularam a proporção de mulheres de 15 a 49 anos, dentre as residentes na Grande Buenos Aires, que alguma vez tinham feito aborto. Entre os resultados, informa-se a razão de abortos por 100 gravidezes, por faixa etária e nível socioeconômico. Essa razão era de zero para as adolescentes de nível alto e médio e crescia desmesuradamente (para 43) entre as de nível socioeconômico baixo; nas mulheres de 20 a 49 anos, era de 23 no nível alto, 16 no médio e 18 no baixo, respectivamente. Outro estudo é o de López e Massautis (1994), no qual uma amostra de mulheres de nível socioeconômico baixo do *conurbano* de Buenos Aires<sup>1</sup> foi entrevistada para calcular a relação entre o número de abortos informados e o número de mulheres de 15 a 49 anos. As autoras estimaram uma taxa de 46,3 abortos por 100 mulheres em idade fértil.

O primeiro estudo contemporâneo que se propôs a estimar o número de abortos anuais no país foi realizado por Aller Atucha e Pailles (1997) que, combinando informações de diversas fontes e para diversos períodos de tempo, calcularam o número absoluto de abortos para 1991, a razão (abortos por mil nascidos vivos em um ano específico) e a taxa de abortos (abortos tidos alguma vez por 100 mulheres de 15 a 49 anos). Esses autores propõem uma estimativa alternativa relacionando o uso de métodos contraceptivos e sua efetividade de uso, indicando que para o ano considerado ocorreram entre 451.000 e 498.000 abortos e que a razão era de 683 abortos por mil nascidos vivos.

Recentemente, no contexto do estudo colaborativo *Morbidad materna severa en la Argentina: prevención y calidad de la atención para reducir la incidencia y las consecuencias adversas del aborto*, apoiado pela Comisión Salud Investiga do Ministério da Saúde, Pantelides e Mario (CEDES, 2007) propuseram estimar o número anual de abortos induzidos utilizando duas metodologias validadas internacionalmente: a que se baseia nas estatísticas de hospitalizações por complicações de aborto (SINGH; WULF, 1994) e o método residual (JOHNSTON; HILL, 1996) baseado em Bongaarts (1978; 1982).

O primeiro método foi amplamente utilizado na América Latina e em outros contextos de acesso restrito à interrupção voluntária da gravidez. O número de hospitalizações por complicações de aborto é ajustado por um multiplicador que permite considerar os abortos induzidos que não requereram hospitalização (e, portanto, não estão incluídos nas estatísticas oficiais). Além disso, esse valor é complementado com as estimativas fornecidas por provedores de serviços e informantes-chave no tocante à prática do aborto no país, tipo de provedores, método utilizado, probabilidade de complicações por método e probabilidade de que a mulher necessite hospitalização. O método residual considera o impacto dos determinantes próximos

---

<sup>1</sup> Considera-se o *conurbano* de Buenos Aires a região central mais o primeiro anel da Província de Buenos Aires que rodeia a cidade. As autoras não especificam a definição adotada.

proposto por Bongaarts (a prevalência de uniões, de uso de métodos contraceptivos, de aborto e de infertilidade pós-parto) na fecundidade e relaciona a fecundidade observada e a potencial.

Para aplicar o método proposto por Singh e Wulf (1994), foi utilizada a informação proveniente das hospitalizações em estabelecimentos públicos por diagnóstico do ano 2000 (última disponível) e entrevistas com informantes-chave. A informação correspondente à primeira fonte foi corrigida conforme a cobertura e os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (INSUA, 2006). No segundo caso, a informação proveio de uma amostra intencional de provedores e informantes-chave de várias províncias do país. As autoras concluem que, com tal metodologia, e conforme duas hipóteses quanto à qualidade dos dados de hospitalização, é possível obter dois valores (SINGH; WULF, 1994). Na primeira hipótese, as hospitalizações devem ser corrigidas pelo sub-registro dos abortos espontâneos, cujo número poderia ser estimado a partir da relação, proveniente da pesquisa clínica, entre abortos espontâneos no segundo trimestre de gestação (que são os que em maior medida poderiam levar a complicações) e nascimentos (que é igual a 3,41%). Esse cenário somaria um total de 372.000 abortos induzidos anualmente e uma razão de aborto induzido de 0,53 por nascimento. Com a segunda hipótese (que considera que a qualidade dos dados das hospitalizações por aborto é aceitável), não se requerem ajustes por má classificação e só é preciso descontar os abortos espontâneos, proporção muito baixa do total de abortos (10,5%); o número de abortos induzidos em 2000 é de 447.000 e a razão é de 0,64 abortos para cada nascimento.

Para o cálculo por meio do método residual foram utilizados os dados provenientes da *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud* (2004-2005)<sup>2</sup>, as projeções de fecundidade das estatísticas vitais e as projeções de população. Essas fontes permitem o cálculo de diversos fatores de uma equação que, conforme as alternativas de duração da lactância materna no país (indicador da infertilidade pós-parto), tem como resultado um valor que vai de 486.000 a 522.000 abortos anuais entre as mulheres residentes em localidades de 5.000 habitantes ou mais (84% das mulheres) para 2004.

As autoras destacam que devem ser considerados certos pontos fracos inerentes à falta de informação fidedigna, que teve de ser substituída pelos dados disponíveis. No método residual, o fator mais importante, que é a efetividade de uso de contraceptivos pelas mulheres argentinas, teve de ser substituído por estatísticas

---

<sup>2</sup> A Pesquisa Nacional de Nutrição e Saúde (ARGENTINA, 2005), desenvolvida pelo Ministério da Saúde, abrangeu mulheres e crianças. Foram selecionadas amostras independentes de crianças de 6 meses a 5 anos de idade, com representatividade provincial (n=1.200 crianças por província); uma amostra de 1.200 crianças de 6 a 23 meses e uma de 2 a 5 anos para pesquisa em profundidade; e ainda uma amostra representativa no nível regional de mulheres de 10 a 49 anos e uma amostra de representatividade nacional de 1.200 mulheres grávidas. A pesquisa incluiu um módulo de saúde sexual e reprodutiva que propiciou informação, desagregada por região, sobre fecundidade, idade da menarca, características do pré-natal, tipo de parto, lugar de atendimento ao parto, consultas ginecológicas e contracepção.

provenientes de outros contextos que podem não representar exatamente a realidade na Argentina. Por outro lado, o método baseado nas hospitalizações foi amplamente utilizado para estimativa do aborto induzido em países com algumas características similares às da Argentina, inclusive vários da América Latina. E, como é sensível à magnitude do multiplicador, depende de estimativas realizadas por informantes qualificados. Esse estudo considerou uma maioria de informantes médicos, que tendem a superestimar as complicações associadas à prática do aborto e, portanto, o multiplicador poderia estar subestimado. Se isso fosse verdade, o número de abortos seria ainda maior do que o que foi estimado por esse método e se aproximaria do resultado da estimativa realizada pelo método residual. Ainda assim, e embora não haja uma convergência exata entre os valores estimados por um e outro método, estes não estão muito distantes entre si; deve considerar-se que as cifras exatas estão entre os valores extremos calculados.

Comparadas com estimativas disponíveis que utilizaram a mesma metodologia, realizadas na década passada em outros países da região, como Brasil, Colômbia, Peru e República Dominicana, as proporções indicam que ocorriam quase 4 abortos por 10 nascidos vivos, enquanto que as estimativas atuais mostram que a Argentina tem uma proporção de abortos induzidos por nascidos vivos mais elevada, ainda maior do que a do Peru, onde em 2001 estimavam-se 52 abortos induzidos por 100 nascidos vivos e uma razão de 52 abortos por mil mulheres de 15 a 49 anos. Ainda considerando possíveis mudanças no tempo, estas cifras indicariam que a Argentina é o país da região com maior proporção de abortos por nascimentos (**Tabela 1**) (AGI, 1994; FERRANDO, 2002).

<b>Estimativas de aborto induzido em países selecionados da América Latina</b>			
<b>País e Ano</b>	<b>Total estimado de abortos induzidos*</b>	<b>Proporção por 100 nascidos vivos</b>	<b>Taxa anual por 100 mulheres de 15 a 49 anos</b>
Brasil, 1991	1.443.350	44	3,65
Colômbia, 1989	288.400	35	3,37
Chile, 1990	159.650	55	4,54
México, 1990	533.100	21	2,33
Peru, 1989	271.150	43	5,19
Repúbl. Dominicana, 1992	82.500	39	4,37

\*Casos hospitalizados ajustados, multiplicados pelo fator de correção 5.

**Fonte:** AGI – The Alan Guttmacher Institute, 1994.

## Situação legal do aborto

Tal como na maior parte da América Latina, exceto em alguns pontos do Caribe<sup>3</sup>, o aborto na Argentina é crime. O Código Penal o tipifica como um delito contra a vida e a pessoa, estabelecendo reclusão ou prisão para quem o efetue ou para a mulher que o provoque ou consinta. O artigo 86 estabelece duas exceções nas quais o aborto não é punível: 1) se o aborto “foi feito com a finalidade de evitar uma ameaça à vida ou à saúde da mãe e se esta ameaça não puder ser evitada por outros meios”; e 2) “se a gravidez for proveniente de um estupro ou de um atentado ao pudor cometido contra mulher idiota ou demente (*sic*). Nesse caso, o consentimento de seu representante legal deverá ser requerido para realizar o aborto” (Código Penal, Livro Segundo, Título I, Capítulo I)<sup>4</sup>.

Desde 1983, ano da recuperação da democracia, foram apresentados no Senado e na Câmara de Deputados do Congresso Nacional um total de 42 projetos de lei para descriminalizar o aborto, totalmente ou somente em algumas circunstâncias, assim como para regulamentar o acesso ao aborto legal. Nenhuma dessas iniciativas foi discutida até o presente e pouquíssimos projetos conseguiram ser discutidos nas comissões das câmaras<sup>5</sup>.

Em dezembro de 2004, o Ministério da Justiça e Direitos Humanos criou, mediante a Resolução nº 303, a Comissão para a Elaboração do Projeto de Lei de Reforma e Atualização Integral do Código Penal<sup>6</sup>. Em julho de 2006, o mesmo Ministério publicou a proposta de reforma do Código Penal elaborada pela comissão de peritos. Nessa proposta foram incluídas algumas considerações no tocante ao aborto, propondo-se considerar “não punível a mulher quando o aborto for praticado com o seu consentimento e dentro dos três meses a partir da concepção, desde que as circunstâncias o tornem justificável (art.93)<sup>7</sup>. Esse anteprojeto nunca chegou a ser

---

<sup>3</sup> Barbados, Cuba, Guiana, Porto Rico e territórios franceses (Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica).

<sup>4</sup> Segundo esse corpo normativo, as penas por esse delito serão de reclusão ou prisão de três a dez anos, se agir sem consentimento da mulher, sendo que esta pena poderá aumentar até 15 anos se o fato for seguido de morte da mulher; e de reclusão ou prisão de um a quatro anos se agir com consentimento da mulher. Neste caso, a pena máxima é aumentada para seis anos, se o fato for seguido da morte da mulher. Também incorrerão nas penas estabelecidas no artigo anterior e sofrerão, além disso, inabilitação especial pelo dobro do tempo da pena, os médicos, cirurgiões, parteiras ou farmacêuticos que abusarem da sua ciência ou arte para provocar o aborto ou cooperarem para provocá-lo. Adicionalmente, estabelece-se que será punido com prisão de seis meses a dois anos, quem, por meio de violência, provocar um aborto sem ter tido o propósito de provocá-lo, se o estado de gravidez da paciente for notório ou constatado (artículo 87), e que será reprimida com prisão de um a quatro anos a mulher que provocar seu próprio aborto ou consentir que outro o provoque, sendo que a tentativa da mulher não é punível (artigo 88).

<sup>5</sup> Geralmente, as comissões que devem se pronunciar quanto aos projetos de lei sobre descriminalização do aborto são: na Câmara de Deputados, as comissões de Ação Social e Saúde Pública, Legislação Penal e Família, Mulher, Infância e Adolescência. Na Honorable Câmara de Senadores são as Comissões de Saúde e Esporte, e Justiça e Assuntos Penais.

<sup>6</sup> A comissão era integrada por um grupo de dez peritos, todos eles homens.

<sup>7</sup> Pouco se sabe sobre a inclusão das razões justificáveis no texto do artigo 93. Sua redação não faz alusão a qual ou quais seriam os motivos “que o tornem justificável”.

tratado no Congresso porque, pouco depois de sua apresentação pública, foi “retirado” de cena pelo próprio poder executivo que o havia lançado.

Apesar de que o corpo normativo argentino estabelece algumas situações nas quais o aborto não é punível, é comum que as mulheres nessas situações não tenham acesso a um aborto seguro. Com frequência, os profissionais das instituições de saúde exigem uma autorização judicial para realizar a interrupção da gravidez por medo de ser processados pelo delito de aborto ou por má práxis; outras vezes se negam a realizar o procedimento. Por sua vez, alguns juízes consideram improcedente a solicitação do aborto, alegando que não estão facultados a autorizar a prática, já que o Código Penal é inequívoco a esse respeito. Como consequência, salvo em escassas exceções, vige uma proibição total do aborto, incluindo os casos que são permitidos por lei (MOTTA; RODRÍGUEZ, 2001; CHIAROTTI, 2006)<sup>8</sup>.

Esse comportamento habitual dos serviços de saúde, de exigir a autorização judicial para um aborto não-punível, não está previsto na lei e sua exigência discrimina por condição social, afetando especialmente as mulheres pobres, já que as mulheres com mais recursos podem ter acesso ao aborto seguro em clínicas particulares, ou podem assumir o custo de processos judiciais. Por essa razão, a solicitação de autorização judicial para realizar a prática de um aborto não-punível, por parte do pessoal médico, é entendida por alguns especialistas como uma violação dos direitos fundamentais das mulheres, como o direito à vida, à saúde, à integridade, à autonomia pessoal e a não sofrer discriminação (BÖHMER *et al.*, 2006).

Devido a esse cenário de restrições ao acesso a um direito reconhecido no corpo normativo vigente, em 2000 o Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas, em resposta ao relatório periódico apresentado pela Argentina, assim se expressou: “É preocupante para o Comitê o fato de que a criminalização do aborto dissuade os médicos de aplicar esse procedimento sem mandato judicial, inclusive quando é permitido por lei” (ONU, 2000, parágrafo 14). O Comitê recomendou que fossem eliminados todos os obstáculos ao aborto quando este não for punível pela lei e que fosse modificada a legislação nacional para autorizar o aborto em todos os casos de gravidez por estupro.

Ao que foi mencionado até aqui deve-se acrescentar o fato de que nem todos os juízes autorizam a prática, mesmo quando ela é permitida pelo Código Penal. Isso responde a razões de diversas índoles. Por um lado, os juízes muitas vezes rejeitam os pedidos por razões de fundo, por entender que o caso não está amparado pelo

---

<sup>8</sup> Nesse sentido, Andrés Gil Domínguez (2000) entende que “[...] é necessário destacar que a solicitação de autorização judicial nos casos de abortos voluntários enquadrados no art. 86 do Cód. Penal implica, na realidade argentina, uma situação discriminatória que gera um menosprezo do gozo ou exercício dos direitos fundamentais em condições de igualdade por condição socioeconômica... Evidentemente, uma mulher com recursos diante do perigo para sua vida ou saúde, ou em caso de estupro, não terá que passar por um cansativo e talvez caro processo judicial que a exporá à opinião pública, mas sim recorrerá a um médico diplomado que consumará a intervenção. Enquanto as mulheres com menos recursos, mediante a solicitação em um hospital público, deverão submeter-se a um processo judicial”.

artigo 86 do Código Penal. Outros juízes rejeitam as solicitações por questões formais. Como exemplo, alguns magistrados, logo depois de afirmar corretamente que a decisão está nas mãos dos médicos e da mulher, terminam rejeitando, por esse motivo, a autorização judicial. Desse modo, impedem o aborto todas as vezes que o médico se nega a praticá-lo sem a autorização judicial. No mesmo sentido, podem ser encontrados casos em que os juízes, por razões similares, rejeitam autorizações para realizar a indução de partos de fetos anencefálicos. Assim, consideram que não são competentes para autorizar esse tipo de intervenção e rejeitam a autorização solicitada. Para isso, muitos se apóiam no argumento de Bidart Campos (1985), segundo o qual “se o que está sendo pedido é uma autorização para fazer algo que não é delito, a autorização é desnecessária, porque ninguém pode ser obrigado a não fazer o que a lei não proíbe”. Por outro lado, “se for uma conduta que possa ser enquadrada no Código Penal, ninguém pode autorizar, porque o juiz não pode dar vênias para delinqüir”. Outra posição assumida consiste em aceitar que são competentes para julgar as solicitações feitas – mas para recusá-las. Como é óbvio, nesses casos estamos diante de um ato da autoridade pública que lesa os direitos das mulheres. Frente a esse tipo de argumento, é procedente o amparo previsto no artigo 43 da Constituição Nacional: os juízes devem intervir porque o contrário significa privação do acesso à justiça. Sem dúvida, a autorização judicial não é necessária e a decisão de praticar o aborto terapêutico a partir do diagnóstico médico está nas mãos da mulher. Por isso, diante da recusa por parte dos médicos de praticar os casos de aborto permitidos pelo Código Penal, os juízes devem intervir quando as mulheres assim o solicitarem. Do contrário, as mulheres ficam presas entre a negativa médica e judicial, ferindo-se assim seus direitos mais fundamentais.

Os casos de aborto legal previstos pelo Código Penal raramente foram avaliados pelo poder judiciário. Essa situação deve-se, entre outras, a concepções religiosas arraigadas e a uma aplicação enviesada de tratados internacionais que protegem o direito à vida desde a concepção. Em linhas gerais, as decisões judiciais centram-se fundamentalmente em proteger o “direito à vida” do feto. O direito à vida e à saúde das mulheres, à privacidade, à não-discriminação, à autodeterminação reprodutiva, a uma vida livre de violência e à não-submissão a tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, reconhecidos pela Constituição argentina e pelos tratados internacionais de direitos humanos, embora sejam elementos relevantes dentro da discussão e contrapesem as afirmações tradicionais, tiveram até este momento pouquíssima relevância na jurisprudência nacional (BERGALLO, 2007)<sup>9</sup>. Tudo isso apesar de que, como já mencionado, os mesmos órgãos encarregados de interpretar e velar pelo cumprimento dos instrumentos internacionais não somente se pronunciaram sobre a compatibilidade desses com a legislação favorável a diferentes

---

<sup>9</sup> O objetivo do trabalho (BERGALLO, 2007) é analisar os debates surgidos a partir dos casos julgados pelos Tribunais Supremos das províncias de Buenos Aires e Mendoza.

tipos de aborto, como também expressaram sua preocupação e fizeram recomendações ao Estado argentino para que seja revisada a norma que regulamenta o assunto e, em especial, para que sejam removidos os obstáculos para o acesso ao aborto nos casos em que é legalmente permitido (ONU, 2000)<sup>10</sup>.

Por sua vez, o Supremo Tribunal de Justiça do país somente se pronunciou sobre o aborto em duas ocasiões: em 2001, avalizando a realização de uma "indução do parto" em um caso de anencefalia (destacando expressamente que não se tratava de um aborto dada a idade gestacional); e em 2002, proibindo a comercialização de uma apresentação comercial da contracepção de emergência por considerá-la abortiva. Na primeira decisão, somente após terminar a discussão sobre a inviabilidade do feto o Tribunal introduziu timidamente as mulheres como pessoas com direitos próprios, dignos de ser protegidos. Na segunda, não houve qualquer referência às conseqüências da proibição do fármaco na vida e na saúde das mulheres.

Nos últimos anos, diferentes tribunais, inclusive o Supremo Tribunal da Província de Buenos Aires, emitiram sentenças em casos de mulheres com indicação médica para realizar um aborto terapêutico, ou em casos de mulheres judicialmente declaradas incapazes que ficaram grávidas após um estupro, que reforçam a punibilidade desses abortos e consideram suficiente a indicação médica (Supremo Tribunal de Justiça da Província de Buenos Aires, sentença definitiva na causa Ac. 95.464, "C.P.d.P.A.K. sobre autorização", de 27 de junho de 2005, e sentença definitiva na causa Ac. 98.830, "R., L.M. 'NN Pessoa não nascida. Proteção Denúncia", de 31 de julho de 2006). Nessa mesma linha, cabe destacar também um parecer da Procuradoria Geral da Cidade de Buenos Aires, de 2004, que, frente ao pedido de autorização de um hospital para realizar um aborto em uma mulher cuja gravidez implicava risco à sua vida, enfatiza a responsabilidade profissional dos médicos e do Estado diante das possíveis conseqüências para a vida da mulher se não fosse realizado o aborto (Parecer da Procuradora Geral da Cidade de Buenos Aires n.26433/04).

Apesar das interpretações restritas que a justiça fez das duas razões de descriminalização, algumas sentenças recentes merecem ser destacadas por seguir outra direção. Por um lado, a sentença sem precedentes de uma juíza de menores de primeira instância da Cidade de Mar del Plata que autorizou a realização de um aborto em uma menina de 14 anos estuprada por seu padrasto, aplicando o inciso 1º do artigo 86 do Código Penal. A juíza baseou-se na definição de saúde da Organização Mundial da Saúde: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades ou doenças", e autorizou a prática para evitar os riscos para a saúde psíquica e física da menina. Por sua vez, o tribunal de segunda instância confirmou a sentença de primeira instância e, além disso, considerou que o

---

<sup>10</sup> A propósito, lembra-se o caso da peruana Karen Llantoy que, grávida aos 17 anos de feto anencefálico, teve recusado seu pedido de aborto terapêutico. Seu caso foi posteriormente levado ao Comitê de Direitos Humanos da ONU (2005), que obrigou o governo peruano a indenizá-la.

caso também se enquadra no inciso 2º, porque se trata de uma gravidez fruto de uma violação<sup>11</sup>. Devido às sucessivas apelações da Defensora de Menores que agiu de ofício em representação do direito à vida do não-nascido, o caso chegou até a máxima instância judicial da província, o Supremo Tribunal de Justiça da Província de Buenos Aires, porém a menina abortou espontaneamente e o caso foi dado como encerrado antes que o tribunal se pronunciasse.

Por sua vez, diante de um caso similar, o Supremo Tribunal de Mendoza resolveu da mesma forma, inclusive assumindo como seus os argumentos de parte dos votos da maioria formada no Tribunal de Buenos Aires, e reforçou ainda mais o argumento da liberdade sexual e autonomia das mulheres:

---

É evidente que, diante do choque de interesses e bens juridicamente protegidos - vida humana vs. liberdade sexual-autodeterminação -, no caso de concepção provocada por estupro (abuso sexual com acesso carnal), a lei deve fazer prevalecer o segundo sobre o primeiro (Considerando 8o). (Supremo Tribunal da Província de Mendoza, sobre aborto em grávida deficiente, Processo n.87.985 "G.A.R. EM Jº 32.081 C.S.M. E OTS. C/ Sem demandado P/ AC. de amparo S/ per saltum", Mendoza, 22 ago. 2.006).

---

Por outro lado, introduziu um argumento que poderia tornar-se extensivo a casos que excedem os de aborto não-punível previstos pelo Código Penal:

---

O artigo 19 da nossa Constituição Nacional, ao estabelecer que "as ações privadas dos homens que de nenhuma maneira ofendam a ordem e a moral pública, nem prejudiquem um terceiro, estão reservadas somente a Deus, e isentas da autoridade dos magistrados [...]" contém os princípios básicos e substanciais da democracia liberal, o de privacidade, que inclui o direito à intimidade, e o de legalidade, sendo principalmente o primeiro essencial para formar um sistema de respeito à autonomia e à liberdade pessoal e estabelecer uma fronteira democrática diante das atribuições estatais para limitar os direitos (Considerando 9o). concepção provocada por estupro (abuso sexual com acesso carnal), a lei deve fazer prevalecer o segundo sobre o primeiro (Considerando 8o). (Supremo Tribunal da Província de Mendoza, sobre aborto em grávida deficiente, Processo n.87.985 "G.A.R. EM Jº 32.081 C.S.M. E OTS. C/ Sem demandado P/ AC. de amparo S/ per saltum", Mendoza, 22 ago. 2.006).

---

---

<sup>11</sup> Segundo o constitucionalista Andrés Gil Domínguez, "a sentença nos diz que o inciso 2º do artigo 86 é para qualquer mulher que tenha sido estuprada, e não somente para aquelas que tiverem transtorno ou deficiência mental" (Página 12, 5/3/07).

As duas sentenças citadas significaram formalmente um avanço em relação à jurisprudência anterior. Entretanto, a discussão sobre o direito das mulheres de decidir e dispor do próprio corpo como condição necessária para o exercício da cidadania continua sendo muito precária no âmbito jurídico argentino.

O que podemos concluir do panorama relatado? Razoavelmente, são poucos os casos que entram para o circuito formal do sistema judiciário, porém ainda assim as conseqüências da criminalização do aborto são vastas. Embora essa regra tenha exceções, as decisões judiciais mostram como, na prática, a criminalização opera de forma absoluta. Assim, como sustentam Pujó e Derdoy (2007), “o efeito do Código Penal é prévio à condenação e não precisamente dissuasivo”. De fato, a criminalização absoluta do aborto não faz nada além de aprofundar a discriminação, afetando principalmente as mulheres em situação de pobreza, que não têm acesso a serviços privados de saúde. O Comitê de Direitos Humanos da ONU expressou-se com relação a essa situação na Argentina, indicando sua “inquietação diante dos aspectos discriminatórios das leis e políticas vigentes, que trazem como resultado o recurso desproporcionado das mulheres pobres e das que moram em zonas rurais ao aborto ilegal e arriscado” (ONU, 2000).

Um panorama da situação legal do aborto na Argentina não estaria completo sem referência ao problema da denúncia policial. Tal como indicado no início desta seção, o Código Penal tipifica o aborto como um delito contra a vida e, nesse sentido, as instituições de saúde freqüentemente entendem que é necessário realizar a denúncia policial, dado o cometimento desse delito. Assim, quando mulheres são hospitalizadas nos estabelecimentos públicos de saúde por aborto incompleto, em muitos serviços do país é feita a denúncia policial, que em algumas circunstâncias acarreta um processo judicial contra a mulher. Um antecedente importante sobre esse aspecto que assentou jurisprudência no país é a sentença conhecida como “Natividad Frías” da Cidade de Buenos Aires. Nela, resolveu-se que somente uma lei pode eximir de manter o devido sigilo por razões de “justa causa” e que a denúncia de uma paciente pelo delito de aborto constituía uma violação ao dever de manter sigilo profissional e, portanto, um delito. A Câmara Nacional de Apelação Criminal e Correccional também entendeu que a violação do sigilo profissional implicava a nulidade da causa penal contra a paciente, embora a denúncia contra os co-autores, instigadores ou cúmplices do aborto fosse admissível<sup>12</sup>.

Embora em reiteradas sentenças de tribunais superiores os médicos foram instados a não denunciar as mulheres que recorrem aos hospitais públicos com

---

<sup>12</sup> Entre os argumentos esgrimidos pelo tribunal para justificar que a violação do sigilo constituía um delito, os juízes destacaram diversas considerações que justificam seu respeito e, em particular, o fato de que “o paciente que procura a ajuda de um médico pensa que o está fazendo com a segurança de que seus males não serão divulgados, porque estes estão amparados pelo sigilo mais estrito”. Além disso, os juízes destacaram que essa situação constitui uma violação ao direito à vida e à garantia constitucional que proíbe a auto-incriminação, como previsto no artigo 18 da Constituição Nacional.

seqüelas de abortos mal realizados, fazendo valer o sigilo médico sobre a obrigação dos funcionários públicos de denunciar todos os delitos que chegarem ao seu conhecimento, precisamente porque está em jogo a saúde das mulheres<sup>13</sup>, é comum que o pessoal hospitalar não cumpra essas disposições judiciais. Nessa linha, um estudo de 2001 mostrou que 60% dos profissionais consultados concordavam em realizar a denúncia policial, enquanto 34% não concordavam (RAMOS *et al.*, 2001).

Nos últimos tempos, a pressão exercida pelos casos de aborto legal acelerou a discussão de projetos de lei no âmbito da Câmara dos Deputados. Embora, como já mencionado, desde a recuperação da democracia possam ser contabilizados mais de 40 projetos de lei para regulamentar os abortos não-puníveis, descriminalizar ou legalizar o aborto, é a primeira vez que um projeto consegue o parecer de uma das comissões que têm incumbência para considerá-lo antes de sua discussão no plenário da Câmara. Em meados de 2007, a Comissão de Ação Social e Saúde Pública da Câmara de Deputados analisou dois projetos de lei sobre aborto não-punível<sup>14</sup>, dos quais surgiu um projeto decidido em consenso, com parecer. O mesmo foi enviado à Comissão de Legislação Penal para ser examinado durante 2007; mas, ao não ser apreciado, perdeu sua validade. Por esse motivo, em março de 2008, a Comissão de Saúde voltou a dar parecer sobre o projeto e recentemente o mesmo foi expedido para ser apreciado na Comissão de Legislação Penal. Esse projeto tenta estabelecer as situações amparadas pela lei e os procedimentos que devem ser seguidos nos estabelecimentos assistenciais públicos, da previdência social e privados, para garantir o direito das mulheres à interrupção da gravidez nos casos de aborto não-punível<sup>15</sup>.

Para concluir o panorama legal, cabe mencionar que na atualidade o país e quatro províncias argentinas contam com leis que reconhecem o "Dia dos direitos da criança não-nascida"<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> Uma importante sentença no sentido contrário foi a do Supremo Tribunal da Província de Santa Fé, em 1998, que emitiu uma sentença a favor da médica que havia denunciado uma mulher ("Insaurralde, M.", Supremo Tribunal de Justiça da Província de Santa Fé, 12/08/1998).

<sup>14</sup> O primeiro foi apresentado durante 2005 pela deputada nacional Juliana Marino, "Projeto 4395-D-2005 sobre regime para o procedimento em casos de aborto não-punível". Esse projeto foi arquivado sem parecer de comissão ou debate e voltou a ser apresentado por sua autora em 2007 como "Projeto 0028-D-2007". O segundo, apresentado em 2006, é projeto dos deputados nacionais Augsburgger, Sesma, Tate e Di Pollina, registrado como "Projeto 5453-D-2006 sobre aborto não-punível: regime de assistência", reapresentado em 2008 como "Projeto 0451-D-2008 sobre Lei Nacional de Assistência ao Aborto Não-Punível".

<sup>15</sup> O texto do projeto é simplesmente um guia de procedimento que inclui tratamento psicoterapêutico para a gestante desde o momento em que lhe é indicada a prática do aborto não-punível até sua reabilitação.

<sup>16</sup> Decreto presidencial n.1406, de 1998; Mendoza, Lei n.7.349 (2005); Salta, Lei n.7.357 (2005); San Juan, Lei n.7.593 (2005) e Tucumán Lei n.7.143 (2001).

## Situação epidemiológica

Para descrever a situação epidemiológica do aborto na Argentina dispõe-se de informação proveniente de duas fontes: as hospitalizações em estabelecimentos públicos por diagnóstico e as estatísticas vitais<sup>17</sup>. A primeira fonte trata da morbidade, com as limitações de restringir-se às mulheres que são hospitalizadas nos estabelecimentos que informam suas estatísticas ao sistema, ou seja, os do setor público<sup>18</sup>. A segunda fonte, de coleta anual, permite observar a evolução da mortalidade, tanto por causa como por faixa etária e lugar de residência.

No tocante à morbidade, em 1990, as hospitalizações por aborto foram 53.822 em todo o país; em 1995 essa cifra foi similar (53.978). Em 2000 foram registradas 78.894 hospitalizações, o que significou um aumento de 46% com relação ao registro anterior (ARGENTINA, 1993; 1998; 2003). Esse aumento significativo das hospitalizações por aborto pode ter sua origem nos seguintes cenários complementares e não necessariamente excludentes:

- A crise econômica do final dos anos 1990 impôs uma barreira a mais no acesso das mulheres aos métodos contraceptivos em um país que até então não contava com distribuição gratuita.
- A própria crise empurrou um maior número de mulheres para a interrupção da gravidez em condições arriscadas (e, por isso, precisando ser hospitalizadas), tratando-se, em alguns casos, de mulheres de setores médios que antes recorriam a abortos seguros.
- A precarização do trabalho implicou a perda da cobertura de saúde da previdência social, com a conseqüente passagem para a cobertura pelo setor público.
- A difusão do uso do misoprostol melhorou o acesso ao aborto, embora não necessariamente acompanhado de informação adequada sobre “o que esperar” (ZAMBERLIN; GIANNI, 2007). Embora seu uso resulte em menor incidência de abortos infectados e complicações, as mulheres recorrem aos serviços de saúde diante do menor sangramento e, em muitos casos, os profissionais preferem interná-las e realizar o esvaziamento uterino.

É importante destacar que uma análise das hospitalizações por aborto correspondentes a 1990, 1995 e 2000 permite ver que nesses anos a distribuição por idade mantém a mesma estrutura, sendo que as hospitalizações de mulheres de 20 a 24 anos representam as de maior proporção e as que mais aumentaram entre 1995 e 2000 (57,3%).

---

<sup>17</sup> Ambas as fontes integram o sistema de informação contínua que a Dirección de Estadísticas e Información en Salud do Ministério da Saúde argentino coleta, processa e publica, com informação desagregada pelas 24 jurisdições político-administrativas em que o país é subdividido.

<sup>18</sup> O sistema de saúde é integrado por três setores: público, regido pelos princípios de universalidade e equidade da atenção, financiado por fundos nacionais; previdenciário, que atende aos trabalhadores registrados; e o privado, que inclui o atendimento aos seguros e convênios de saúde.

Usando a mesma fonte de informação, Insua (2006) realiza uma análise pormenorizada das hospitalizações do ano de 2000, após análise da cobertura e da qualidade da informação<sup>19</sup>. Os resultados indicam que os partos constituíram a principal causa de hospitalizações (38%), seguidos das complicações do trabalho de parto e do parto (11%) e aborto (8,6%), nas mulheres de 10 a 49 anos. Se considerarmos somente as hospitalizações por causas obstétricas, o aborto representa 13% e se mantém em terceiro lugar na ordem de importância como causa de hospitalização. Vale destacar que a hospitalização por aborto registrada com mais frequência (73%) é a correspondente aos abortos não-especificados.

O estudo de Insua (2006) calcula também a taxa de hospitalizações por aborto<sup>20</sup>. Esta foi de 6,2 para cada 1.000 mulheres em idade fértil para todo o país. Considerando as regiões, essa taxa varia de 4,43, no Sul, a 9,79, na Região Noroeste, que compreende algumas das províncias com indicadores sócio-sanitários mais desfavoráveis. Ao analisar as hospitalizações por aborto conforme a localização geográfica do serviço de saúde, observa-se que, das 67.435 hospitalizações de mulheres de 10 a 49 anos em estabelecimentos públicos, 27.673 (41%) ocorreram em serviços localizados na província de Buenos Aires, proporção certamente relacionada ao número de mulheres residentes nessa jurisdição.

Para permitir a comparação, o autor calcula hospitalizações por aborto para cada 10.000 hospitalizações de mulheres em idade fértil, observando-se que a cidade de Buenos Aires (1.128 por 10.000), as províncias de La Rioja (1.146 por 10.000), Jujuy (930 por 10.000), Salta (928 por 10.000), Buenos Aires (850 por 10.000) e Córdoba (780 por 10.000), formavam 25% das províncias com os valores mais altos de abortos para cada 10.000 hospitalizações. Mais ainda, se forem utilizados os nascidos vivos (NV) como *proxy* do número de gravidezes e calculada a razão de hospitalizações por aborto para cada 100 nascidos vivos, as províncias de La Rioja, Jujuy y Salta apresentam os maiores valores.

Os dados correspondentes a 2005 foram publicados com a ressalva de que somente são informadas 22 das 24 jurisdições do país. Se forem comparados com os dados de 2000 para as mesmas províncias, observa-se um número similar de hospitalizações por aborto, o que corrobora uma mudança na tendência entre os anos 1990 e a atualidade.

---

<sup>19</sup> O autor destaca que as hospitalizações correspondem somente ao setor público, apesar das normas vigentes segundo as quais tanto a previdência social como o setor privado deveriam informar ao sistema. Nesse sentido, se considerarmos como universo as instituições públicas, a cobertura é de 92,4%. Entretanto, se considerarmos como universo a totalidade das instituições disponíveis no país, a cobertura é de 51%. Também cabe mencionar que três províncias não forneceram as informações correspondentes a 2000. Em dois casos, foi utilizada a informação correspondente a 1999 e, no terceiro caso, a correspondente a 1995.

<sup>20</sup> Considera-se taxa de hospitalizações por aborto a relação entre o número de hospitalizações por aborto para cada 1.000 mulheres de 10 a 49 anos.

As hospitalizações por aborto representaram entre 3,3% (Río Negro) e 7,3% (Jujuy) das hospitalizações sobre o total de hospitalizações do sexo feminino em instituições públicas. Quando se restringe o denominador às causas relacionadas com a gravidez, parto e puerpério, o aborto mantém o terceiro lugar, como foi observado nos anos anteriores, e a proporção vai desde 9%, em San Juan, até 16,1%, na cidade de Buenos Aires, e 16,3% em San Luis. Esses dados inéditos mostram diferenças significativas com o que foi estimado por Insua para 2000, indicando que essas proporções poderiam ser maiores em 2005.

Finalmente, salvo as exceções relacionadas às limitações da informação, pode-se observar que existe uma relação direta entre os indicadores sócio-sanitários provinciais mais desfavoráveis e as razões mais altas de hospitalizações por aborto com relação ao número de nascidos vivos nessas províncias.

No tocante a outros países da região, é difícil obter comparações, já que são poucos os países que informam o número de hospitalizações por aborto, e aqueles que o fazem, colocam uma série de ressalvas sobre a confiabilidade do registro. Ainda assim, se for obtida a taxa entre essas hospitalizações e o número de mulheres em idade fértil, observa-se que na Argentina a taxa é de 9 hospitalizações por 1.000 mulheres de 15 a 44 anos, enquanto na Colômbia é de 6 e no Peru, 3 (**Tabela 2**)<sup>21</sup>.

Com relação à mortalidade materna, devem ser realizadas considerações de nível regional para, depois, focalizar o contexto local. A primeira é que, embora as taxas de mortalidade materna na América Latina e no Caribe não sejam as mais altas se comparadas às do restante do mundo em desenvolvimento, a proporção de mortes maternas atribuíveis ao aborto na região sul-americana (19%) superam amplamente as estimativas para o conjunto dos países em desenvolvimento (13%) (WHO, 2004b).

A segunda é que, embora a taxa de mortalidade materna da Argentina não seja das mais elevadas da região<sup>22</sup>, uma taxa de 48 por 100.000 nascidos vivos é inaceitavelmente alta (OPS, 2006; SERNAM; INE, 2001; ARGENTINA, 2007). Finalmente, em relação à proporção de mortes maternas atribuíveis ao aborto, a Argentina, Jamaica e Trinidad e Tobago representam os países da região com a maior proporção: ao menos 1/3 das mortes atribuíveis a abortos inseguros (OPS, 2002).

---

<sup>21</sup> Nosso processamento baseou-se no número de mulheres em idade fértil obtido na base de dados da OPS (Organização Pan-Americana de Saúde), e os números de hospitalizações na Colômbia (1989) e Peru (1998) provêm de The Alan Guttmacher Institute (AGI, 1994) e Ferrando (2002).

<sup>22</sup> No entanto, a taxa ainda é elevada se comparada aos países com indicadores de desenvolvimento similares, como o Uruguai (18 x 100.000 nascidos vivos) ou o Chile (17 x 100.000 nascidos vivos).

<b>Tabela 2</b>			
<b>Número de hospitalizações por aborto em países selecionados da América Latina</b>			
<b>País e Ano</b>	<b>Número de casos hospitalizados (estatísticas oficiais)</b>	<b>Número ajustado por informação errada e sub-registro</b>	<b>Número ajustado para excluir os abortos espontâneos*</b>
Brasil, 1991	341.910	384.890	288.670
Colômbia, 1989	66.680	76.900	57.680
Chile, 1990	44.470	42.570	31.930
México, 1990	118.790	142.160	106.620
Peru, 1989	75.530	72.310	54.230
Repúb.Dominicana, 1992	14.650	22.000	16.500
<b>Total</b>	<b>662.030</b>	<b>740.830</b>	<b>555.630</b>

\*Número ajustado da segunda coluna, menos 25%, supondo que essa proporção corresponda a abortos espontâneos.

**Fonte:** AGI (1994).

No tocante à mortalidade materna no país, devem ser ressaltadas três características. Por um lado, a taxa mostrou uma leve redução e uma estagnação nos últimos anos, exceto pelo brusco aumento observado em 2006, quando passou de 39 a 48 por 100 mil nascidos vivos (ARGENTINA, 2007). Por outro lado, as proporções da estrutura de causas não variaram significativamente nos últimos 25 anos, já que o aborto continua sendo a primeira causa de morte materna e representa aproximadamente um terço das causas maternas. Por último, a existência de grandes diferenças entre as taxas provinciais e a nacional, havendo jurisdições onde os níveis se quadriplicam (ARGENTINA, 2007).

Embora muitos países tenham mostrado um significativo sub-registro das mortes maternas em geral e das devidas a aborto em particular, os recentes estudos realizados por Ramos e colaboradores (RAMOS *et al.*, 2004; RAMOS *et al.*, 2007; ROSENSTEIN; ROMERO; RAMOS, 2007), indicam que o sub-registro não justifica o fator de correção de 1,9 aplicado pela OMS à Argentina (WHO, 2004a), já que este não supera 9,5% para os óbitos maternos institucionais e 13% para os não-institucionais, nas províncias selecionadas.

Um estudo (INSUA, 2006) que observa o comportamento da mortalidade materna nos triênios 1994-96 e 1999-2001 informa que, embora para o país a estrutura

de causa em termos percentuais não tenha variado muito, as proporções se distribuem desigualmente nas diferentes jurisdições do país. No primeiro triênio analisado, sete províncias distribuídas em diferentes regiões do país apresentaram as proporções mais altas de mortes maternas por aborto (entre 38 e 63% das mortes maternas). No segundo triênio analisado, quatro delas mantiveram proporções elevadas e a elas se somaram duas províncias (com 37 e 45%, respectivamente). Diferentemente do que se observou com a morbidade, a proporção de mortes maternas atribuíveis ao aborto não apresenta a associação com os indicadores sócio-sanitários da jurisdição. Quanto às características das mulheres falecidas, o autor informa que a média de idade oscilou entre 28 e 30 anos. Para ambos os triênios, a idade dessas mulheres foi significativamente menor do que a das mulheres que faleceram por outras causas. Como esperado, as razões de mortalidade por aborto por 10.000 NV, segundo faixas etárias, mostra uma distribuição em “U”, sendo mais elevada entre as mulheres menores de 15 anos e as de 40 a 44 anos.

No caso das mortes por complicações de abortos inseguros, como mostram alguns estudos, o fato de as mulheres que são hospitalizadas nos serviços por esse motivo não estarem em estado clínico que comprometa irreversivelmente sua sobrevivência evidencia a inadequada capacidade resolutive e a deficiente qualidade de atendimento dos serviços públicos para assisti-las e evitar suas mortes (ARGENTINA, 1989; RAMOS *et al.*, 2007). As mortes maternas atribuíveis à deficiente qualidade de atendimento, incluídas as mortes por complicações de aborto, foram extensamente documentadas nesse último estudo, no qual se observou que as mulheres têm 10 vezes mais risco de morrer que naquelas instituições que atendem menos de 1.500 partos, considerando esse número como indicador da presença de especialistas de plantão, banco de sangue e formação de residentes. Finalmente, e não menos importante, as famílias das mulheres com complicações de aborto informaram demora na decisão de procurar atendimento, dado o temor da estigmatização, e demora na identificação da gravidade da complicação por parte dos serviços de saúde (RAMOS *et al.*, 2004).

Da mesma forma, diversos estudos indicam que os serviços não têm uma estratégia sistemática de assistência contraceptiva pós-aborto para ajudar as mulheres a evitar uma nova gravidez indesejada e um aborto repetido, mesmo com a vigência do Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável já há quase 5 anos (ROMERO; ZAMBERLIN; GIANNI, 2006). Pode-se supor, então, que a assistência às mulheres internadas por complicações de aborto está fortemente condicionada à situação de ilegalidade e clandestinidade dessa prática. Nesse âmbito, a qualidade do atendimento se ressentiu e as mulheres que atravessam essa situação crítica freqüentemente são vítimas de violência institucional (RAMOS; VILADRICH, 1993; INSGENAR; CLADEM, 2003; STEELE; CHIAROTTI, 2004).

## Situação da opinião pública sobre o aborto

Os estudos de opinião pública sobre a questão do aborto são relativamente recentes na Argentina<sup>23</sup>. Os primeiros datam de meados da década de 1990, por ocasião do debate público suscitado pela reforma constitucional, a partir do qual os resultados das pesquisas de opinião sobre a questão do aborto foram incorporadas ao debate social (PETRACCI, 2004).

Em meados dos anos 1990, o Conselho Nacional da Mulher encomendou uma pesquisa de opinião sobre o aborto<sup>24</sup>. Nessa pesquisa ficou evidente que a maioria das mulheres entrevistadas conhecia mulheres que haviam abortado, considerava correta a legalização do aborto e não concordava que a mulher que tivesse praticado um aborto devesse ser presa (PETRACCI, 2004). Esse estudo pioneiro foi seguido por outros na década seguinte.

Apresenta-se a seguir, para cada tema central levantado nessas pesquisas, primeiro uma síntese da evidência empírica (CEDES, 2003a; 2004; 2006), depois os resultados da última pesquisa disponível (PETRACCI, 2006), realizada em 2006 em grandes centros urbanos do país (Cidade de Buenos Aires, Grande Buenos Aires, Córdoba, Rosario e Mendoza)<sup>25,26</sup>.

As pesquisas de opinião pública realizadas durante a última década concluem que a grande maioria da população expressa uma concordância contundente com os direitos que o Estado deve respeitar e garantir por meio de uma política pública de saúde sexual e reprodutiva: que mulheres e homens tenham a possibilidade de decidir livremente quantos filhos ter e quando. Conforme dados da pesquisa de 2006, e tal como se observa no **Gráfico 1**, pouco mais da metade dos entrevistados (56%) mostrou-se muito de acordo com isso. Ao considerar também aqueles que se manifestaram “bastante de acordo”, a opção a favor do princípio de autodeterminação sexual e reprodutiva chegou à quase totalidade dos entrevistados (95%). Somente 4% não concordaram. Nenhum entrevistado deixou de responder essa pergunta da entrevista. Não foram registradas diferenças significativas.

---

<sup>23</sup> Esta seção baseia-se no documento de Petracci (2006).

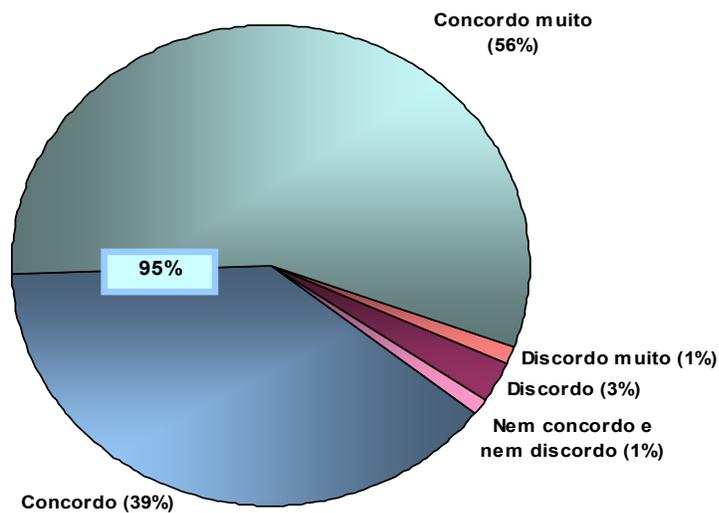
<sup>24</sup> Foi uma pesquisa estruturada aplicada a 200 mulheres de 18 anos ou mais, residentes na cidade de Buenos Aires e no *conurbano*, com amostragem polietápica, com seleção aleatória de conglomerados e de domicílios dentro de cada conglomerado. A entrevista final foi selecionada conforme cotas de idade.

<sup>25</sup> Trata-se de uma pesquisa de opinião do tipo pesquisa estruturada domiciliar, com consentimento informado, a mulheres e homens de 18 anos ou mais. A amostra foi de 500 casos, amostragem representativa, polietápica, com probabilidade proporcional ao tamanho da seleção de domicílios; seleção aleatória de raio de ação do estudo e de domicílios, e cotas de idade e sexo na seleção do entrevistado. O trabalho de campo foi realizado entre 29 de julho e 16 de agosto de 2006 (PETRACCI, 2006).

<sup>26</sup> Composição sociodemográfica da amostra: 50% homens e 50% mulheres; média de 42,6 anos de idade; nível educacional: 21% primário completo e incompleto, 44% secundário completo e incompleto, 35% universitário completo e incompleto; 72% declararam ser católicos.

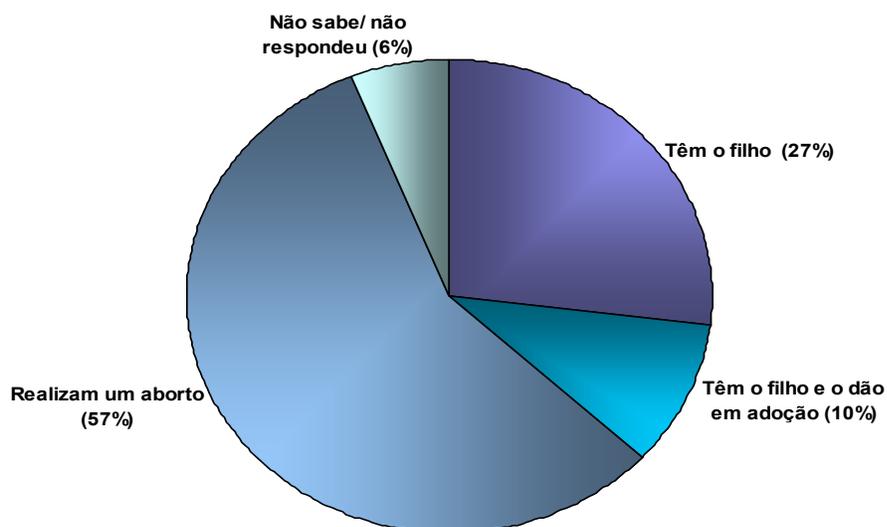
### Gráfico 1

Gráfico 1 - Concordância ou discordância com a questão “Que as mulheres e os homens tenham a possibilidade de decidir quantos filhos ter e quando”. Pesquisa de opinião 2006 (Petracci, 2006); total de entrevistados n=500



### Gráfico 2

Gráfico 2 - Respostas à questão: “Independentemente de sua opinião pessoal, o que a sra./o sr. acha que a maioria das mulheres em nosso país faz, face a uma gravidez indesejada?” Pesquisa de opinião 2006 (Petracci, 2006); n=500

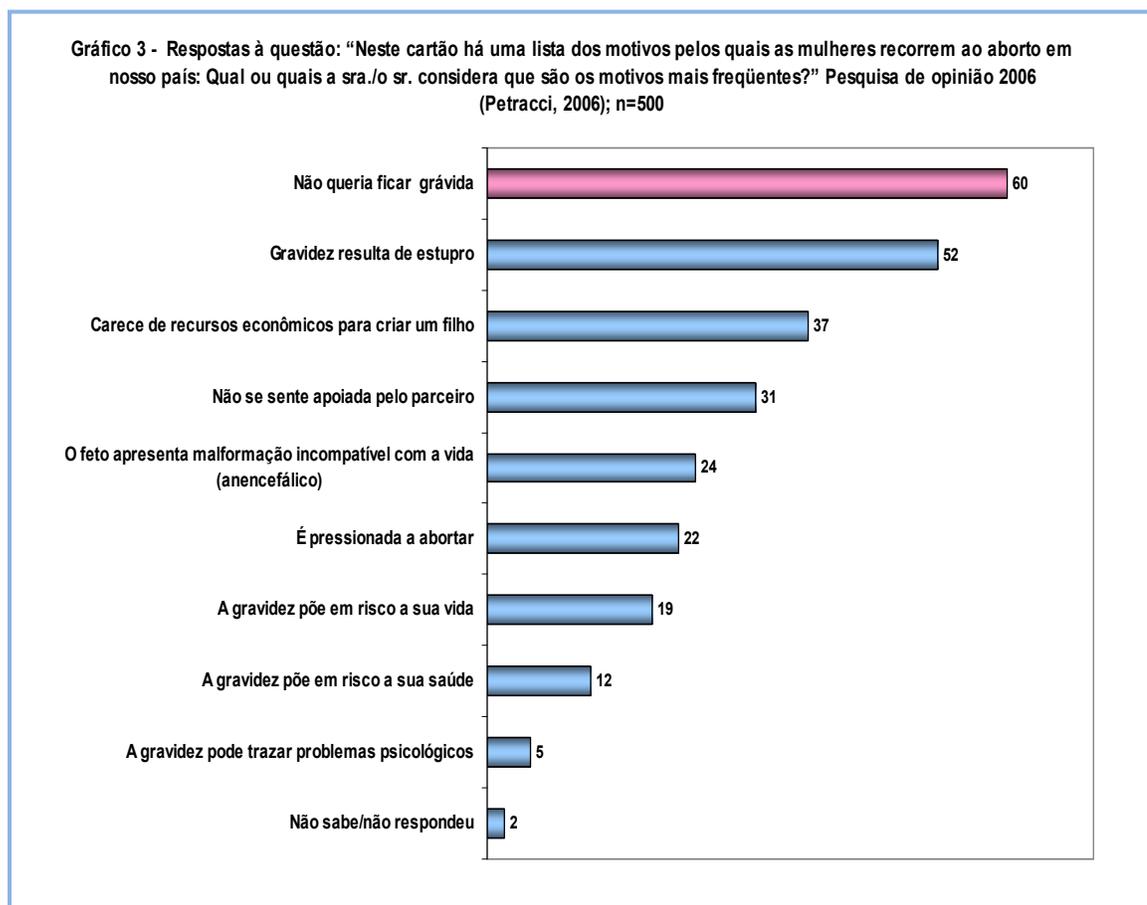


\* Espontaneamente 5 entrevistados mencionaram que diferem na concordância com esse direito segundo se trate de homens ou mulheres.

Diante de uma gravidez indesejada, a pesquisa mostra que a maioria da população acredita que, na Argentina, as mulheres abortam (57% dos entrevistados em 2006). Essa porcentagem aumenta significativamente entre os entrevistados de menor nível socioeconômico. Depois da opção pelo aborto diante de uma gravidez não-desejada, em segundo e terceiro lugares, 27% acreditam que as mulheres têm o filho e 10% que o têm e o dão para adoção (**Gráfico 2**).

Quanto às razões pelas quais as mulheres recorrem ao aborto, o motivo mais freqüentemente mencionado na pesquisa de 2006 é o fato de não quererem ter um filho, seguido da hipótese de a gravidez resultar de estupro (**Gráfico 3**).

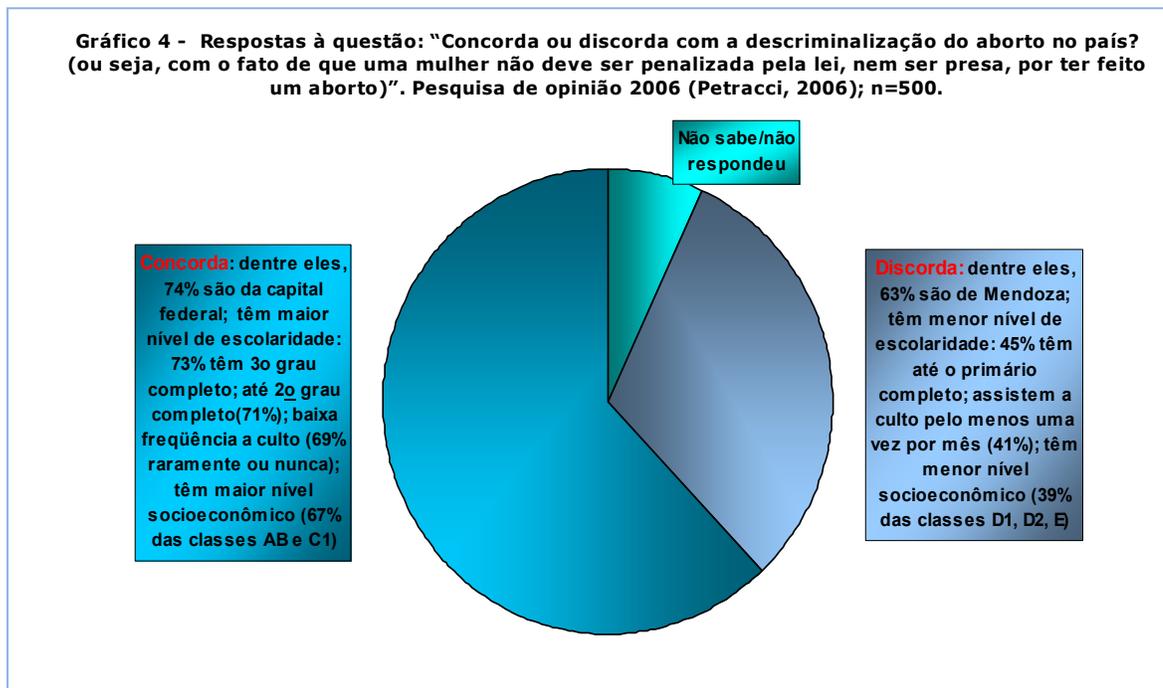
**Gráfico 3**



No tocante à descriminalização do aborto, a concordância está entre 44% e 62% da população; cresce nos grandes centros urbanos e à medida que aumenta o nível educacional e socioeconômico dos entrevistados.

Na última pesquisa de 2006, 62% manifestou concordar com o fato de que a mulher não deve ser penalizada pela lei ou não deve ser presa por ter realizado um aborto. A discordância afeta três em cada dez entrevistados (**Gráfico 4**).

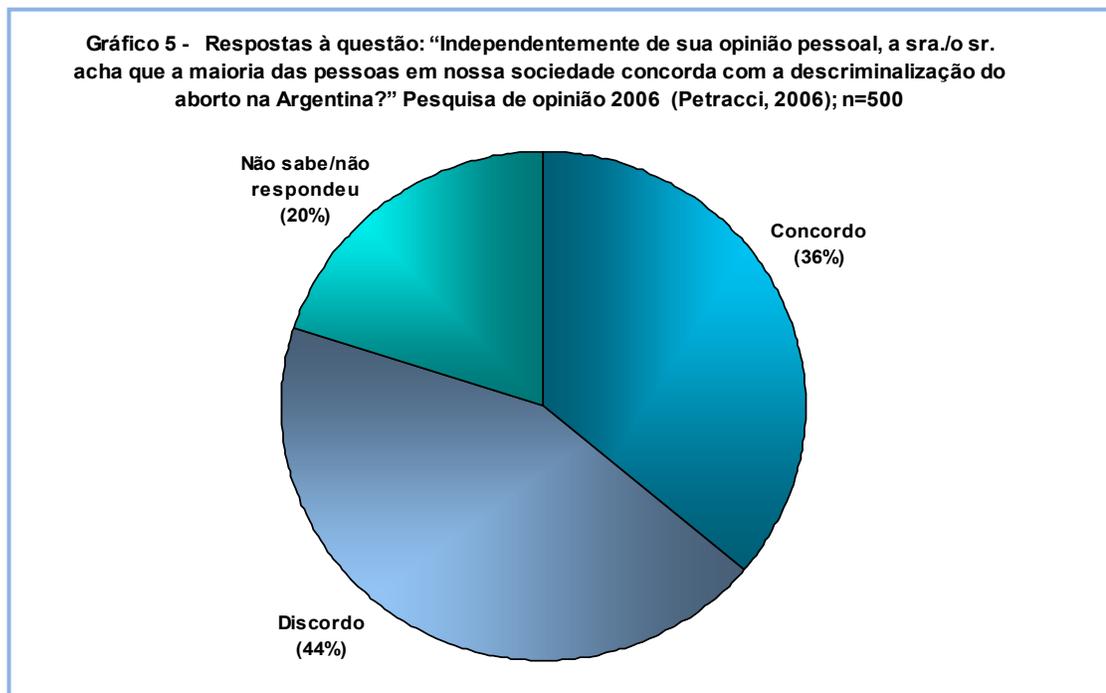
**Gráfico 4**



Na pesquisa de 2006 também se perguntou aos entrevistados como acreditavam que a população opinava sobre a descriminalização do aborto. No **Gráfico 5** são apresentados os resultados dessa pergunta.

Vale a pena destacar a discordância entre o que as pessoas opinam individualmente e o que consideram que os demais opinam sobre o mesmo tópico: 62% manifestou que concorda com a descriminalização, porém somente 36% acreditam que a população em geral tem essa opinião.

## Gráfico 5

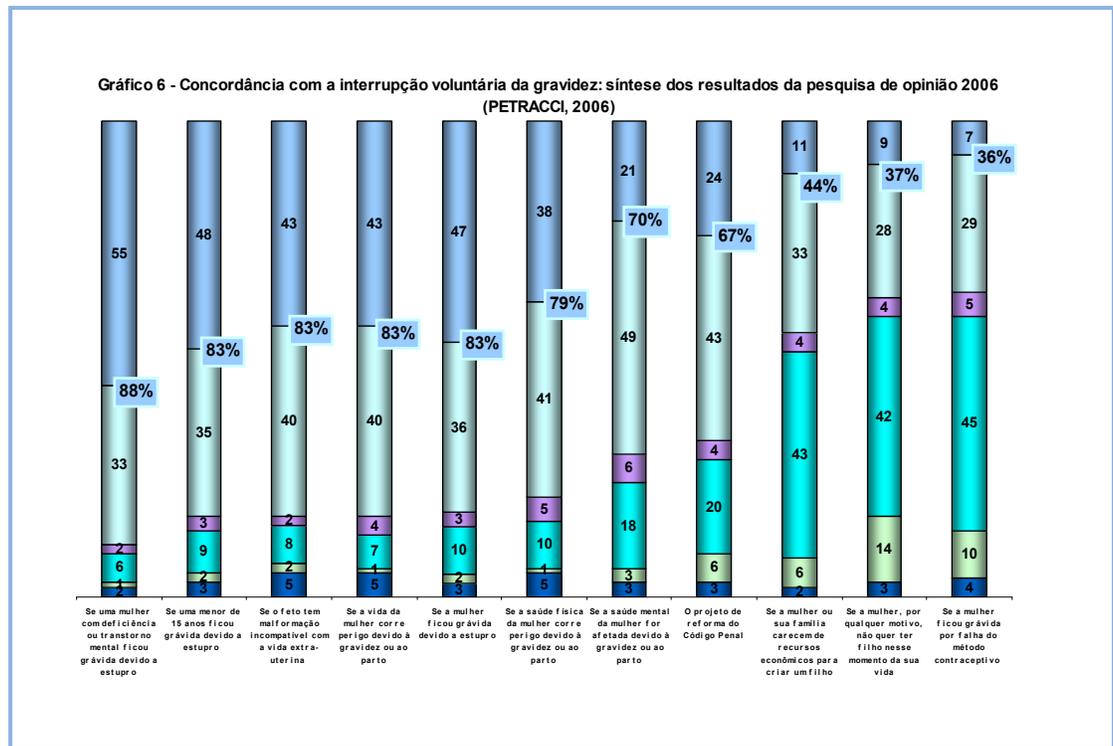


A alta concordância com a descriminalização do aborto varia quando se trata de situações específicas. As sondagens concluem que a ampla maioria da população concorda com a interrupção da gravidez nos casos definidos como não-puníveis pelo Código Penal: estupro ou atentado ao pudor cometido contra mulher com deficiência ou transtorno mental e perigo para a vida ou a saúde da gestante.

As sondagens também mostram que a concordância ou discordância varia conforme a situação. Uma grande maioria concorda com a interrupção voluntária da gravidez nos seguintes casos: estupro, risco à vida da mulher, feto incompatível com a vida extra-uterina, problemas de saúde física e psíquica da mulher. No entanto, a maioria discorda quando a decisão de abortar ocorre porque a mulher não quer um filho em determinado momento da vida, ou o método contraceptivo falha, ou devido a problemas econômicos que impedem assumir a criação de um filho. Não obstante, na pesquisa de 2006, quando comparada às anteriores, registrou-se um aumento significativo na concordância sobre a interrupção voluntária da gravidez se a mulher não quer ter um filho em determinado momento da vida. Vejamos as concordâncias em cada situação proposta na pesquisa de 2006 (**Gráfico 6**):

- A maioria (88% e 83% respectivamente) concordam com a interrupção voluntária da gestação se uma mulher com deficiência ou transtorno mental ficou grávida devido a um estupro e se a vida da mulher corre perigo devido à gravidez ou ao parto.
- Oito em cada dez manifestaram concordância se uma mulher ficou grávida devido a estupro, se uma menor de 15 anos ficou grávida devido a estupro, se o feto tiver má-formação incompatível com a vida extra-uterina, se a saúde física da mulher correr perigo devido à gravidez ou ao parto.
- Sete em cada dez manifestaram concordância se a saúde mental da mulher correr perigo devido à gravidez ou ao parto.
- Quatro em cada dez manifestaram concordância se a mulher e sua família carecem de recursos econômicos para criar um/a filho/a, se a mulher não quiser ter um filho nesse momento, ou se a mulher ficou grávida porque o método contraceptivo falhou.

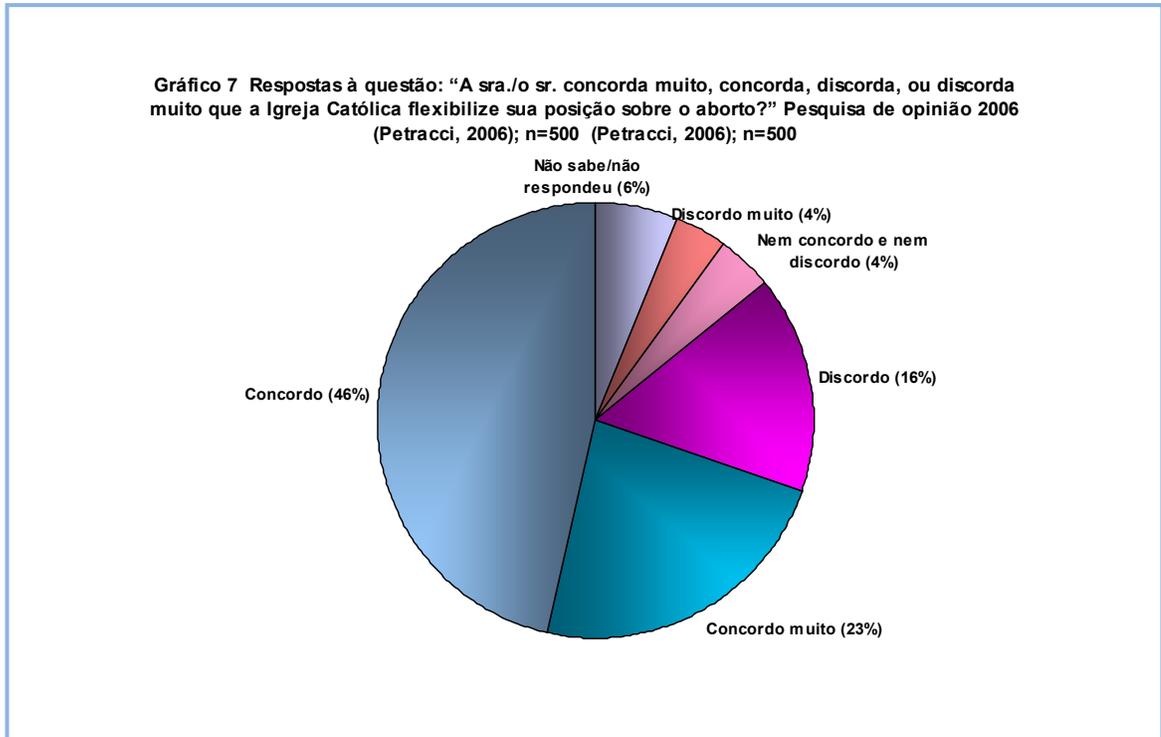
**Gráfico 6**



Os estudos também verificaram as opiniões da população sobre a posição da Igreja Católica sobre o aborto. Em 2006, 70% dos entrevistados manifestaram concordância em que a Igreja Católica deva flexibilizar sua posição sobre o aborto; 4% não se definiram, posição que aumenta significativamente entre os entrevistados

de nível socioeconômico mais elevado; 20% manifestaram discordância, posição que aumenta significativamente entre os entrevistados de menor nível educacional (**Gráfico 7**).

**Gráfico 7**



### **Situação das políticas públicas**

Com o retorno da democracia na Argentina, no final de 1983, começaram a ser desenvolvidas iniciativas de políticas públicas ligadas às questões de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Em 1986 foram suprimidas as restrições ao funcionamento de serviços de planejamento familiar vigentes desde meados da década de 1970, embora a eliminação dessas restrições não tenha significado mudanças no fornecimento desses serviços no curto prazo.

Em 1985 foi ratificada por lei a Convenção sobre Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Cedaw) e o governo assumiu compromissos que foram paulatinamente introduzindo mudanças nas políticas públicas (CEDES, 2003b). Iniciou-se então um processo de transição de uma etapa monolítica de restrições e omissões até outra, "em que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos foram adquirindo maior visibilidade

pública, ampliando-se seu reconhecimento como direitos humanos e solicitando-se ao Estado sua promoção e a garantia de seu exercício” (PETRACCI; RAMOS, 2006, p.11). O primeiro reconhecimento e inclusão desses temas na agenda das políticas públicas foi o lançamento do Programa de Procriação Responsável no âmbito da Cidade de Buenos Aires em 1988. Pouco tempo depois, a província de La Pampa foi a primeira do país a sancionar uma lei que possibilitou a criação do Programa Provincial de Procriação Responsável (Lei n.1.363).

Em meados dos anos 1990, o processo teve como resultado a meia-sanção de uma lei de saúde reprodutiva na Câmara de Deputados – que, embora tenha sido arquivado dois anos depois por falta de discussão no Senado, significou um salto qualitativo no debate público sobre saúde e direitos reprodutivos. A partir desse processo, outras províncias argentinas avançaram, sancionando legislação sobre a questão da saúde sexual e a procriação responsável<sup>27,28</sup>. Finalmente, em 2002 foi sancionada a Lei Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável (Lei n.25.673), formalizando-se assim a incorporação da saúde sexual e reprodutiva na agenda das políticas públicas em nível nacional. É interessante destacar o fato de que na Argentina a maior parte dos programas de saúde reprodutiva provinciais foram postos em prática como consequência da sanção de leis, ou seja, como resultado de processos de negociação política, e não como decisões de política sanitária tomadas pelas autoridades competentes.

## **Aborto legal**

Nos últimos anos houve diversas iniciativas de política pública para responder à alta taxa de mortalidade materna atribuível às complicações de abortos inseguros e para remover os obstáculos ao atendimento dos abortos incompletos nos serviços de saúde e ao atendimento dos abortos não-puníveis.

Em virtude dos altos índices de mortalidade materna, o Ministério de Saúde da Nação e os ministros da saúde das províncias, reunidos no Conselho Federal de Saúde (COFESA), firmaram, em setembro de 2004, o Pacto para a Redução da Mortalidade Materna na Argentina. Nesse acordo destacaram a necessidade de “garantir o acesso ao atendimento do aborto não-punível nos hospitais públicos, dando cumprimento ao que foi estipulado no Código Penal” (COFESA, 2004) e assumiram o compromisso de elaborar uma regulamentação para que nos hospitais públicos fossem atendidos os casos de aborto legal.

---

27 Córdoba, Lei n.8.535 (1996) (derrogada), Lei n.9.073 (2002) e 9.099 (2003) (modificou a Lei 9.073); Mendoza, Lei n.6.433 (1996); Corrientes, Lei n.5.146 (1996), 5.527 (2003) e 5.601 (2004); Chaco, Lei n.4.276 (1996); Río Negro, Lei n.3.059 (1996) e 3.450 (2000); Neuquén, Lei n.2.222 (1997) e 2.285 (2002); Jujuy, Lei n.5.133 (1999); Chubut, Lei n.4.545 (1999); Cidade de Buenos Aires, Lei n.418 (2000) e 439 (2001) (modificou a Lei 418); La Rioja, Lei n.7.049 (2000); Tierra del Fuego, Lei n.509 (2000); Santa Fe, Lei n.11.888 (2001); e San Luis, Lei n.5.344 (2002).

28 A lei de San Luis e a nacional foram sancionadas em 30 de outubro de 2002. A província foi incluída na categoria “antes da sanção da lei nacional”, já que sua lei foi publicada no Boletim Oficial da província em 8 de novembro de 2002, enquanto que a lei nacional foi publicada em 26 de maio de 2003.

Recentemente, em 2007, e possivelmente catalisadas pela ressonância dos casos de adolescentes deficientes mentais que ficaram grávidas devido a estupro e às quais era negado o acesso ao aborto legal, ocorreram as primeiras iniciativas em resposta ao compromisso do COFESA. O governo da Província de Buenos Aires publicou, em janeiro de 2007, o *Protocolo de aborto não-punível*<sup>29</sup> e o governo da Cidade Autônoma de Buenos Aires, em junho do mesmo ano, fez o mesmo com o *Procedimento para o atendimento profissional de práticas de aborto não-puníveis*<sup>30</sup>. Em novembro de 2007, a província de Neuquén aprovou o *Procedimento para o atendimento profissional de práticas de aborto não-puníveis*<sup>31</sup>. O objetivo dessas iniciativas foi garantir, pelas secretarias de saúde, o acesso ao aborto não-punível para os casos enquadrados no artigo 86, incisos 1 e 2 do Código Penal. Nos três casos, os órgãos do sistema de saúde são orientados com instruções claras sobre como e quando se deve agir e em quais prazos.

Adicionalmente, cabe mencionar a iniciativa do Conselho Deliberativo do Município de Rosário, na província de Santa Fe. Em junho de 2007, essa cidade aprovou o *Protocolo de atendimento integral para a mulher em casos de aborto não-punível*<sup>32</sup>. Assim, essa cidade se tornaria a primeira do país a legislar o atendimento ao aborto legal no âmbito do serviço de saúde municipal.

Por último, em novembro de 2007, o legislativo da província de La Pampa tornou-se o primeiro das 24 jurisdições provinciais a votar uma lei sobre as condições para o atendimento aos casos de aborto legal<sup>33</sup>. Entretanto, a lei foi vetada pelo governador da província apenas 15 dias após sua aprovação<sup>34</sup>.

Simultaneamente, e acompanhando as iniciativas provinciais, um avanço significativo foi a elaboração, pelo Ministério da Saúde, do *Guia técnico para atendimento integral dos abortos não-puníveis*, do Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável. O documento oficial, publicado em outubro de 2007, foi elaborado por uma equipe convocada pela Secretaria de Programas Sanitários, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde. O *Guia técnico* contempla os procedimentos a seguir no caso de solicitação de interrupção de gravidez em mulheres cuja saúde ou vida corra perigo, ou quando a gravidez resultar de estupro ou de atentando ao pudor de uma mulher com deficiência ou transtorno mental, como prescreve o artigo 86 do Código Penal. O *Guia* contém os passos a seguir mediante o pedido de interrupção da gravidez permitida pela lei e fornece a base jurídica para que a equipe de saúde se sinta apoiada em sua prática. Além disso, inclui uma descrição dos

---

29 Resolução n.304, 29/01/2007, Secretaria da Saúde da província de Buenos Aires.

30 Resolução n.1.174, 28/05/2007, Secretaria da Saúde do Governo da Cidade Autônoma de Buenos Aires.

31 Resolução n.1.380, 28/11/2007, Secretaria da Saúde e Previdência Social da província de Neuquén.

32 Ordenação n.8.166, 14/06/2007, Conselho Deliberante da Cidade de Rosario, província de Santa Fe.

33 Província de La Pampa, Lei n.2.394, 30/11/2007.

34 Decreto n.155, 17/12/2007.

procedimentos médicos e cirúrgicos recomendados pela Organização Mundial da Saúde em sua publicação (2003) *Aborto sem riscos: guia técnico e de políticas para o sistema de saúde*.

### **Atendimento pós-aborto**

Desde 2005, o Ministério da Saúde aprovou (por resolução ministerial n.989/2005) o *Guia para a melhoria do atendimento pós-aborto*, de aplicação em todo o território nacional (ARGENTINA, 2005). O guia procura contribuir para a redução da morbimortalidade materna e melhorar a qualidade do atendimento às mulheres grávidas, fornecendo aos profissionais instrumentos para oferecer às mulheres melhor qualidade do atendimento às complicações derivadas de abortos inseguros, em uma perspectiva integral que inclui a aspiração manual para o esvaziamento uterino até a assistência contraceptiva.

Para complementar esse registro, desde 2006 o Ministério da Saúde implementou um programa de capacitação nas províncias destinado a melhorar o atendimento pós-aborto. Embora as capacitações tenham sido realizadas em algumas das províncias com situações mais críticas, o modelo integral proposto (aspiração manual endouterina mais aconselhamento em saúde reprodutiva) foi implementado de forma muito parcial até o momento.

### **Os atores sociais e o aborto**

No campo do debate social e da luta política sobre o acesso ao aborto seguro, com suas mais diversas nuances, vários atores ganharam relevância na história política da Argentina. Precisamente, um dos traços centrais da história recente desses campos foi a pluralidade cada vez mais marcante de atores e de vozes que intervêm na cena pública para falar desse problema e promover mudanças para melhorar a situação das mulheres. Nesse cenário, destaca-se sem dúvida o movimento de mulheres e, dentro deste, os grupos feministas, ambos fábricas de idéias e ações. A eles se somam legisladores/as, dirigentes sindicais, organizações juvenis, expressões da cultura, comunicadores sociais e profissionais da saúde.

Também na história recente se observa uma diversidade de instrumentos utilizados na ação política: declarações, matérias pagas, consensos de peritos, programas, materiais de difusão, campanhas, comemorações, processos judiciais, manifestações públicas, encontros de mulheres, leis, compromissos internacionais, entre outros. A diversificação de instrumentos foi em boa medida fruto da multiplicidade de atores no campo, cada um com suas estratégias e práticas políticas específicas, porém também foi consequência da reação do movimento de mulheres perante aqueles que, por ação ou omissão, se opõem à reivindicação o acesso ao aborto seguro, especialmente os grupos conservadores vinculados à Igreja Católica.

A diversidade de atores e instrumentos de ação política que intervieram na questão do acesso à contracepção também se apresentou no caso do aborto, embora com magnitude um pouco menor: sem dúvida, as dificuldades para assumir uma posição pública sobre o aborto são maiores, apesar de ser um dilema que milhares de mulheres e homens desta sociedade resolvem moralmente de forma cotidiana (PETRACCI; RAMOS, 2006). De qualquer forma, olhando em perspectiva histórica, é como se na atualidade o problema tivesse sido invertido e, assim, são menos numerosos aqueles que não sentem a responsabilidade cidadã de opinar publicamente sobre o assunto ou os que não têm outro remédio a não ser fazê-lo. Essa situação é muito diferente da que podia ser observada há dez anos.

Embora o acesso ao aborto legal e seguro tenha sido a reivindicação do movimento de mulheres desde a recuperação da democracia (nos encontros nacionais de mulheres, espaços privilegiados do debate interno do movimento há mais de 20 anos), foi a reforma constitucional de 1994 que deu a esse assunto uma publicidade nunca antes imaginada e ao movimento de mulheres uma visibilidade maior, assim como uma experiência política de alianças e confrontos que até então não havia tido. Nessa oportunidade, o poder executivo nacional tentou introduzir no texto da nova Constituição um artigo que garantisse o direito à vida desde a concepção até a morte natural, artigo que finalmente não foi aceito tal como havia sido originalmente proposto. O processo em torno da reforma constitucional contribuiu para a inserção do tema do aborto na cena política. Embora nesse cenário o movimento de mulheres tenha agido defensivamente, esse episódio serviu para fortalecer seu lugar como ator político.

Essa experiência política, somada à força que o movimento internacional de mulheres demonstrava com a mobilização e as conquistas alcançadas nas conferências das Nações Unidas em meados dos anos 1990 – Cairo e Beijing, fundamentalmente –, fortaleceram interna e externamente a capacidade dos grupos de mulheres.

Os profissionais da saúde também foram atores-chave no debate social sobre o aborto na Argentina. Sua posição repousa na legitimidade que têm como comunidade científica e profissional, com peso decisivo no debate, na formação e na aplicação de normas legais que regulamentam a prática do aborto; e, também, na autoridade legal, normativa, social e culturalmente atribuída aos médicos para intervir em matéria de saúde e doença. O único estudo disponível sobre as opiniões dos ginecologistas e obstetras foi realizado na década de 1990 (RAMOS *et al.*, 2001), com profissionais da saúde que atuam nos estabelecimentos públicos na cidade de Buenos Aires e na Grande Buenos Aires, tendo inquirido sua opinião sobre diversos assuntos centrais da agenda da saúde reprodutiva: contracepção, aborto e direitos sexuais e reprodutivos. Quanto à questão do aborto, a maioria dos profissionais consultados opinou que o aborto é um problema de saúde pública de grande relevância (78%); que os médicos devem realizar abortos quando não são ilegais (73,5%); que não se deve penalizar o

aborto praticado para salvar a vida de uma mulher (86,7%), ou nos casos de estupro (83,3%) ou má-formação fetal (82,2%), nem por decisão autônoma da mulher (40%); também indicaram que a descriminalização do aborto é uma estratégia adequada para reduzir a mortalidade materna (79%), e que os hospitais públicos deveriam efetuar o aborto legal (73%).

Embora o acesso ao aborto legal não seja ainda uma realidade em nosso país, nos últimos tempos houve sinais positivos de avanços no plano normativo. Por um lado, sentenças nas máximas instâncias judiciais nas quais se aceita a interrupção da gravidez em situações contempladas pelo Código Penal. No campo das políticas públicas, os compromissos dos ministros da saúde provinciais reunidos no COFESA para atender os abortos não-puníveis nos hospitais públicos, como já mencionado, o *Guia técnico* para o atendimento aos casos de aborto legal do Ministério da Saúde e as regulamentações do aborto legal por parte das autoridades sanitárias de três jurisdições no país. No campo legislativo, a recente aprovação de um projeto de lei para regulamentar os abortos não-puníveis<sup>35</sup>, como também mencionado, constitui a primeira vez na história legislativa em que um projeto é discutido e um parecer é aprovado em uma das comissões.

Por outro lado, também podem ser observados sinais positivos de avanços no processo político, que podem ser sintetizados nos seguintes pontos:

- a formação e sustentabilidade, a partir de 2005, de uma frente de mais de 200 organizações de mulheres reunidas na Campanha Nacional pelo Direito ao Aborto Legal, Seguro e Gratuito ([www.abortolegal.com.ar](http://www.abortolegal.com.ar));
- a visibilidade permanente desse assunto nos meios de comunicação e o espaço conquistado na mídia por vozes que apóiam essa reivindicação (PETRACCI, 2004);
- a sociedade que capilarmente reivindica o acesso à interrupção voluntária da gravidez<sup>36</sup>;
- os profissionais de saúde, que aparecem publicamente muito mais do que antes como vozes legitimadas para opinar sobre esse assunto;
- a opinião pública, que mostra um consenso majoritário a favor da descriminalização do aborto.

---

<sup>35</sup> Trata-se do já mencionado projeto de lei apresentado pela deputada Juliana Marino (Pr. 0028-D-2007), que visa estabelecer os procedimentos a serem seguidos nos estabelecimentos de saúde públicos, privados e da previdência social, para garantir o direito das mulheres à interrupção da gravidez nos casos de aborto legal. Em junho de 2007 obteve um despacho favorável da Comissão de Saúde e no segundo semestre de 2008 estava sendo analisado pela Comissão de Legislação Penal, a última a se pronunciar antes de seu debate em plenário.

<sup>36</sup> Muitos dos últimos casos de ressonância pública foram promovidos por mães de mulheres deficientes estupradas, sem qualquer tradição de ativismo político e sem contatos com grupos feministas ou do movimento de mulheres.

É difícil mensurar o peso relativo das estratégias de incidência do movimento de mulheres que contribuíram para impulsionar esses avanços. Sem dúvida, a diversificação de atores com voz no debate foi decisiva, pois não é o mesmo a reivindicação surgir apenas dos grupos de mulheres ou aparecer por meio de muitos outros atores sociais. Também foi eficaz o discurso que apresenta o aborto como um problema de saúde pública e de justiça social. Problema de saúde pública, porque as complicações de aborto são a primeira causa de mortes maternas; nesse caso, a evidência científica (magnitude da prática do aborto, efeitos do aborto inseguro sobre as mortes maternas) teve um papel esclarecedor e de argumentação-chave. E problema de justiça social porque são as mulheres mais vulneráveis da sociedade que sofrem as conseqüências mais negativas da ilegalidade do aborto, e têm de recorrer a procedimentos inseguros que colocam em risco sua saúde ou sua vida.

Algumas lições desta história brevemente relatada são positivas e animadoras. A primeira é que na Argentina existe uma verdadeira tradição de ativismo político sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos; o movimento de mulheres tem lugar e voz no cenário político e tem uma presença capilar e sempre ativa em espaços muito diversos da sociedade. Também devemos reconhecer que o Estado, em todas as suas manifestações institucionais, está se *aggiornando* ao que acontece na sociedade: há muitas décadas mulheres e homens desta sociedade mantêm práticas sexuais e reprodutivas que escapam às bases normativas vigentes (TORRADO, 2003; CEDES, 2003b). Nesse sentido, o Estado não está dando espaço para novas práticas, mas sim buscando fazer com que as já existentes deixem de ter conseqüências negativas para a saúde, para a vida e para os direitos de grande parte da população. Por outro lado, o debate sobre o aborto nesses anos fortaleceu-se e hoje está estabelecido com base em informação confiável, evidência científica, situações concretas de mulheres reais, que mostram custos intoleráveis da ilegalidade; e o debate se sustenta em um apelo aos direitos das mulheres de não sofrer as conseqüências dos abortos inseguros ([www.despenalizacion.org.ar](http://www.despenalizacion.org.ar)).

Diante desses avanços, há alguns pontos onde ainda deve incidir a ação política. Em primeiro lugar, as estratégias dos setores conservadores ligados à Igreja Católica são permanentemente recriadas e cada dia mais inescrupulosas em termos de forma e conteúdo. Entre as ações empreendidas incluem-se os pedidos de inconstitucionalidade do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, a difusão de informação deliberadamente errônea sobre os efeitos de alguns métodos contraceptivos, como a anticoncepção de emergência, os recursos interpostos que impediram o acesso ao aborto legal por mulheres com deficiência ou transtorno mental estupradas, entre outras. Nesse contexto, novas formas de ação e novos argumentos devem ser pensados e traduzidos para a linguagem da ação política. Em segundo lugar, algumas argumentações deveriam ter mais e melhor visibilidade no debate social: o apelo ao Estado laico e à responsabilidade de legislar para a

diversidade de posições éticas e morais e, mais significativo ainda, o apelo ao direito das mulheres de dispor de seus corpos, ou a preservar sua intimidade nas decisões relativas à sexualidade e reprodução, palavra de ordem que orientou as lutas do feminismo pelo acesso ao aborto legal em muitos outros lugares do mundo.

Para concluir, e como síntese da situação atual em que se encontra a cidadania na Argentina, de modo geral, e daqueles que defendemos o direito das mulheres a exercer sua autonomia em termos de decisões reprodutivas, em particular, citamos um amigo e colega, Pecheny (2006, p.249):

---

*São o Estado e seus representantes que devem justificar por que mantêm regras imorais para o conjunto da população e, em particular, para as mulheres; são o Estado e seus representantes que têm de justificar por que uma mulher que fizer ou consentir num aborto deve ser presa. Não somos nós que devemos justificar o contrário.*

---

### **Agenda de pesquisa**

Para organizar esta seção, são retomadas as dimensões utilizadas para tratar da situação do aborto na Argentina. Assim, para cada uma são indicados os temas que preferivelmente poderiam fazer parte de uma agenda de pesquisa futura.

No tocante à magnitude da prática do aborto, a Argentina conta, desde muito recentemente, com uma estimativa que utilizou as metodologias disponíveis e validadas internacionalmente. Um aprofundamento do conhecimento dessa dimensão do problema será possível se forem feitos no país levantamentos de variáveis sociodemográficas e sanitárias em grande escala, como uma pesquisa de demografia e saúde, por exemplo.

Os aspectos socioculturais do aborto induzido foram escassamente estudados e, embora se conte com alguma informação sobre a prática do aborto entre as mulheres de setores sociais vulneráveis, dever-se-ia prestar mais atenção a essa dimensão do problema em vista das mudanças que estão acontecendo nos comportamentos das mulheres e os provedores, desde a introdução do misoprostol no mercado na Argentina. Também seria necessário contar com algum estudo que permitisse compreender o significado subjetivo e social da prática do aborto entre mulheres e homens de diversas camadas sociais e contextos culturais. Embora a prática do aborto se estenda a todos os setores, não se dispõe de evidência sobre as especificidades de sua prática em contextos diversos. Alguns dos temas específicos poderiam ser:

- o aborto entre as e os adolescentes, especialmente os aspectos relacionados à decisão quanto ao aborto e o impacto no projeto de vida e na morbimortalidade dessa população;

- a relação entre aborto e contracepção, especialmente no processo de mudança de método, e no âmbito de diversos vínculos de casal;
- o papel dos homens nas decisões reprodutivas e, particularmente, diante do aborto, assim como as representações e os valores que guiam seus comportamentos;
- as mudanças na oferta de serviços e nas técnicas abortivas e seu impacto sobre a segurança e a eficácia das práticas, bem como a satisfação das mulheres.

O acompanhamento das tendências dos indicadores dos aspectos sócio-sanitários do aborto é fundamental para um monitoramento da situação e para melhorar o levantamento e análise da informação levantada e processada rotineiramente pelo sistema de informação em saúde nacional. Alguns aspectos centrais que não foram objeto de análise são os custos dos abortos hospitalizados e as análises de custo-efetividade de diversos procedimentos para a interrupção da gravidez.

Os estudos de opinião pública também foram foco de atenção nos últimos anos. Continuar nessa linha de trabalho permite acompanhar a opinião das/dos cidadãs/ãos, insumo imprescindível para as atividades de *advocacy*. Por outro lado, seria particularmente relevante avançar na exploração das opiniões coletadas, com estudos qualitativos que permitam compreender as razões da alta adesão à descriminalização e a algumas razões em particular, assim como a baixa adesão a outras, tal como exposto acima. Perguntas que poderiam orientar os estudos seriam, por exemplo: Quais são os argumentos com os quais os diversos grupos e setores sociais se definem com relação ao aborto? O que significa para eles estar a favor ou contra (a punição ou a legalização) do aborto? Sob que critérios e em que situações aparece legitimada a prática do aborto? Qual é a percepção social existente a respeito do aborto como um direito das mulheres? Quais são as razões apresentadas para a sanção moral e social à prática do aborto?

O tratamento dos aspectos legais do aborto deveria, sem dúvida, avançar muito mais. Seria interessante, por exemplo, contar com análises comparativas das casuísticas dos processos penais abertos por aborto, assim como os episódios nos quais houve a mediação de uma autorização judicial para fazê-lo com base em alguns dos casos legalmente permitidos. Essas análises permitiriam captar a evolução da jurisprudência, de maneira a estabelecer se houve ou não mudanças na interpretação por parte da administração de justiça, mesmo quando as bases normativas não tenham sofrido modificações substanciais nem tenham sido restringidas. Também nessa linha valeria a pena encarar uma revisão dos projetos de lei para a descriminalização ou legalização do aborto, ou para reduzir as restrições vigentes ou eliminar as exceções descriminalizadoras que estão sendo elaboradas ou discutidas nas comissões parlamentares, no movimento de mulheres ou nos partidos políticos, e também, do debate que estes suscitaram nesses âmbitos.

Por outro lado, a análise da dimensão pública e política do aborto induzido parece ser imprescindível. A relevância de estudar as coordenadas ideológicas e políticas do aborto induzido justifica-se à luz das mudanças operadas no cenário público na Argentina nos últimos anos. Diversos discursos e atores sociais e políticos, em diferentes perspectivas, algumas vezes complementares, outras contraditórias ou divergentes, incorporaram a preocupação sobre o aborto às suas agendas de discussão e estratégias de ação na última década. Nesse sentido, os atores sociais e políticos merecem maior esforço de pesquisa, já que não foram habitualmente foco de análise. Os meios de comunicação também são escassamente analisados na Argentina e, devido ao seu papel cada vez mais central no debate social, deveriam ser motivo de estudos no curto prazo. A centralidade alcançada pelos meios de comunicação nestes tempos obriga a repensar a análise dos discursos, mensagens e imagens que fazem circular em referência ao aborto. E estudos deveriam ainda focar a dinâmica, os comportamentos e as atitudes políticas e ideológicas dos atores envolvidos nas decisões jurídico-legais e nas políticas públicas sobre aborto (a classe política inclusive), e daqueles que se sentem diretamente afetados por medidas a ele relativas, como provedores de saúde, operadores de justiça, membros da hierarquia e fiéis da Igreja Católica e de outras religiões.

Para concluir, se entendemos que a pesquisa pode ser um subsídio extremamente útil para a ação política, a agenda de pesquisa sobre o aborto, tanto na Argentina como em outros países da região, deve ser ampla e multidisciplinar, de maneira que mais e melhor conhecimento de alta qualidade possa iluminar o debate e a mudança social.

## Referências

- AGI-THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto clandestino:** una realidad latinoamericana. New York, 1994.
- ALLER ATUCHA, L.; PAILLES, J. **La práctica del aborto en Argentina.** Buenos Aires: Marketing y Promoción Social para la Calidad de Vida, 1997.
- ARGENTINA. **Egresos de establecimientos oficiales por diagnósticos 2005.** Buenos Aires, 2007. (Serie 11, n.1).
- \_\_\_\_\_. **Estadísticas vitales:** información básica 2006. Buenos Aires, 2007. (Serie 5, n.50). Disponível em: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro50.pdf>.
- \_\_\_\_\_. **Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles.** Buenos Aires, 2007. Disponível em: <http://www.despenalizacion.org.ar/politicas.html>.
- \_\_\_\_\_. Ministerio de Salud de la Nación. **Encuesta Nacional Nutrición y Salud.** Buenos Aires, 2005. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/hm/Site/ennys/site/default.asp>.
- \_\_\_\_\_. **Guía para el mejoramiento de la atención post aborto.** Buenos Aires, 2005. Disponível em: <http://www.despenalizacion.org.ar/politicas.html#protocolos>.
- \_\_\_\_\_. **Egresos de establecimientos oficiales por diagnósticos, total país y división político territorial, 2000.** Buenos Aires, n.19, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Egresos de establecimientos oficiales por diagnósticos, total país y división político territorial 1995.** Buenos Aires, n.18, 1998.
- \_\_\_\_\_. **Egresos de establecimientos oficiales por diagnósticos, 1990.** Buenos Aires, n.16, 1993.
- \_\_\_\_\_. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Dirección de Estadísticas de Salud y OPS/OMS. **Estudio de la mortalidad materna:** análisis del subregistro de las muertes maternas en Capital Federal (1985). Buenos Aires, 1989.
- BERGALLO, P. Equidad de género: experiencias y perspectivas para su exigibilidad judicial. In: CELS – CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES. **La aplicación de los tratados de derechos humanos en el ámbito local:** la experiencia de una década (1994-2005). Buenos Aires: CELS, 2007.
- BIDART CAMPOS, G. Autorización judicial solicitada para abortar. **El derecho,** Buenos Aires, n.114, p.184, 1985.

BÖHMER, M. *et al.* **Aborto por motivos terapéuticos:** artículo 86, inciso 1 del Código Penal Argentino. Buenos Aires: CEDES; FLACSO–Sede Académica de Argentina, 2006. Disponible em: [http://www.cedes.org/descarga/aborto\\_terapeutico.zip](http://www.cedes.org/descarga/aborto_terapeutico.zip).

BONGAARTS, J. The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. **Stud Fam Plann**, New York, v.13, n.6/7, p.179-89, 1982.

\_\_\_\_\_. A framework for the analysis of the proximate determinants of fertility. **Population Development Review**, New York, v.4, n.1, p.105-32, 1978.

BUENOS AIRES (Ciudad). Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. **Resolución n.1.174–MSGC:** se aprueba el procedimiento para la "atención profesional de prácticas de aborto no punibles". Buenos Aires, 2007. Disponible em: <http://www.despenalizacion.org.ar/politicas.html#resoluciones>.

\_\_\_\_\_. (Provincia). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. **Protocolo de aborto no punible.** Buenos Aires, 2007. Disponible em: <http://www.despenalizacion.org.ar/politicas.html#protocolos>.

CEDES–CENTRO DE ESTUDIOS DE ESTADO Y SOCIEDAD. **Morbilidad materna severa en la Argentina:** estimación de la magnitud del aborto inducido; resumen ejecutivo. Buenos Aires, 2007. Disponible em: <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>.

\_\_\_\_\_. **Salud y derechos sexuales y reproductivos:** la opinión pública; resumen ejecutivo. Buenos Aires, 2006. Disponible em: <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>.

\_\_\_\_\_. **Encuesta de opinión pública salud y derechos sexuales y reproductivos:** resumen ejecutivo. Buenos Aires, 2004. Disponible em: <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>.

\_\_\_\_\_. **Encuesta de opinión pública sobre salud reproductiva:** resumen ejecutivo. Buenos Aires, 2003a. Disponible em: <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>.

\_\_\_\_\_. Área salud, economía y sociedad: la salud y los derechos sexuales y reproductivos: 2000-2003, un período de avances y retrocesos. In: CELS–CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES. **Derechos humanos en la Argentina:** informe 2002-2003. Buenos Aires, 2003b.

CHIAROTTI, S. Mujeres y derechos humanos: convergencias y tensiones entre dos movimientos sociales. In: YAMIN, A. E. (Comp.). **Los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina.** México: Plaza & Valdés, 2006.

COFESA–CONSEJO FEDERAL DE SALUD. **Compromiso para la reducción de la mortalidad materna en la Argentina.** Buenos Aires, 2004. Disponible em: <http://www.despenalizacion.org.ar/politicas.html#programas>.

FERRANDO, D. **Clandestine abortion in Peru:** facts and figures. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; Pathfinder International, 2002.

GASLONDE, S. *et al.* **Análisis preliminar de algunos datos sobre aborto provenientes de encuestas en América Latina.** Santiago de Chile: CELADE, 1973.

GIL DOMÍNGUEZ, A. Solicitud de autorización judicial y amaro bioético. **El Derecho**, Buenos Aires, n.5, p.549-58, 2000.

INGENAR-INSTITUTO DE GÉNERO, DERECHOS Y DESARROLLO; CLADEM-COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER. **Con todo al aire:** reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Rosario, 2003. Disponible em: [http://www.tau.org.ar/upload/ec225b48f3813b18d3b9eaafbe3a3ed5/con\\_todo\\_al\\_aire\\_reporte.doc](http://www.tau.org.ar/upload/ec225b48f3813b18d3b9eaafbe3a3ed5/con_todo_al_aire_reporte.doc).

INSUA, I. **Morbilidad materna severa en la Argentina:** prevención y calidad de la atención para reducir la incidencia y las consecuencias adversas del aborto; informe final del componente "Análisis de las fuentes secundarias disponibles sobre egresos hospitalarios por aborto de establecimientos oficiales". Buenos Aires: Comisión Nacional Salud Investiga; Ministerio de Salud de la Nación, 2006. (Mimeo).

JOHNSTON, H.; HILL, K. Induced abortion in the developing world: indirect estimates. **International Family Planning Perspectives**, New York, v.22, n.3, p.108-137, 1996.

LÓPEZ, E.; MASAUTIS, A. Aborto en el conurbano de Buenos Aires: opiniones, evidencias e interrogantes. In: ENCUENTRO DE INVESTIGADORES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Determinantes del aborto y factores asociados. **Anais...** Santafé de Bogotá: Universidad del Externado de Colombia, 1994.

MOTTA, C.; RODRÍGUEZ, M. **Mujer y justicia:** el caso argentino. Buenos Aires: Banco Mundial, 2001.

OMS-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Study group: a comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v.85, 2007.

\_\_\_\_\_. **Aborto sin riesgos:** guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra, 2003. Disponible em: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/safe\\_abortion/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/safe_abortion/index.html).

ONU-ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Situación de salud en las Américas:** indicadores básicos 2006. Washington, 2006. (OPS7HDM/HA/06.01, 2006).

\_\_\_\_\_. **Karen Noelia Llantoy Huamán v. Peru:** communication n.1153/2003. Ginebra, 22 nov. 2005. (UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005)).

\_\_\_\_\_. Comité Internacional de Derechos Humanos. **Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Argentina.** Ginebra, 2000. (UN Doc. CCPR/CO/70/ARG, 03/11/2000).

OPS-ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud en las Américas.** Washington, v.1, 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/SAP14.pdf>.

PECHENY, M. La investigación sobre política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. In: PETRACCI, M.; RAMOS, S (Comp.). **La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina:** aportes para comprender su historia. Buenos Aires: CEDES; UNFPA, 2006.

PETRACCI, M. Opinión pública sobre interrupción voluntaria del embarazo y despenalización del aborto en la Argentina y América Latina. **Hoja Informativa,** Buenos Aires, n.1, abr.2006.

\_\_\_\_\_; RAMOS, S. (Comp.). **La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina:** aportes para comprender su historia. Buenos Aires: CEDES; UNFPA, 2006.

\_\_\_\_\_. **Salud, derechos y opinión pública.** Buenos Aires: Norma, 2004.

PUJÓ, S.; DERDOY, M. Algunas notas críticas sobre el tratamiento judicial del aborto en Argentina. **Anuario de Derechos Humanos,** Santiago de Chile, Facultad de Derecho, Universidad de Chile, Centro de Derechos Humanos, n.3, 2007.

RAMOS, S. *et al.* Maternal mortality in Argentina study group: a comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina; translating multicentre collaborative research into action. **Bulletin of the World Health Organization,** Geneva, v.85, n.8, p.615-22, 2007.

\_\_\_\_\_ *et al.* **Para que cada muerte materna importe.** Buenos Aires: CEDES; Ministerio de Salud de la Nación, 2004. Disponible en: [http://www.cedes.org/english/descarga/mortalidad\\_materna.zip](http://www.cedes.org/english/descarga/mortalidad_materna.zip).

\_\_\_\_\_ *et al.* **Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto:** ¿una transición ideológica? Buenos Aires: CEDES, 2001.

\_\_\_\_\_; VILADRICH, A. **Abortos hospitalizados:** entrada y salida de emergencia. Buenos Aires: CEDES, 1993.

ROMERO, M.; ZAMBERLIN, N.; GIANNI, M. C. **La calidad de la atención en las complicaciones de aborto:** un desafío para la salud pública y los derechos humanos. Rio de Janeiro, 2006. (Mimeo). (Trabalho apresentado ao 11<sup>o</sup> Congresso Mundial de Saúde Pública, Rio de Janeiro).

ROSARIO. Concejo Municipal. **Ordenanza n. 8.186:** Protocolo de Atención Integral para la Mujer en Casos de Aborto no Punible. Rosario, 2007. Disponible en: <http://www.despenalizacion.org.ar/politicas.html#protocolos>.

ROSENSTEIN, M.; ROMERO, M.; RAMOS, S. A closer look at women who die outside of the health system. **Maternal and Child Health Journal**, Netherlands, v.7, n.3, ago.2007.

SERNAM-SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER; INE-INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. **Las mujeres chilenas:** estadísticas para el nuevo siglo. Santiago de Chile, 2001.

SINGH, S.; WULF, D. Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos. **International Family Planning Perspectives**, New York, v.20, n.especial, p.4-13, 1994.

STEELE, S.; CHIAROTTI, S. With everything exposed: cruelty in post-abortion care in Rosario, Argentina. **Reproductive Health Matters**, Londres, v.12, n.24, nov.2004.

TORRADO, S. **Historia de la familia moderna (1870-2000)**. Buenos Aires: La Flor, 2003.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF; UNFPA. **Maternal mortality in 2000:** estimates developed. Ginebra, 2004a. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_mortality\\_2000/mmepdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_mortality_2000/mmepdf).

\_\_\_\_\_. **Unsafe abortion:** global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4.ed. Ginebra: WHO, 2004b.

ZAMBERLIN, N.; GIANNI, M. C. **Acceso, saberes y experiencias acerca del aborto con medicamentos:** el circuito del misoprostol en la Ciudad de Buenos Aires; informe ejecutivo. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 2007. (Mimeo). (Trabajo presentado a VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, ago.2007).



# Legalização do aborto no Chile: uma tarefa pendente

Gloria Salazar Rosas

# *Legalização do aborto no Chile: uma tarefa pendente*

*Gloria Salazar Rosas\**

Apresenta-se aqui um breve panorama da situação do aborto no Chile. Para compreendê-la, parece conveniente fornecer inicialmente alguns dados gerais do contexto para, em seguida, apresentar as estimativas possíveis de sua dimensão, os aspectos jurídico-legislativos e, finalmente, um breve apanhado da situação da pesquisa sobre aborto.

## **Contexto sociodemográfico**

No Chile vivem hoje mais de 16 milhões de pessoas, das quais 50,7% são mulheres, o que dá um índice de feminidade (número de mulheres por 100 homens) de 103. É uma população cada vez mais educada em termos formais, cujas expectativas de vida aumentam paulatinamente; 26% da população é menor de 15 anos e 12% tem mais de 60 anos (CHILE, 2004a).

No país predomina a religião católica (mas a separação Igreja-Estado ocorreu no começo do século XX). Segundo o último censo (de 2002), 70% das pessoas maiores de 15 anos se declararam católicas, 15,1% evangélicas, 4,4% de outras religiões, e 8,3% são atéias, agnósticas ou sem religião.

O desejo das mulheres urbanas e rurais quanto ao planejamento da família é similar: querem ter dois filhos, o que levou à redução do número total de nascimentos, embora esse número tenha aumentado fora do casamento: em 1990, 65% das crianças nasceram de pais casados; em 2003, a proporção baixou para 47,8% (SERNAM, 2006). Cresceu também o número de mulheres chefes de família, de 25,3% em 1992 para 31, 5% em 2002. Seu nível educacional se elevou, havendo 20% delas com 13 anos e mais de estudo em 2002 (SERNAM, 2006).

Ao mesmo tempo, parece ter aumentado a violência contra a mulher – ou ao menos, as denúncias e mortes por essa causa. Em 2005 foram registradas 82.596 denúncias de violência contra mulheres; e, no primeiro semestre de 2007, 34 mulheres foram mortas por seus maridos ou companheiros.

As políticas nacionais de população são consideradas importante fator da diminuição da mortalidade materna e do aborto, que constituíram um grave problema de saúde pública entre os anos 1930 e 1970. Desde 1965 são oferecidos programas com foco na atenção à saúde materna e infantil – gravidez, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e o lactante – e no planejamento familiar, aos quais foi

---

\* Psicóloga, pesquisadora e professora da Universidad Academia de Humanismo Cristiano e professora da Universidad Bolivariana, Santiago, Chile.

sendo incorporado desde 1994 o enfoque de gênero. Os serviços públicos de saúde reprodutiva oferecem hoje diversos métodos contraceptivos; os mais usados são os dispositivos intra-uterinos (58,2%) e os hormonais orais (31,1%) e injetáveis, assim como preservativos<sup>1</sup>. Desde 2000, a esterilização cirúrgica pode ser solicitada por qualquer chileno ou chilena maior de 18 anos, em pleno uso de suas faculdades mentais. Até então, devido às restrições vigentes (idade mínima 35, consentimento do marido, ter tido quatro filhos e apenas uma instituição de saúde pública autorizada a realizá-la – CEM *et al.*, 2006), dentre os 1,7 milhões de mulheres usuárias de algum método anticoncepcional, apenas 1% recorriam à esterilização cirúrgica (CHILE, 2000). Após 2000, as taxas permanecem baixas, possivelmente devido ao desconhecimento e pouca divulgação das novas normas, que eliminam aquelas restrições. Também esteve disponível – embora por poucos meses – a anticoncepção de emergência, que podia ser solicitada aos serviços públicos de saúde por mulheres a partir dos 14 anos, sem necessidade de autorização de pais ou responsáveis. Isso foi confirmado pela Norma Nacional de Regulação da Fecundidade, promulgada no primeiro semestre de 2007, que fornece orientação técnica sobre o uso dos métodos contraceptivos aprovados pelo Ministério da Saúde chileno em 2006. A Norma baseia-se em evidência científica, enfatiza a atualização da informação dos provedores de saúde, regula a oferta de atenção de qualidade às usuárias e promove o respeito e o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das e dos usuárias/os<sup>2</sup>.

### **Dimensão do aborto**

A condição de ilegalidade do aborto, como nos demais países em que é vigente, é o maior empecilho para estimar sua real dimensão, pois aquelas que o praticaram não o revelam para não se expor às sanções legais e sociais.

Não há estimativas atualizadas, obtidas por procedimentos confiáveis de pesquisa, a não ser as estatísticas oficiais de hospitalizações por aborto. As últimas estimativas independentes disponíveis datam de há quase uma década e meia: um estudo de The Alan Guttmacher Institute (AGI, 1994, p.24) indicava que no Chile se efetuavam cerca de 159.000 interrupções da gravidez por ano. Outros pesquisadores indicam dados bastante parecidos: por exemplo, Requena (1993) estimou 175.897 abortos induzidos por ano. Isso significa que – pelo menos nos anos em que esses

---

<sup>1</sup> Berlagosky; Maturana e Salazar (2003), com base em informações do Programa de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, sobre usuárias/os de métodos contraceptivos em estabelecimentos do sistema público em 2001.

<sup>2</sup> No entanto, setores conservadores apresentaram ao Tribunal Constitucional um recurso de inconstitucionalidade da contracepção de emergência (CE), por considerá-la abortiva. O recurso foi acolhido e a decisão do Tribunal, em abril de 2008, declarou inconstitucional a distribuição da CE pelo sistema público, mas não se refere a sua comercialização pelo setor privado. Apenas os serviços de urgência podem oferecer a CE nos casos de estupro.

estudos foram feitos – uma em cada três gestações terminava em aborto e que no Chile se realizava um aborto a cada cinco minutos.

Esses dados sugerem que na sociedade chilena, a cada ano, haveria mais de cem mil cidadãs que vivem a experiência de uma gravidez não-planejada ou não-desejada, cujas necessidades não estão sendo consideradas nem atendidas pelos sistemas legal e de saúde e que, mesmo ponderando sua situação contra as sanções legais, decidem abortar.

Por outro lado, as estatísticas de mortalidade materna – que vêm diminuindo progressivamente nas últimas décadas – indicam que o aborto era, até o ano 2000, a principal causa de mortes maternas. Em 2004 houve 317.113 hospitalizações relacionadas à gravidez, parto e puerpério; destas, 42 mulheres morreram, das quais 4 por aborto<sup>3</sup> (**Tabela 1**).

<b>Tabela 1</b>					
<b>Mortalidade materna e por aborto (número, razão* e porcentagem), Chile, 1994-2004</b>					
<b>Mortes maternas</b>			<b>Mortes por aborto</b>		
<b>Ano</b>	<b>Nº</b>	<b>Razão</b>	<b>Nº</b>	<b>Razão</b>	<b>% do total de mortes maternas</b>
1994	73	26,7	19	6,9	<b>26,0%</b>
1995	86	32,3	20	7,5	<b>23,3%</b>
1996	63	23,8	14	5,3	<b>22,2%</b>
1997	61	23,5	12	4,6	<b>19,7%</b>
1998	55	21,4	14	5,4	<b>25,5%</b>
1999	60	23,9	5	2,0	<b>8,3%</b>
2000	49	19,7	13	5,2	<b>26,5%</b>
2001	45	17,0	4	2,0	<b>8,9%</b>
2002	43	17,0	7	3,0	<b>16,3%</b>
2003	33	13,0	5	2,0	<b>15,2%</b>
2004	38	17,0	4	2,0	<b>10,5%</b>

\*Razão por 100,000 nascidos vivos.

**Fonte:** INE (2006).

A redução da mortalidade materna foi atribuída, em boa parte, à redução do número de filhos por mulher, devido à implementação do Programa Nacional de Planejamento Familiar (iniciado em 1965) e à oferta e comercialização de métodos contraceptivos modernos (VIEL; CAMPOS, 1988).

<sup>3</sup> Entrevista à encarregada do Departamento de Informação e Estatística do Ministério da Saúde, feita por Berlagosky; Maturana e Salazar (2003).

Uma revisão das hospitalizações por aborto entre 1960 e 2001 mostra que a maior parte corresponde às mulheres entre 25 e 34 anos, seguidas daquelas de 20 a 24 anos; ao longo da década de 1990, as cifras nesse grupo se reduzem, sendo suplantadas pelas do grupo de 35 a 44 anos (**Tabela 2**).

<b>Tabela 2</b>									
<b>Evolução do número de hospitalizações por aborto segundo grupos de idade, 1960-2001</b>									
<b>Ano</b>	<b>Grupos de idade (Anos)</b>								<b>Total</b>
	<b>5 a 9</b>	<b>10 a 14</b>	<b>15 a 19</b>	<b>20 a 24</b>	<b>25 a 34</b>	<b>35 a 44</b>	<b>45 e +</b>	<b>Ignorados</b>	
1960	-	332	5.734	14.004	25.074	11.115	992	117	<b>57.368</b>
1981	-	124	4.621	12.431	19.802	6.487	327	-	<b>43.792</b>
1988	-	136	4.062	11.158	21.412	7.785	488	-	<b>45.041</b>
1991	4	143	-	13.125	20.905	8.764	356	-	<b>43.297</b>
1992	-	131	3.867	8.489	19.791	8.679	289	-	<b>41.246</b>
1993	1	128	3.767	8.146	18.747	8.760	314	-	<b>39.863</b>
1996	-	186	3.610	7.302	16.421	8.825	365	-	<b>36.709</b>
2001	-	170	3.716	5.954	14.654	9.580	405	-	<b>34.479</b>

(1) Inclui faixa de 15 a 24 anos

**Fonte:** Anuarios de egresos hospitalarios 1960-2001 (CHILE, 2004a).

Ainda vale notar, como mostra a **Tabela 3**, que a grande maioria das hospitalizações por aborto é de mulheres usuárias do sistema público de saúde (74,1% em 2001). Se somadas às que são computadas sob a rubrica "Outros" (mulheres que recebem atenção gratuita devido a sua condição de extrema pobreza), essa porcentagem alcança 78,8%, que corresponderia à população de mais baixa renda.

<b>Tabela 3</b>										
<b>Hospitalizações por aborto (número e porcentagem) segundo âmbito do serviço, 1996 e 2001</b>										
<b>Ano</b>	<b>Tipo de Serviço</b>								<b>Total</b>	
	<b>Público</b>		<b>Privado*</b>		<b>Particulares<sup>†</sup></b>		<b>Outros</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1996	24.522	66,8	8.817	24,0	2.334	6,4	1.036	2,8	36.709	100,0
2001	25.552	74,1	6.020	17,5	1.279	3,7	1.628	4,7	34.479	100,0

\* Pessoas com seguro-saúde privado; <sup>†</sup> pessoas sem qualquer seguro-saúde.

**Fonte:** Chile (2004b).

Esses dados podem indicar que o acesso a um aborto seguro, no Chile, é diretamente associado ao nível socioeconômico. Nesse sentido, estariam apontando para a presença de discriminação no que se refere ao acesso ao aborto seguro.

### **Legislação sobre o aborto: as mudanças no tempo**

No Chile, desde setembro de 1989, todas as interrupções da gestação ocorrem no âmbito da ilegalidade, incluindo as que se efetuam por razões de saúde, o que tornou o país um dos Estados com a legislação mais restritiva ao aborto no mundo. No entanto, desde 1931, a legislação chilena permitia o aborto terapêutico para salvar a saúde e/ou a vida da mulher – e, até 1989, não foram encontradas referências de objeções a essa norma.

### **Da década de 1930 a 1973**

A legislação vigente desde 1931 permitia o aborto terapêutico. O artigo 226 do Código Sanitário determinava que era necessária a opinião de três médicos, além da documentação necessária para autorizar a intervenção. Estabelecia ainda que, em uma emergência médica e não havendo três médicos, aquele encarregado do caso poderia assumir a responsabilidade da decisão e da intervenção, avaliada por duas testemunhas (CASAS, 2002).

Em 22 de maio de 1963, porém, uma sentença da Corte Suprema estabeleceu que o delito de aborto consistia na interrupção da gravidez efetuada “de forma maliciosa”, com o propósito de evitar o nascimento ou interromper o curso progressivo do estado de gravidez (GOMÉZ DE LA TORRE, 1993). Até hoje, no Código Penal chileno, o aborto é classificado como um delito “contra a ordem das famílias e a moralidade pública” (GOMÉZ DE LA TORRE, 1993). Essa tipificação, assim como a atenuante do aborto “para salvaguardar a honra” (BERLAGOSCKY; MATURANA; SALAZAR, 2003, p.3):

---

(...) refletem como o propósito dessa penalização foi assegurar o cumprimento das normas morais e as restrições socialmente impostas ao comportamento sexual das mulheres, mesmo quando o efeito seja a desproteção de seus direitos humanos, especialmente à vida, à integridade corporal e psíquica, à liberdade e à privacidade ou intimidade, bem como a não ser objeto de torturas ou outros maus-tratos, e a decidir sobre a maternidade.

---

Em 1967, durante o governo do democrata-cristão Eduardo Frei, foram feitas mudanças no Código Sanitário, cujo artigo 119 estabelecia: "Só com fins terapêuticos

será possível interromper a gravidez. Para proceder a essa intervenção é requerida a opinião documentada de dois médicos cirurgiões". Esse artigo, tal como o que o antecedeu, foi aplicado durante décadas nos casos em que a saúde ou a vida da mulher grávida corressem risco. Do ponto de vista jurídico, alguns especialistas consideravam que os participantes na intervenção – a mulher e o médico – atuavam para salvar um bem valioso – a vida da mãe – em detrimento do bem jurídico de um terceiro, o feto. Outros juristas entendiam que essa indicação apenas reforçava o dever do médico de velar pela saúde e a vida de sua paciente (CASAS, 1996, p.112).

No primeiro semestre de 1973, no governo de Salvador Allende, no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Barros Luco-Trudeau, esse artigo do Código de Saúde foi interpretado de uma forma ousada: a equipe médica da maternidade considerou que era terapêutico evitar riscos de morbidade e mortalidade das mulheres que solicitassem aborto, em geral desfavorecidas do ponto de vista socioeconômico. O principal critério para a intervenção foi o estado de necessidade das mulheres, assim como sua disposição de modificar seu comportamento contraceptivo, o que permitiu à equipe efetuar abortos seguros em 2.000 mulheres que o solicitaram – e que, sem essa oportunidade, possivelmente teriam se submetido a abortos inseguros. Essa experiência foi interrompida com o golpe de estado de setembro de 1973.

### **Durante a ditadura militar: de 1973 a 1989**

Desde o começo da ditadura militar, a direita mais conservadora tentou tornar o aborto totalmente ilegal. Mas só o conseguiu com um projeto de lei apresentado em 1988, nos estertores da ditadura, que foi sancionado por um poder legislativo constituído por altos oficiais das Forças Armadas. Esse projeto foi previamente examinado por várias comissões e, embora pretendesse várias mudanças, só obteve a derrogação do artigo 119 do Código de Saúde. A legislação ainda vigente reza: "Não se pode efetuar nenhuma ação cuja finalidade seja provocar um aborto". Com isso, plasmou-se na lei uma postura católica e conservadora que não tinha sido explicitada na Constituição de 1981 e que nunca contou sequer com o apoio irrestrito de todos os grupos de poder da ditadura.

### **Na democracia: tentativas de mudança legislativa**

Durante a democracia, a partir de 1990, foram apresentados vários projetos de lei sobre o aborto. O primeiro, em 1991, submetido por uma deputada e três deputados de esquerda, visava apenas a volta à legislação anterior. Mesmo reapresentado em 1993 e 1994, não foi considerado para discussão parlamentar.

Em 1994 foram apresentados três projetos de lei por integrantes da direita que propunham, segundo Blofield (2002,p.178):

---

O aumento da pena para as mulheres e seus cúmplices que cometiam aborto, igualando essa prática à de um homicídio; b) a introdução do conceito de "arrependimento eficaz", mediante o qual as mulheres que dessem informação sobre os responsáveis por clínicas clandestinas seriam favorecidas com redução da pena; e c) a substituição da definição da figura do aborto no Código Penal, de "crime contra a moralidade pública" por "homicídio".

---

Esses projetos foram recusados em diferentes instâncias do processo legislativo, mas só no último momento os parlamentares da Concertação (coalizão governamental) receberam informação e assessoria de especialistas que lutavam para que fossem rejeitados.

Em 2007, vários deputados socialistas apresentaram um projeto de lei visando a despenalização do aborto nas primeiras 12 semanas de gestação em certas circunstâncias. O projeto não pôde sequer entrar para discussão na Câmara, por ser considerado inconstitucional. É de se notar que os autores do projeto não consultaram grupos organizados do movimento de mulheres, nem ONGs dedicadas ao estudo do tema, nem reconhecidas/os especialistas no assunto. Mas lograram muita atenção por parte dos meios de comunicação, que habitualmente conferem essa mesma atenção aos parlamentares da direita, quando estes fazem declarações contra os direitos das mulheres.

Desde 2000 encontra-se pendente a aprovação de um projeto de lei sobre direitos sexuais e reprodutivos, elaborado por instâncias da sociedade civil e alguns/mas parlamentares, mas cujo debate ainda não ocorreu na Câmara de Deputados.

Atualmente, a legislação pune com prisão as mulheres que tenham praticado um aborto e quem seja considerado cúmplice. As penas que se aplicam às mulheres variam de três anos e um dia a cinco anos. Se conseguirem recorrer à antiga figura do aborto *honoris causa*, isto é, "para ocultar sua desonra", as sanções vão de 541 dias a três anos de prisão. Caso a pena não exceda três anos, e se a pessoa nunca tiver sido condenada antes por outro delito, além de outras eventuais atenuantes, será possível cumprir a pena sob o regime de liberdade vigiada, remissão condicional da pena ou reclusão noturna. Para quem tenha realizado a intervenção com fins abortivos ou tenha contribuído para a intervenção, as penas vão de 541 dias a três anos, agravando-se no caso de profissionais da saúde (CHILE, 2006 - Código Penal, arts. 342 a 345).

### **Obrigação legal de denunciar as mulheres que abortam**

Os profissionais da saúde são legalmente obrigados a denunciar as pessoas que chegam a postos de atendimento evidenciando uma situação que constitua um delito.

Apesar de a atenção profissional em saúde implicar confidencialidade para com usuárias/os – além do óbvio cuidado de sua saúde – as mulheres que provocaram aborto são denunciadas, pois todo aborto é um delito. Não há normas que permitam resguardar a privacidade do paciente e fazer o sigilo profissional primar sobre a obrigação de denúncia. Mesmo assim, nem sempre a denúncia é feita; na prática, essa decisão fica a critério da chefia do serviço – ou seja, ao juízo de uma pessoa, influenciada por suas próprias crenças e posições ideológicas.

Isso gera atraso no atendimento às mulheres pois, temendo a denúncia, elas demoram a recorrer aos centros de saúde, com as conseqüências previsíveis de agravamento das complicações, o que compromete seriamente sua saúde e o exercício de seus direitos. Como destacam Berlagosky; Maturana e Salazar (2003, p.4):

---

Essas violações dos direitos humanos das mulheres chilenas levaram o Comitê de Direitos Humanos [da ONU] a observar que “o dever jurídico imposto ao pessoal de saúde, de informar os casos de mulheres que tenham se submetido a aborto, pode inibir as mulheres que requerem tratamento médico, pondo assim em perigo suas vidas”, recomendando ao Estado do Chile revisar a legislação para “proteger o caráter confidencial da informação médica” (...). Da mesma forma, o Comitê Cedaw se pronunciou, recomendando ao governo chileno “revisar as leis que exigem que os profissionais do setor de saúde informem aos órgãos encarregados de cumprir a lei sobre as mulheres que se submetem a aborto, os quais impõem sanções penais a essas mulheres”.

---

Segundo as pesquisas de Lidia Casas (1996; 2002), o número de processos judiciais por aborto no Chile, nos anos 1990, chegava a 200 por ano<sup>4</sup>, incluindo as mulheres que tinham abortado, aqueles/as que tinham praticado as intervenções e os/as que foram considerados cúmplices. As rés desses processos são quase exclusivamente mulheres desfavorecidas econômica e socialmente, que sofreram graves complicações. Os casos em que os médicos fazem denúncia são principalmente os de gestação muito avançada (no terceiro trimestre), provavelmente para evitar responsabilidade no eventual falecimento da mulher (BERLAGOSCKY; MATURANA; SALAZAR 2003).

### **Contexto político**

Segundo o já mencionado estudo de Blofield (2002), no Chile a direita é o setor político que lidera a opinião acerca do aborto, promovendo uma agenda

---

4 Não necessariamente 200 mulheres eram presas.

fundamentalista. A esquerda, diferentemente do que ocorre em outros países, tem sido apenas reativa, tentando deter o avanço das posições reacionárias.

A Igreja Católica é um dos principais protagonistas nessa cruzada conservadora que ela própria denominou “valórica”; o termo é usado para indicar que implicitamente quem manifesta opinião diferente careceria de “valores”. Um fator de grande importância nessa posição da Igreja foi a remoção dos bispos reformistas que atuaram nos anos da ditadura e sua substituição por bispos conservadores. Entretanto, essa instituição continua “cobrando” pelo apoio que deu, entre 1973 e 1989, àqueles que foram perseguidos, alguns dos quais estão hoje no governo ou liderando importantes setores da sociedade civil. Como diz Blofield (2002, p.160) referindo-se a esse fenômeno, “é a *instituição* que se considera responsável pelas ações assumidas durante a ditadura militar e não os indivíduos atuando dentro da instituição”.

Hoje a Igreja Católica mostra seu poder político intervindo e pressionando o governo abertamente, pelos meios de comunicação, em todos os temas relativos à sexualidade e à reprodução. E conta com a Democracia Cristã – partido da coalizão governante – e com a direita como porta-voz no parlamento. Algumas de suas organizações, como a Opus Dei e os Legionários de Cristo, se fortaleceram nos setores mais abastados da sociedade chilena, difundindo suas posições ideológicas em colégios e universidades particulares e ganhando para sua causa líderes dos âmbitos político, social e econômico, além de ganhar espaço nos meios de comunicação.

Essas forças conservadoras repudiam, estigmatizam e censuram socialmente qualquer pessoa que evidencie uma postura favorável à despenalização do aborto, dominando assim o discurso público e a agenda política a respeito. A esquerda – salvo raras exceções – optou majoritariamente pelo silêncio, preferindo manter-se à margem das discussões sobre o aborto, preocupada em não ofender a influente Igreja Católica a fim de não provocar ataques públicos da direita.

Com essa postura, as autoridades políticas da coalizão governamental menosprezam a opinião pública, expressa em uma série de estudos que mostram que as e os chilenos são mais favoráveis a permitir o aborto do que supõe a política oficial.

Blofield (2002) revisa uma série de estudos de opinião realizados no Chile entre 1990 e 2000 sobre esse tema. Sua análise mostra que as causas de aborto mais aceitas são: risco de morte da mãe – acordo variando entre 59% e 78% –, gravidez resultante de estupro (de 48% a 55%) e, em terceiro lugar, “deformidade do feto” – entendida como inviabilidade do feto (entre 32% e 54% de apoio). Em todos os casos, as opiniões favoráveis foram aumentando ao longo do tempo, mesmo levando em conta que as diferentes pesquisas não fazem o mesmo tipo de perguntas.

Quanto à posição oficial, o Estado chileno assumiu compromissos em instâncias internacionais que não cumpriu. A penalização atual do aborto não segue os

compromissos assumidos na Quarta Conferência Mundial da Mulher (em Beijing, 1995) de “revisar as leis que prevêm medidas punitivas contra as mulheres que tenham feito abortos ilegais” (NACIONES UNIDAS, 1999, parágrafo 106-k).

Uma norma que proíbe o aborto em toda e qualquer circunstância só se aplica às mulheres que não dispõem dos meios para realizar um aborto em clínicas particulares ou para viajar a países onde seja legalmente permitido. Manter essa norma é portanto uma iniquidade social que deveria envergonhar um Estado.

Diversas instâncias da Organização das Nações Unidas fizeram recomendações nesse sentido ao governo do Chile, por mais de uma década, dentre as quais o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (em 2004), o Comitê de Direitos Humanos e o Comitê de Especialistas da Cedaw (em 1999), assim como os *Informes sombra* (Contra-informe), elaborados por organizações da sociedade civil (NAÇÕES UNIDAS, 2008) <sup>5</sup>.

Não foram seguidas as recomendações formuladas pelo Comitê de Direitos Humanos ao Estado chileno, de que:

---

A penalização de todo aborto, sem exceção, coloca graves problemas, sobretudo à luz de informes não-refutados segundo os quais muitas mulheres se submetem a abortos ilegais pondo em perigo suas vidas... O Estado [chileno] deve adotar as medidas necessárias para garantir o direito à vida de todas as pessoas, incluídas as mulheres grávidas que decidem interromper a gestação. Nesse sentido, o Comitê recomenda que se revise a lei para estabelecer exceções à proibição geral de todo aborto. (Naciones Unidas, 1999, parágrafo 15)

---

O Comitê Cedaw, por sua vez, declarou (NACIONES UNIDAS, 1999, parágrafos 228-229):

---

Essas leis afetam a saúde da mulher, dão lugar a que aumente a mortalidade derivada da maternidade e ocasionam novos sofrimentos quando mulheres são presas por violar essas disposições. (...) [Recomenda-se] levar a cabo uma revisão da legislação relacionada ao aborto para alterá-la, especialmente com o objetivo de proporcionar abortos em condições de segurança e permitir a interrupção da gravidez por razões terapêuticas ou relacionadas à saúde da mulher, inclusive a saúde mental.

---

<sup>5</sup> Ver também o informe anual sobre direitos humanos da Universidad Diego Portales (2007).

## **Efeitos negativos da legislação restritiva**

Como já mencionado, a legislação atual dificulta a estimativa do número de abortos que se realizam no Chile, assim como na determinação de quantos deles se devem a razões de saúde. Além disso, dificulta a coleta de relatos de experiências das mulheres com o aborto, por temor à denúncia e à sanção tanto penal quanto social. Ou seja, a situação de ilegalidade do aborto afeta o próprio conhecimento do fenômeno, dificultando as pesquisas e a possibilidade de contribuir seriamente para modificar a situação.

Os meios de comunicação fazem eco à legislação vigente, dando a falsa impressão de que a sociedade chilena, como corpo social único, recusa abertamente o aborto em qualquer circunstância. O tratamento do tema pelos meios de comunicação teve o efeito, entre outros, de atribuir uma certa "ilegitimidade social" à discussão sobre o aborto.

Politicamente, a questão do aborto aparece como um fator que dificulta o diálogo entre diferentes setores políticos, assim como entre feministas e não-feministas. Criou-se uma imagem de aparente controvérsia entre os que seriam "a favor da vida" e os que não o seriam. É importante salientar que na coalizão governamental – a Concertação de Partidos pela Democracia – a Democracia Cristã, partido composto por católicos, tem um peso decisivo. Por suas origens e credo religioso, não apoiaria seus aliados em projetos que modifiquem positivamente a legislação. Nessa situação, a maior parte dos parlamentares e partidos da Concertação estavam e estão mais propensos a transigir para não correr o risco de quebra da coalizão.

## **Efeitos psicológicos e psicossociais**

Por sua vez as mulheres que abortam no Chile vivem a experiência do aborto em uma situação de total indefensabilidade, já que a clandestinidade as impede de falar sobre seus temores, dúvidas, contradições e expectativas, antes, durante e depois do aborto. Apenas aquelas que dispõem de meios econômicos e culturais adequados buscam assessoria psicológica e médica. A maior parte das mulheres que abortam e que chegam por essa causa aos serviços públicos de saúde são de condição humilde. Não existe um programa de atenção especializada para elas nos serviços de urgência nem nas maternidades dos hospitais. Pelo contrário, um estudo sobre a penalização do aborto mostra que a maior parte das mulheres condenadas à prisão por aborto foram denunciadas pelos médicos chefes dos serviços de saúde que deviam cuidar delas (CASAS, 1996).

Essa situação de ilegalidade de uma intervenção que em outros países é possível, e que no Chile foi parcialmente permitida até 1989, dificulta, em termos psicológicos, a elaboração da experiência do aborto. Como mostram estudos realizados nos anos 1990 (SALAZAR, 1993; SALAZAR; SILVA, 1994; LEAL; ORTEGA,

1991), o fato de não poder falar com alguém receptivo sobre a experiência do aborto tem o efeito de encapsular os sentimentos e emoções não expressadas, o que é danoso para a saúde das mulheres que vivem essa situação.

Por outro lado, supõe-se – devido ao discurso punitivo predominante – que algumas mulheres que abortaram sofram de depressão, angústia e, sobretudo, que se sintam culpadas; esses sentimentos seriam reforçados pelos provedores de saúde que as atendem (SALAZAR; SILVA, 1994). No entanto, estudos mostram que a maior parte das mulheres que abortam voluntariamente sentem alívio e, ao mesmo tempo, vivenciam esses sentimentos. Tristeza, raiva e ansiedade, junto ao alívio por ter posto fim a uma situação que causava angústia, são parte de um processo que evolui e pode levar a uma reflexão sobre as causas da situação vivida e à modificação do comportamento para evitar sua repetição (SALAZAR, 1993).

Outro efeito da visão social predominante sobre o aborto, que repercute nas mulheres que deveriam ser atendidas e tratadas de forma integral após um aborto, é a atitude do provedor de saúde para com elas. A expressão máxima da falta de sensibilização desses profissionais é, como já mencionado, a proporção de denúncias das mulheres que se internam por aborto, o que trai sua missão e impede a confiança das usuárias. Isso contribui para aumentar os efeitos negativos psicológicos e físicos, pelos maus-tratos infligidos às mulheres que abortam.

Algumas tentativas foram feitas para sensibilizar o pessoal de saúde de alguns hospitais públicos, por meio de oficinas com uma clara perspectiva de gênero (SALAZAR; VERGARA, 1996). Mas efeitos positivos só foram percebidos durante as oficinas ou atividades semelhantes, o que mostra a necessidade de a sensibilização ser uma tarefa permanente, instalada e legitimada nos serviços, não apenas uma breve oportunidade de introduzir questionamentos que não chegam a promover mudanças nas atitudes dos profissionais.

### **Necessidade de pesquisas**

A revisão aqui feita dos estudos sobre aborto no Chile mostra que eram inicialmente de caráter epidemiológico, devido à percepção do aborto como um assunto de saúde pública, nos anos 1930-1970; mais tarde foram feitos interessantes estudos na perspectiva da Antropologia e da Psicologia, além de estudos dos aspectos legais. No entanto, apesar do interesse que o tema provoca nos ambientes mais progressistas, e talvez devido à percepção do aborto como um tema tabu na sociedade chilena, só muito recentemente passou a ser mais estudado.

Em 2007 estavam sendo desenvolvidos no Chile várias projetos de pesquisa e de pesquisa-ação sobre aborto, financiados pela Fundação Ford e coordenados pela

Corporación Humanas<sup>6</sup>. Seu objetivo comum é contribuir para a abertura, instalação e legitimação do debate sobre a legislação acerca do aborto, promovendo posições favoráveis nas diferentes instâncias cidadãs e profissionais, nos meios de comunicação e no parlamento. Espera-se conseguir a legalização do aborto pelo menos por razões de saúde. Esses projetos abordam o tema de diferentes ângulos e com metodologias diversas: pesquisa acadêmica, sensibilização de atores sociais, elaboração de estratégias comunicacionais e redes de debate e posicionamento do tema na sociedade.

São várias as lacunas requerendo pesquisa hoje. Deve-se aprofundar o conhecimento sobre as circunstâncias em que se realiza aborto atualmente no Chile: já não se utilizam na mesma medida os métodos cruentos que levavam as mulheres aos hospitais às portas da morte, tendo como conseqüência histerectomias e outras intervenções maiores. Utilizam-se o misoprostol e a aspiração seguida por antibióticos de amplo espectro, mas ainda não se sabe se esses métodos chegam aos setores mais desfavorecidos da população feminina. Nada se sabe sobre o aborto nas áreas rurais, já que quase sempre as pesquisas se referiram a centros urbanos. Não se sabe o que acontece com as jovens que abortam nos setores socioeconômicos médio e médio-baixo da sociedade, a quais métodos recorrem agora. É preciso ainda atualizar o estudo realizado em 1990-1991 sobre os custos do aborto inseguro para o sistema público de saúde (LAVÍN, 1994). Por último, falta uma reflexão ética da sociedade chilena sobre as desigualdades que a legislação atual mantém e promove; e falta refletir sobre as dificuldades para atuar sobre o fenômeno do aborto, considerado um tema tabu, difícil de estimar e de aprofundar.

---

<sup>6</sup> Corporación Humanas é um centro de estudos e ação política feminista em Santiago ([www.humanas.cl](http://www.humanas.cl)).

## Referências

AGI – THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto clandestino:** una realidad latinoamericana. New York, 1994.

BERLAGOSCKY, F.; MATURANA, C.; SALAZAR, G. **Estado de la situación del aborto y la atención postaborto:** diagnóstico cuantitativo y cualitativo; informe Chile, 2003. (Presentado ao Seminario Regional sobre Monitoreo de la Atención de las Complicaciones Postaborto en Hospitales Públicos en Áreas Urbanas, Buenos Aires, 21 abr. 2003).

BLOFIELD, M. H. Guerra santa: la izquierda y la derecha frente a los temas valóricos en Chile democrático. In: DÁVILA, M.; FUENTES, C. **Promesas de cambio:** izquierda y derecha en el Chile contemporáneo. Santiago: Universitaria, 2002.

CASAS, L. **Aborto:** um proceso de discussão abortado. Santiago: Facultad de Derecho, Universidad DFiego Portales, 2002. (Mimeo).

\_\_\_\_\_. **Mujeres procesadas por aborto.** Santiago: Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, 1996.

CEM– CENTRO DE ESTUDIOS DE LA MUJER *et al.* **Informe sombra CEDAW:** Chile 2003-2006. Santiago, 2006. Disponível em: [www.minjusticia.cl/pmg/documentos/informe%20sombra%200306.pdf](http://www.minjusticia.cl/pmg/documentos/informe%20sombra%200306.pdf).

CHILE. **Código penal chileno.** Santiago: Jurídica, 2006.

\_\_\_\_\_. **Mortalidad materna y por aborto, Chile, 1990-2005.** Santiago, 2005. Disponível em: [http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/mortalidad.asp?temp=MATER\\_ABORTO\\_9004.htm](http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/mortalidad.asp?temp=MATER_ABORTO_9004.htm).

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. **Anuarios de egresos hospitalarios 1960-2001.** Santiago, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Población, nacidos vivos totales y con atención profesional del parto y tasa de natalidad; 2004.** Santiago, 2004b. Disponível em: [http://deis.minsal.cl/deis/ev/natalidad/consulta\\_region04.asp](http://deis.minsal.cl/deis/ev/natalidad/consulta_region04.asp).

CHILE. Ministerio de Salud. **Resolución n.2326 de 2000.** Santiago, 2000.

CRLP – CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas). FORO ABIERTO DE SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS. **Encarceladas:** leyes contra el aborto en Chile; un análisis desde los derechos humanos. Santiago, 1998.

GÓMEZ DE LA TORRE, M. El aborto terapéutico: ¿cambio de valores? In: FORO ABIERTO DE SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS. MEMORIA DEL SIMPOSIO NACIONAL "LEYES PARA LA SALUD Y LA VIDA DE LAS MUJERES". HABLEMOS DE ABORTO TERAPÉUTICO, 1993, Santiago. **Anais...** 1993.

INE - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Mortes maternas y por aborto en el periodo 1994-2000. In: \_\_\_\_\_. **Anuarios de demografía**. Santiago, 2006.

LAVÍN, P. *et al.* **Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile**. Bogotá, 1994. (Presentado ao Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y El Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santa Fé de Bogotá, 1994).

LEAL, S.; ORTEGA, R. **Descripción de la realidad psicosocial y estilos atribucionales en mujeres que ingresan al Hospital Barros Luco por complicaciones del aborto**. 1991. Tese (Doutorado) - Escuela de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, 1991.

MONREAL T. Evolución histórica del aborto provocado en Chile y la influencia en la anticoncepción. In: FORO ABIERTO DE SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS. MEMORIA DEL SIMPOSIO NACIONAL "LEYES PARA LA SALUD Y LA VIDA DE LAS MUJERES". HABLEMOS DE ABORTO TERAPÉUTICO, 1993, Santiago. **Anais...** 1993.

NACIONES UNIDAS. Oficina del alto comisionado para los derechos humanos. **Chile: reporting status; Cedaw**. Ginebra, 2008. Disponible em: <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/5038ebdcb712174dc1256a2a002796da/80256404004ff315c125638c00604b87?OpenDocument>.

\_\_\_\_\_. CEDAW - Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. **Informe: 21 período de sesiones, 7 -25 jun. 1999**. Ginebra, 1999. (UN Doc. A/54/38/Rev.1).

RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE. Base de datos Atenea. **El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres**. Santiago, 2004.

REQUENA, M. El aborto inducido: problema de salud pública vulnerable. In: FORO ABIERTO DE SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS. MEMORIA DEL SIMPOSIO NACIONAL "LEYES PARA LA SALUD Y LA VIDA DE LAS MUJERES". HABLEMOS DE ABORTO TERAPÉUTICO, 1993, Santiago. **Anais...** 1993.

ROSSELOT, J. *et al.* Informe sobre política del servicio nacional de salud para regular la natalidad en Chile. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v.94, p.744-50, 1966.

\_\_\_\_\_; MARDONES F. Salud de la familia y paternidad responsable: la experiencia de Chile 1965-1988. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v.118, n.3, p.330-338, 1990.

SALAZAR, G. **Aspectos psicosociales del aborto:** cuerpos autónomos, vidas soberanas. Santiago: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2004. (Cuadernos Mujer Salud, 9).

\_\_\_\_\_; VERGARA, M. A. **Dos mujeres, proveedora y usuaria.** Santiago: Aprofa – Afines Profesionales, 1996. (Taller de Sensibilización y Capacitación en Calidad de la Atención en Salud).

\_\_\_\_\_; SILVA, A. M. **Estudio de la opinión pública sobre el aborto inducido y sus matices.** Santiago: Instituto de la Mujer, 1994.

\_\_\_\_\_. **Investigación-acción sobre el aborto inducido mediante el apoyo integral a la mujer post-abortante.** Santiago: Instituto de la Mujer, 1993.

SERNAM – SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER. **Jefas de hogar.** Santiago, 2006. Disponible em: <http://www.sernam.cl/basemujer>.

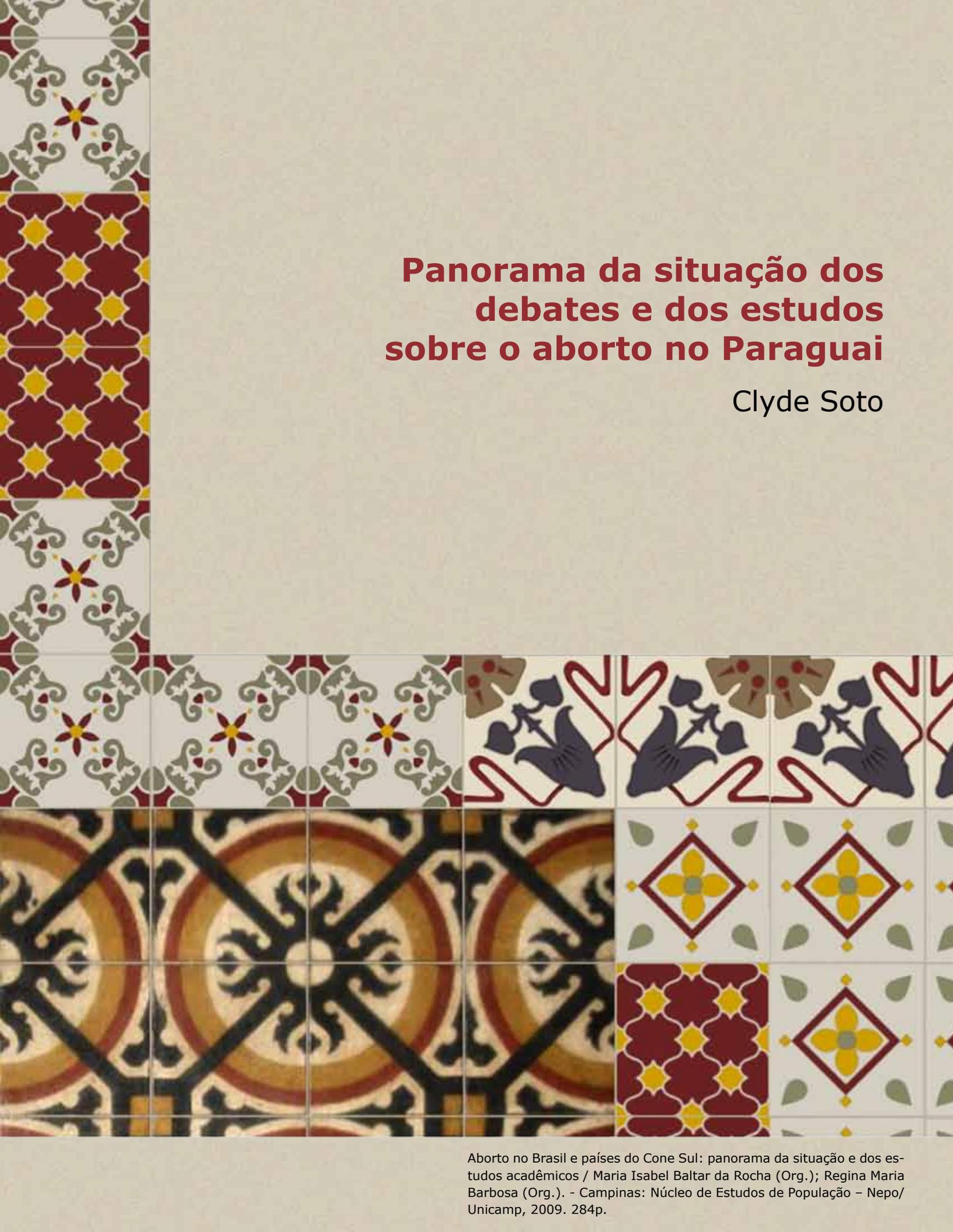
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES. Escuela de derecho. Centro de Derechos Humanos. **Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2007:** hechos 2006. Santiago, 2007.

VIEL, B.; PEREDA C. **El embarazo no deseado.** Santiago: Aprofa, 1991.

\_\_\_\_\_; CAMPOS, W. La planificación familiar en Chile y su efecto sobre los índices de salud. **Boletín Aprofa** (Asociación Chilena para la Protección de la Familia), Santiago, n.7-12, jul./dic.1988.

\_\_\_\_\_; LUCERO, S. Análisis del programa anticonceptivo y de control del aborto en Chile (1964-1969). **Revista Médica de Chile,** Santiago, v.99, p.486-94, 1971.

WEISNER, M. **Aborto inducido:** estudio antropológico en mujeres urbanas de bajo nivel socioeconómico. 1982. Monografía (Conclusão Curso de Antropología) - Facultad de Filosofía, Humanidades y Educación, Depto. de Ciencias Sociológicas y Antropológicas, Universidad de Chile, Santiago, 1982.



# Panorama da situação dos debates e dos estudos sobre o aborto no Paraguai

Clyde Soto

# *Panorama da situação dos debates e dos estudos sobre o aborto no Paraguai*

*Clyde Soto\**

O tratamento da questão do aborto é relativamente recente no Paraguai. Durante a época do regime ditatorial (1954-1989) não há antecedentes de que tenha sido socialmente debatido. As organizações de mulheres não abordavam esse assunto ou o faziam apenas em discussões internas, sem formular reivindicações de modificação legal ou referentes às políticas públicas. Os dados existentes eram escassos, limitados a seu impacto percentual na alta taxa de mortalidade materna e na proporção de casos provenientes de algumas pesquisas.

Entretanto, poucos anos após o início da transição política paraguaia, o tema ganhou visibilidade e começou a instalar-se na agenda pública. Esse debate ocorreu em diversos momentos, vinculando-se principalmente às reformas normativas – constitucional, penal e de outras leis – e, mais recentemente, por iniciativa do movimento feminista, que começou a formular reivindicações a esse respeito. Embora a situação legal ainda não tenha mudado, o Paraguai está passando atualmente por um novo processo de reforma penal, onde a questão do aborto constitui um dos assuntos mais conflituosos. Não obstante, a informação disponível e as pesquisas específicas sobre esse problema continuam sendo escassas e insuficientes.

Neste texto se apresenta uma breve revisão da situação do aborto, o debate atual no Paraguai e seus atores, assim como os principais desafios em torno da pesquisa e das políticas públicas referentes ao tema.

## **Incidência de aborto induzido: algumas estimativas**

No Paraguai não existe informação disponível permanente e confiável sobre a prática do aborto, sobre suas conseqüências para a saúde e a vida das mulheres, nem sobre outras questões relevantes para a compreensão da situação social do país no tocante a essa problemática. Não há informação precisa e atual sobre a quantidade de mulheres que recorrem a um aborto induzido, embora o próprio Ministério da Saúde tenha difundido, no início de 2005, a estimativa de que são provocados em média 27 abortos por dia, o que totaliza aproximadamente 10.000 ao ano (CODINA CLUA, 2005).

Um estudo publicado em 1986 analisou taxas e razões de aborto estimadas por diversas pesquisas realizadas entre 1962 e 1979. As cifras são bastante diferentes entre si e nem sempre comparáveis, devido às diferentes formas e fontes de estimativa. Não obstante, oscilam entre um aborto para cada três gestações e um

---

\* Pesquisadora do CDE – Centro de Documentación y Estudios, Assunção, Paraguai.

aborto para cada dez (CASTAGNINO; CARRÓN; MELIÁN, 1986). Nesse mesmo estudo fornece-se o dado de que 35% das mulheres atendidas (714 no total) durante o ano de 1984 por um programa de planejamento familiar declararam que tiveram um ou mais abortos.

Outro estudo mais recente, baseado em entrevistas e histórias clínicas de mulheres hospitalizadas por aborto em um centro hospitalar de Assunção ao longo de 6 meses, entre 2000 e 2001, concluiu que a cada 1,5 dia uma mulher era hospitalizada no estabelecimento devido a um aborto. Aproximadamente metade dos casos eram de interrupções voluntárias da gravidez, admitidas pelas próprias mulheres como tais ou evidentes, conforme os registros (MASI; SOTO, 2002).

Por outro lado, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde Reprodutiva 1995-1996 (ENDSR 95/96) estimou que 7,4% do total de gravidezes declaradas terminaram em aborto e, destes, somente 11,6% foram admitidos como induzidos (CEPEP, 1997, p.139). O aborto não é mencionado em outros relatórios dessa série de pesquisas, das quais já foram realizadas cinco entre 1990 e 2004.

Essa variabilidade nas estimativas do aborto induzido, independentemente das fontes, ilustra a alta freqüência com que é praticado. Esses números provavelmente ainda refletem mal a realidade do aborto no país, pois devido à legislação que penaliza a interrupção voluntária da gravidez, inúmeros casos permanecem ocultos por medo das conseqüências penais. Também há escassos dados sobre as conseqüências para a saúde das mulheres.

### **Mortalidade de mulheres e aborto nos registros ministeriais**

Os dados normalmente fornecidos pelo Ministério da Saúde e Bem-Estar Social (MSPBS) limitam-se à taxa de mortalidade materna e ao número e porcentagem dessas mortes devidas a abortos. Entretanto, o próprio Ministério assume que o sub-registro varia de 30% a 40%. Assim, os números fornecidos constituem somente o extremo visível de um problema oculto.

Considerando somente as mortes registradas, o impacto do aborto na mortalidade de gestantes está subestimado, devido ao fato de que as causas, principalmente hemorragias e septicemias, se devem freqüentemente a complicações do aborto e não são assim registradas nos prontuários hospitalares, dada a ilegalidade da prática. O pessoal de saúde poderia ser levado a esse sub-registro para evitar a possibilidade de reclamação por não ter denunciado as mulheres que são hospitalizadas por complicações do aborto, evitando a exposição a um eventual depoimento judicial ou perante a imprensa, ou, então, por se solidarizar com as mulheres afetadas, anulando a possível prova penal. Assim, os dados correspondem a somente uma parte da porção visível do problema. **A Tabela 1** expõe os dados oficiais referentes à mortalidade materna e à proporção desta que se deve ao aborto.

<b>Tabela 1</b>				
<b>Incidência do aborto na mortalidade materna no Paraguai, 1996-2007</b>				
<b>Ano</b>	<b>Total de mortes maternas</b>	<b>Taxa de abortos por 100.000 nascidos vivos</b>	<b>Mortes por aborto</b>	<b>% de abortos entre as mortes maternas</b>
1996	109	123,3	34	31%
1997	90	101,8	25	28%
1998	96	110,9	16	17%
1999	103	114,4	23	22%
2000	140	164,0	24	17%
2001	133	158,5	32	24%
2002	164	186,4	40	24%
2003	150	183,5	37	25%
2004	154	153,5	35	23%
2005	135	134,0	36	27%
2006	124	121,5	31	25%
2007*	112	112,0	33	29%
<b>Total</b>	<b>1.519</b>	<b>139,2</b>	<b>366</b>	<b>24%</b>

\* Dados provisórios.

**Fonte:** Paraguay, 2007.

Pode-se dizer que, no Paraguai, em 1996 morria uma mulher a cada três dias por causas relacionadas à gestação, parto e puerpério, e 31% dessas mortes eram devidas a um aborto. Em 2007, 29% das mortes maternas deveram-se a um aborto. A cada 11 dias morre uma mulher por aborto no país. Entretanto, também não se tem registro adequado da quantidade de mortes devidas a abortos induzidos e espontâneos. Em uma análise feita em 2003 no banco de dados do MSPBS, verificou-se que mais da metade dos abortos que causaram morte entre mulheres foram induzidos (57%); esse dado não foi registrado em 40% dos casos e somente em 3% a morte se devia explicitamente a um aborto espontâneo (SOTO, 2004).

O aborto normalmente é a primeira ou segunda causa de morte materna no país; entre 2005 e 2007, consistiu na principal causa. Entretanto, como já mencionado, o próprio Ministério reconhece que uma parte significativa dos casos registrados sob outras causas, em particular hemorragia e septicemia, também se deve a abortos. Assim, é possível concluir que, mesmo quando as estatísticas oficiais não o considerarem, o aborto é a principal causa da mortalidade materna no Paraguai.

Se o país quiser cumprir uma das metas do milênio, das Nações Unidas, referente à melhoria da saúde materna, deverá reduzir sua taxa de mortalidade materna de 150,1 por 100.000 nascidos vivos em 1990 para 37,5 por 100.000 nascidos

vivos em 2015. A variabilidade nas taxas de mortalidade materna é alta (devido ao problema do sub-registro) e com uma tendência ao aumento nos primeiros anos do século XXI, que se pode supor devida à maior vigilância sobre o assunto e melhoria no registro (UNFPA, 2007). Faltando somente oito anos para chegar ao final do período estabelecido, o indicador melhorou apenas 31,6 pontos (118,5 por 100.000 nascidos vivos em 2007, conforme os dados provisórios), ainda com uma grande distância da meta estabelecida, que exigiria uma redução de 112,6 pontos na taxa. Os dados oficiais sobre a influência do aborto na mortalidade materna indicam que é altamente improvável alcançar a meta se esse assunto não for tratado no país. Por outro lado, a mortalidade de mulheres devido a fatores ligados à maternidade é a quarta causa de morte de mulheres de 15 a 49 anos no país, e é a primeira entre mulheres de 25 a 29 anos (UNFPA, 2007). Não enfrentar o problema do aborto implica também não agir de maneira eficaz para evitar uma proporção relevante de todas as mortes.

Existem outros dados divulgados sobre mortalidade por aborto, embora os registrados pelo MSPBS sejam os únicos obtidos periodicamente, com fontes claras e de caráter nacional. Em 2004, o Estado paraguaio incluiu em seu relatório periódico ao Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW), das Nações Unidas, uma estimativa, embora sem fontes precisas, de que o aborto clandestino era a causa de aproximadamente 400 mortes ao ano (ONU, 2004, art.12). Essa cifra, como se pode ver, é muito maior do que a média de 30 mortes anuais registradas pelo Ministério da Saúde em um período de 10 anos.

### **A situação jurídico-legal**

A Constituição Nacional de 1992 garante o direito à vida das pessoas em geral desde a concepção (artigo 4). Essa formulação não abre a possibilidade de estabelecer descriminalização do aborto em determinadas circunstâncias, tendo sido objeto de importantes controvérsias durante sua discussão na Assembléia Nacional Constituinte. No entanto, a mesma Constituição assegura “o direito das pessoas de decidir livre e responsabilmente sobre o número e a frequência do nascimento de seus filhos, assim como de receber, dos órgãos (governamentais) pertinentes, educação, orientação científica e serviços adequados nesse âmbito” (artigo 61 da Constituição Nacional).

O Código Penal vigente (desde 1998) foi aprovado em 1997, como resultado de uma reforma que mudou completamente o antigo Código de 1910; desde o início da transição política, foi sofrendo modificações, até chegar à consolidação na forma atual. Entretanto, os artigos referentes ao aborto induzido não foram tocados nessa reforma, apesar de que alguns anteprojetos incluíam permissivos de descriminalização. O argumento apresentado nessa ocasião por legisladores/as foi que, mediante o perigo de a legislação se tornasse ainda mais punitiva, era melhor deixar o assunto como estava. Tanto é assim que a legislação vigente sobre o aborto no Paraguai já data de quase um século, sem nunca ter sido modificada.

Os aspectos centrais da lei penal vigente sobre o aborto são:

- Penaliza o aborto provocado em geral, incluindo a mulher e quem o executou.
- No caso das mulheres, a pena é de 15 a 30 meses.
- A pena é aumentada para quem realizar o aborto no caso de morte da mulher, de não consentimento, quando o responsável é o próprio marido da mulher e para pessoas com qualificação médica, obstétrica, química ou farmacêutica que tiverem indicado, fornecido ou empregado os meios para o aborto.
- A intenção de “salvar a honra” é atenuante das penas estabelecidas para a mulher, assim como para quem tiver agido para “salvar a honra da esposa, mãe, filha ou irmã”.
- A lei exime de responsabilidade quem tiver justificado “ter causado o aborto indiretamente, com o propósito de salvar a vida da mulher colocada em perigo pela gravidez ou pelo parto”.

Embora se pense que o aborto terapêutico seria legalmente permitido no Paraguai, em virtude dessa descriminalização do aborto “indiretamente causado”, é preciso destacar que a palavra “indiretamente” se presta a diversas interpretações<sup>1</sup>. Assim, um aborto induzido por razões terapêuticas poderia não ser interpretado como um procedimento que indiretamente causou o aborto e, portanto, nem como não-punível. Não existem antecedentes no Paraguai de abortos que tenham sido permitidos pelo sistema judiciário devido a razões terapêuticas ou sentenças que permitam criar jurisprudência sobre essa norma. Ou seja, nem profissionais de saúde, nem as mulheres, tentaram averiguar qual seria a interpretação desse artigo. É importante destacar que nos artigos penais referentes ao aborto persiste uma discriminação contra as mulheres baseada na dupla moral sexual, pois se faz referência à honra da mulher que supostamente seria questionada com uma gravidez em circunstâncias consideradas não compatíveis com a moral tradicional. A discriminação também reside em que só se penaliza a mulher e não o homem responsável pela gravidez (que inclusive, muitas vezes, é quem pressiona direta ou indiretamente a mulher a abortar). Essa situação, entre outras, faz com que o Paraguai ainda não tenha alcançado uma situação de plena igualdade legal entre mulheres e homens.

### **Procedimentos penais**

O Código Processual Penal paraguaio inclui artigos relacionados à obrigação de denunciar os fatos puníveis por ação penal pública. No artigo 286, inciso 2, indica-se

---

<sup>1</sup> Faúndes e Barzelatto (2005, p.116-118) explicam como a Igreja Católica distingue ação direta e indireta de causar aborto, informando as situações em que essa instituição admite a aplicabilidade do conceito de ação indireta e destacando a dificuldade de estabelecer critérios claros para essa diferenciação.

que “os médicos, farmacêuticos, enfermeiros e demais pessoas que exerçam atividade em qualquer ramo das ciências médicas, desde que tomem conhecimento do fato no exercício de sua profissão ou ofício e que isso não lhe tenha sido confiado sob sigilo profissional”, são obrigados a denunciá-lo.

Em razão dessa norma, com frequência fica-se sabendo, pela mídia, de denúncias feitas por profissionais de saúde, de mulheres que chegam aos serviços precisando atendimento devido a complicações do aborto. Há um debate sobre a interpretação dessa norma, particularmente sobre quem e sob quais circunstâncias está obrigado ao sigilo profissional. Não obstante, a falta de clareza permite que setores interessados em sustentar e tornar efetivo o castigo penal utilizem esse artigo para avalizar a cruel prática de denunciar as mulheres com complicações pós-aborto.

Embora no MSPBS se afirme que existem instruções claras no tocante à obrigação dos estabelecimentos de saúde de prestar atendimento às mulheres que chegam com complicações de aborto e de não denunciá-las à promotoria ou à polícia, a realidade é diferente. Não há informações sobre quantas mulheres foram denunciadas nos próprios serviços de saúde aos quais recorreram para salvar suas vidas.

### **Debates e propostas**

A questão do aborto começou a ser discutida no Paraguai logo após o início da transição política de 1989, e quase sempre ligada a alguma reforma jurídica. Os principais momentos de debate e de propostas foram:

**1991-1992** - Durante a Assembléia Nacional Constituinte o debate teve como foco a redação do artigo sobre o direito à vida. Os setores opostos à eventual descriminalização pediam a proteção da vida desde a concepção e se opunham à inclusão da expressão “em geral” na formulação desse artigo. Finalmente, a controversa expressão foi incluída na Constituição Nacional de 1992.

**1993-1998** - Foram geradas várias propostas de modificação do Código Penal (que vigia desde 1910), para a inclusão de exceções à criminalização em alguns dos anteprojetos. A forte campanha empreendida pelos setores conservadores acabou na lamentável atitude dos legisladores de decidir deixar tal e qual os artigos do velho Código Penal, como já mencionado.

**1999** - A CMP–Coordenação de Mulheres do Paraguai fomenta a discussão sobre uma lei de saúde sexual e reprodutiva, visando regulamentar o artigo 60 da Constituição Nacional, referente ao planejamento familiar e à saúde materno-infantil. Na primeira minuta do anteprojeto considerava-se que o “direito à vida” implica que a vida de nenhuma mulher deva ser colocada em perigo por razões de gravidez, parto e puerpério; a garantia de atendimento à saúde em casos de gravidez, parto e aborto; a não-exigibilidade de continuação da gravidez em determinadas condições, como perigo da própria vida, ser menor de 15 anos e ter ficado grávida em decorrência de

estupro, entre outras situações referentes à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. A iniciativa foi truncada após os debates inflamados entre setores feministas e pró-vida.

**2001** - É aprovado o Código da Infância e da Adolescência. Após oito anos de trabalho de organizações da sociedade civil e comissões legislativas, o Código foi objeto de um veto parcial do poder executivo que, respondendo à preocupação de setores pró-vida, opôs-se ao artigo onde se definia como criança toda pessoa humana desde seu nascimento. Tanto senadores como deputados aceitaram esse veto e, para evitar a dificuldade de um Código sem definição de sujeito, aprovaram lei complementar, que estabelece que é criança qualquer pessoa desde a concepção até os 13 anos, adolescente dos 14 aos 17 e adulto ou adulta de 18 em diante.

**2005** - Começa um novo processo de reforma do sistema penal e penitenciário. Duas redes de organizações feministas, a CMP e o Cladem do Paraguai – Comitê da América Latina e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher – elaboram uma proposta para a Comissão Nacional de Reforma do Sistema Penal e Penitenciário. No documento (que contempla diversos assuntos) foi incluída uma proposta de descriminalização do aborto até a 12<sup>o</sup> semana de gestação e duas exceções posteriores a esse prazo: perigo para a saúde ou a vida da mulher e malformações incompatíveis com a vida extra-uterina. Os debates sobre aborto ressurgem também no âmbito da discussão acerca do projeto de lei sobre o atendimento a vítimas de atos puníveis contra a autonomia sexual. As manobras dos setores pró-vida têm sucesso em ambas as câmaras parlamentares. Entre seus argumentos incluía-se a oposição ao fornecimento da anticoncepção de emergência às vítimas de estupro, por considerá-la um método abortivo.

**2007** - Outro projeto de lei, dessa vez referente à saúde sexual, reprodutiva e materno-perinatal, encontra a oposição dos setores pró-vida, que argumentam que a lei abrirá as portas para a descriminalização do aborto. Organizações feministas propõem que esse projeto contemple o seguinte artigo:

---

Os centros assistenciais de saúde, tanto do sistema público quanto do privado, deverão prestar atendimento oportuno, eficaz, confidencial e sem discriminações às mulheres que os procurarem devido a complicações do aborto. Fica expressamente proibido às pessoas que trabalham em estabelecimentos de saúde denunciar às autoridades judiciais ou policiais as mulheres que os procurarem em busca de ajuda por complicações de um aborto. Da mesma forma, fica proibida a difusão, através da mídia ou por qualquer outro meio, de dados que revelem a identidade das mulheres vítimas de complicações de um aborto

---

Esse projeto foi rejeitado na Câmara de Senadores, onde foi inicialmente apresentado, após um importante e inflamado debate público, onde o foco da atenção foi

o aborto, apesar de que em todo o texto do projeto não se faz referência ao assunto além de mencionar a relevância do acesso a uma melhor educação e atendimento sexual e reprodutivo para impedir os abortos e reduzir a morte de mulheres por essa causa. Ainda em 2007, discute-se no Congresso Nacional o projeto de reforma do Código Penal, elaborado pela Comissão Nacional de Reforma do Sistema Penal e Penitenciário. Esse projeto não inclui a proposta de descriminalização feita pelas organizações feministas. Na Câmara dos Deputados foi dada sanção parcial ao projeto, novamente deixando intocados os artigos sobre aborto vigentes desde 1910. Entretanto, na Câmara de Senadores são aprovadas modificações em artigos referentes ao aborto:

- O aborto continua sendo crime, porém a pena para as mulheres é reduzida; a pena carcerária para as mulheres é de até dois anos, o que permitiria a suspensão condicional da condenação.
- É introduzida uma razão socioeconômica como recomendação de consideração para atenuante do castigo para uma mulher que aborta. Diz-se que seja considerado especialmente “se o fato tiver sido motivado pela falta do apoio garantido à criança na Constituição”.
- Para a pessoa que efetuar o aborto, se não se tratar da própria mulher e se não houver agravantes, os marcos penais são modificados, alterando-se a pena máxima estabelecida.
- São eliminadas as referências discriminatórias à honra da mulher.
- Não se modifica substancialmente o que se refere à morte indireta do feto para evitar perigo para a vida da mulher.

Embora a modificação proposta pelos senadores suavize aparentemente o castigo para as mulheres que optam pelo aborto induzido, no caso de tal reforma ser aprovada no Congresso paraguaio, a realidade continuaria igual: a penalização continuaria a impedir o acesso a um aborto em condições seguras e as práticas abortivas clandestinas continuariam sendo a causa de uma alta proporção de mortalidade materna.

O Código Penal ainda continua seu processo de modificação no Congresso paraguaio. Em novembro de 2007 a Câmara de Deputados rejeitou a proposta do Senado no que se refere ao aborto. Espera-se para breve a finalização desse processo que, como se pode ver, não parece levar a uma mudança significativa nas condições legais do aborto no Paraguai.

### **Atores, discursos, posturas**

O debate sobre aborto no Paraguai, assim como acontece em diversos outros países, está polarizado principalmente em dois focos: o movimento feminista e os setores religiosos conservadores, em particular os denominados pró-vida. Entretanto, outros setores têm pesos políticos próprios no momento das definições.

## **O movimento feminista e de mulheres**

A ação coletiva das organizações feministas e de mulheres em torno do tema do aborto é recente. Iniciou-se e interrompeu-se em numerosas ocasiões. Quando, por fim, em 1999, tentou apoiar a publicação de uma Lei de Saúde Sexual e Reprodutiva, a batalha com os setores pró-vida impediu o prosseguimento do debate e a obtenção de consensos em torno do tema no interior dos grupos de mulheres e feministas.

Embora nos momentos centrais do debate líderes feministas tenham sido protagonistas, data de 2002 a adesão da Coordenação de Mulheres do Paraguai, articulação formada hoje por nove organizações – à Campanha 28 de Setembro pela Descriminalização do Aborto na América Latina e no Caribe. A partir desse ano, é realizada uma campanha anual para influir sobre a opinião pública quanto à necessidade de descriminalizar o aborto. Atualmente, quatro redes e outras tantas organizações de mulheres impulsionam essa campanha.

Isso representa um passo para um compromisso mais coletivo e institucional, assim como a transferência do peso do debate de pessoas para grupos, o que implica mais força no discurso. As posturas foram se tornando mais firmes e o posicionamento público mais claro.

A princípio, o discurso enfocava aspectos referentes à proteção da vida das mulheres, a evitar a mortalidade materna e à qualidade de atendimento nos serviços de saúde, aspectos sobre os quais o consenso inicial era claro. Atualmente, o debate entre as organizações avançou até alcançar uma formulação consensual de descriminalização, incluída entre as propostas para a modificação do Código Penal. Os principais argumentos desenvolvidos giram em torno de:

- inutilidade da criminalização para evitar a prática, pois há mais mulheres mortas do que presas por aborto;
- as conseqüências para a vida e a saúde das mulheres;
- o aborto como problema de saúde pública, devido à sua influência na mortalidade materna;
- a discriminação por razões de sexo e de classe que a criminalização implica;
- o direito das mulheres de decidir sobre sua reprodução;
- a necessidade de um Estado laico, que não legisle baseado em crenças religiosas.

Entretanto, é necessário esclarecer que uma parte significativa do movimento amplo de mulheres não se compromete de maneira explícita com a causa da descriminalização do aborto.

## **Os setores religiosos**

O Paraguai é um país de esmagadora maioria católica: 90% da população declaram ser dessa religião. No debate sobre o aborto, a hierarquia católica teve um peso importante. Nos momentos mais álgidos de discussão pública sobre o assunto, posiciona o discurso pró-vida com força através de homílias e de um importante acesso aos meios de comunicação de massa. O mais relevante, porém, é que o discurso pró-vida provém de uma convergência de igrejas do país, entre as quais se destacam, além da católica, as evangélicas e menonitas. O peso desses setores é tão grande que conseguiu convencer parte da população e não poucos legisladores e políticos sobre uma suposta relação entre o aborto e propostas legais como as de atendimento a vítimas de violência e a de saúde sexual, reprodutiva e materno-perinatal.

A estratégia discursiva desses setores é “pôr tudo no mesmo saco”, estabelecendo uma muralha sólida de rejeição a tudo o que tiver relação com algumas “palavras malditas”: gênero, discriminação, direitos sexuais, direitos reprodutivos, saúde sexual e reprodutiva, educação sexual, planejamento familiar, contraceptivos, aborto e direitos das pessoas homossexuais.

Uma questão relevante é que esses grupos consideram, como supostos métodos “abortivos”, os dispositivos intra-uterinos e a anticoncepção de emergência. Entre católicos mais conservadores, a rejeição aos métodos contraceptivos modernos é total, enquanto que entre outros setores cristãos há mais flexibilidade a esse respeito.

Embora existam posturas mais abertas nos próprios setores religiosos, inclusive no que se refere ao aborto, estas não ocuparam até o momento espaços visíveis e não tiveram um peso específico no panorama nacional de debates. Muito recentemente, foi criado no país um núcleo da rede Católicas pelo Direito de Decidir, que amplia as possibilidades de atuação. Esse grupo faz parte do movimento feminista e participa ativamente na campanha pela descriminalização do aborto.

## **O Estado**

É diversa a situação no âmbito das instâncias estatais. No poder executivo, embora a postura oficial seja desfavorável à descriminalização do aborto, em algumas instâncias esse discurso é flexibilizado. A Secretaria da Mulher da Presidência da República não aborda o tema de maneira direta, embora reconheça a alta incidência do aborto na mortalidade materna e tenha feito campanhas dirigidas à redução dessa mortalidade, por meio de adequado atendimento à gravidez e ao parto. Pode-se dizer o mesmo do Ministério da Saúde, embora nessa instituição haja profissionais sensíveis ao assunto e aliados na defesa de questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos.

O Estado paraguaio conta com um Plano Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva 2003-2008; entretanto, o tratamento do que se refere ao aborto limita-se a admiti-lo como a principal causa da mortalidade materna, sem tocar na perspectiva da descriminalização.

Em julho de 2007 o poder executivo expediu um decreto que torna gratuitos todos os serviços para as grávidas, incluindo o atendimento pré-natal, cesáreas, exames laboratoriais, exames de HIV/Aids, serviços de ecografia, medicamentos e curetagem em caso de aborto. É relevante o fato de que nesse decreto haja referência explícita ao aborto, sem especificar se é o caso de espontâneo ou provocado; assim, as mulheres poderão ter acesso gratuito ao atendimento nesses casos. Não obstante, cabe destacar que a criminalização do aborto e o medo de ser denunciadas impedem as mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez de ir aos serviços de saúde para receber um atendimento adequado, inclusive quando tiveram complicações. Esse decreto foi resultado de ações empreendidas por setores organizados de mulheres rurais e populares.

Embora as câmaras do Congresso Nacional até agora somente tenham agido no sentido de manter a criminalização do aborto, algumas/alguns parlamentares apóiam medidas favoráveis à saúde sexual e reprodutiva, em particular as referentes às provisões orçamentárias e à disponibilidade de contraceptivos. Excepcionalmente, houve manifestações favoráveis à descriminalização do aborto entre as e os parlamentares. Os setores políticos que periodicamente devem enfrentar a discussão desse assunto, principalmente no plano legislativo, têm diferentes posturas, dominadas até o momento pelo conservadorismo.

No tocante ao poder judiciário, houve sentenças de juízes que mostraram alguma sensibilidade a esse problema, estabelecendo penas mínimas e não-carcerárias a mulheres que interromperam sua gestação. Há alguns promotores que, entretanto, levaram avante perseguições a mulheres denunciadas por aborto e ações contra clínicas ou profissionais que realizam abortos clandestinos.

### **Orgãos internacionais**

Os órgãos de direitos humanos fizeram recomendações ao Paraguai no tocante ao aborto e à criminalização do mesmo. Em 2005, dois importantes órgãos de vigilância examinaram os relatórios periódicos sobre o cumprimento pelo país de seus compromissos internacionais no tocante aos direitos humanos e fizeram observações a esse respeito. Por um lado, o Comitê da CEDAW – Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher –, que periodicamente recebe relatórios sobre o cumprimento pelos Estados dos mandatos da CEDAW (ONU, 2005a), expressou o seguinte:

---

O Comitê reitera a recomendação feita em sua anterior Observação final e insta o Estado-parte a agir imediatamente e implementar medidas efetivas para enfrentar a alta taxa de mortalidade materna, para evitar que as mulheres tenham de recorrer a abortos inseguros e para protegê-las dos efeitos negativos sobre sua saúde, na linha da Recomendação Geral n.24 do Comitê, relativa ao acesso aos serviços de saúde, e da Declaração e Plataforma de Ação de Beijing.

O Comitê insta o governo a fortalecer a implementação de programas e políticas voltadas a fornecer acesso efetivo às mulheres à informação e aos serviços de saúde, em particular no tocante à saúde reprodutiva e distribuição de métodos contraceptivos, com o propósito de prevenção de abortos clandestinos. Além disso, recomenda realizar uma consulta nacional com grupos da sociedade civil, incluindo os grupos de mulheres, para tratar da questão do aborto, o que é ilegal sob a legislação vigente e é uma causa da alta taxa de mortalidade das mulheres (tradução não-oficial)

---

Por outro lado, o Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas, que examina o cumprimento dos países do Pacto de Direitos Civis e Políticos, expressou o seguinte (ONU, 2005b, p.10):

---

O Comitê leva em conta as medidas adotadas pelo Estado-parte no tocante ao planejamento familiar. Entretanto, continua preocupado com os altos índices de mortalidade infantil e materna, especialmente em zonas rurais. O Comitê reitera sua preocupação com a legislação indevidamente restritiva do aborto que induz as mulheres a recorrerem a formas inseguras e ilegais de aborto, com riscos latentes para suas vidas e saúde (artigos 6 e 24 do Pacto). O Estado-parte deve adotar medidas efetivas para reduzir a mortalidade infantil e materna mediante, entre outras, a revisão de sua legislação relativa ao aborto, para que esteja de acordo com o Pacto, e o acesso da população aos meios contraceptivos, especialmente em zonas rurais.

---

Dessas observações infere-se que o Paraguai deve revisar sua legislação punitiva do aborto, para adequá-la aos compromissos internacionais em direitos humanos. Entretanto, não obstante o conteúdo incisivo das observações, o impacto que elas geram nas decisões políticas é limitado.

No tocante ao sistema das Nações Unidas e suas agências especializadas, cabe mencionar o dedicado trabalho do UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas no fomento e apoio a programas relativos aos direitos e à saúde sexual e reprodutiva. Embora sobre a questão do aborto haja apenas um tratamento tangencial por parte dessas instâncias, o trabalho de sensibilização e de fornecimento de dados sobre tais assuntos é relevante.

## **Meios de comunicação**

A abordagem da questão na mídia oscila entre duas tônicas: por um lado, o tratamento sensacionalista em casos de morte de mulheres ou quando as afetadas são denunciadas perante a justiça; por outro lado, também há espaço de debate entre setores contrários e favoráveis à descriminalização.

Com exceção de um conjunto de rádios de grande difusão, que têm abertura para a questão da descriminalização do aborto e contribuí para as atividades da Campanha 28 de Setembro pela Descriminalização do Aborto, não há meios de grande impacto que apoiem abertamente as feministas nessa reivindicação. Os três principais meios de comunicação impressos do país têm posturas oficiais contrárias à descriminalização.

Entretanto, conta-se com o apoio e a abertura de espaço por parte de jornalistas, algumas/alguns de renome, o que permite o acesso a espaços televisivos de grande audiência, assim como a ter presença na mídia. Por outro lado, o canal de televisão denominado “Canal da Família” é propício às posturas dos setores fundamentalistas, contrário aos direitos sexuais e reprodutivos em geral e, em particular, à descriminalização do aborto.

## **Outros atores**

Outros setores, como os acadêmicos e profissionais, tiveram certa participação nos debates sobre o aborto. Cabe destacar uma associação de advogadas que faz parte do movimento feminista e da campanha pela descriminalização do aborto.

Embora o Círculo Paraguaio de Médicos não apóie oficialmente a descriminalização, sua atual presidente é uma mulher comprometida com a questão, daí sua importante presença nos debates a respeito. Da mesma forma, algumas/alguns médicas/os renomados se manifestaram a favor da descriminalização.

Apesar desses apoios, os grupos de oposição à descriminalização têm influência em alguns importantes espaços do exercício profissional. Esses setores conseguiram, por exemplo, que o Comitê de Bioética do Hospital das Clínicas, vinculado à Faculdade de Ciências Médicas da UNA, Universidade Nacional de Assunção (uma instituição que opera com orçamento público e que deve se adequar às políticas nacionais sobre esse assunto) fizesse em 9 de junho de 2005 uma declaração de repúdio ao uso da anticoncepção de emergência, por considerá-la contrária ao direito à vida.

Entre as organizações de direitos humanos da sociedade civil houve uma progressiva aproximação do assunto. A CODEHUPY – Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay, rede integrada por organizações de diversas características – , embora não tenha assumido a proposta de descriminalização feita pelos grupos feministas, sugeriu ao Estado paraguaio que leve em conta as

recomendações do CEDAW sobre a necessidade de diminuir a mortalidade materna e fazer uma ampla consulta a organizações de mulheres sobre as leis que criminalizam o aborto. Com essa rede também foram formadas alianças frutíferas em torno do protesto por atos violadores dos direitos humanos nos serviços de saúde e de justiça, contra mulheres que haviam praticado aborto.

### **Estudos sobre o tema**

Os estudos específicos sobre esse assunto são escassos no Paraguai. Os primeiros que se conhecem remontam à década de 1960.

Castagnino; Carrón e Melián (1986), em revisão realizada em 1986, localizaram três estudos feitos com base na análise de registros hospitalares e de mulheres hospitalizadas ou atendidas em serviços de saúde: uma pesquisa feita entre 1961 e 1965, de histórias clínicas de mulheres que haviam praticado aborto, do próprio Castagnino (1968); um estudo feito pela Cátedra de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da UNA em 1973-1975, do qual só se localizou uma matéria jornalística que o divulgou\*\*; e um estudo sobre os antecedentes de aborto de mulheres que solicitaram assistência na clínica de planejamento familiar do Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP) durante 1984 (CEPEP, 1985).

Além desses, Bogarín González (1988) refere um estudo realizado sobre os registros de uma maternidade entre 1970 e 1975, que encontrou uma razão de 14 a 15 abortos para cada 100 partos (RUOTI, 1980). O Ministério da Saúde também refere um estudo dos casos de aborto espontâneo e induzido (431 no total) atendidos durante 1999 no Hospital Materno-Infantil Reina Sofía, da Cruz Vermelha Paraguaia (GINÉS, 2002 *apud* PARAGUAY, 2004, p.108-11). Finalmente, Masi e Soto (2002) realizaram o estudo já mencionado, baseado em entrevistas e histórias clínicas de mulheres hospitalizadas por aborto no Hospital de Clínicas de Assunção num período de 6 meses entre 2000 e 2001.

Os estudos realizados nos serviços de saúde somente focalizam a ocorrência do aborto. Não se localizaram pesquisas sobre a qualidade do tratamento recebido pelas mulheres que abortaram nas instituições que prestam atendimento à saúde. E há poucos dados de pesquisas realizadas junto à população: uma pesquisa para avaliar programas de planejamento familiar em cinco cidades do país, realizada pelo Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) em 1971 (GASLONDE; CARRASCO, 1971; e a já mencionada *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde Reprodutiva 1995-1996* do CEPEP (1997), feita com 6.465 mulheres de 15 a 49 anos, que fornece informação sobre gravidezes que terminaram em aborto, proporção de espontâneos e de induzidos, assim como a proporção de mulheres que receberam atendimento logo após o fato.

---

\*\* Aborto, camino casi obligado para muchas adolescentes embarazadas. **Diario Hoy**, 4 dic. 1978.

Outros estudos têm uma abordagem de caráter mais qualitativo, ou combinam métodos qualitativos com quantitativos. Um deles, realizado mediante uma enquete e grupos focais com atores e informantes-chave, refere-se aos conhecimentos, atitudes e percepções sobre questões de população, desenvolvimento e saúde reprodutiva. Nessa pesquisa se proporciona informação sobre como as pessoas entrevistadas percebem a quantidade de abortos existentes no país (PALAU; PALAU, 1999).

Também no plano do questionamento sobre percepções e opiniões, em um estudo foram obtidos dados, por meio de enquete e entrevistas, sobre questões ligadas à sexualidade e reprodução. Essa pesquisa permite saber, por exemplo, que na cidade de Assunção 38,3% da população estaria a favor da descriminalização do aborto (RUBIN, 1997). O dado se aproxima de outro fornecido por estudantes de Psicologia em uma enquete feita com 100 mulheres de 15 a 30 anos, de que 31% aprovavam a realização de um aborto em determinadas circunstâncias (PIRIS *et al.*, 1990).

Além disso, abordou-se a questão do aborto em outras perspectivas. No plano jurídico, uma tese de doutorado de 1988 realiza uma exaustiva análise dos antecedentes, dados existentes, estado da legislação sobre o aborto em nível internacional, mais uma análise da legislação paraguaia e de suas possibilidades de mudança no sentido da descriminalização do aborto (BOGARÍN GONZÁLEZ, 1988). No entanto, não há pesquisas sobre o tratamento da questão do aborto por parte do sistema judiciário: casos que chegam ao sistema, análises das sentenças, argumentos apresentados pelo sistema penal, entre muitas outras possíveis abordagens.

É provável que existam outros estudos, porém seu acesso é limitado devido à falta de publicações de trabalhos apresentados em congressos, de teses etc., assim como à carência de bibliografias completas e estados da arte a esse respeito.

Os principais problemas associados à produção de conhecimento sobre a realidade do aborto no Paraguai são:

- estimativas pouco comparáveis entre os diversos estudos. As informações oferecidas não permitem estabelecer um conjunto de dados confiáveis sobre essa prática;
- produção de dados descontínua. A informação não é produzida em séries que permitam realizar análises longitudinais e concluir sobre a evolução da situação, suas tendências, mudanças e razões;
- abordagem tangencial da questão do aborto, em muitos casos das pesquisas existentes;
- tópicos não abordados, ou insuficientemente questionados: opiniões da população sobre a legislação restritiva do aborto; o tratamento recebido pelas mulheres que procuram os serviços de saúde; a resposta do sistema

jurídico a esse problema; a presença do assunto na mídia, entre muitos outros;

- ausência de grupos e espaços de pesquisa dedicados especificamente ao tema e, portanto, falta de desenvolvimento e aprofundamento de linhas de pesquisa sobre o aborto.

### **Desafios e prioridades**

No tocante à pesquisa, um dos principais desafios é a produção contínua de dados comparáveis, organizados em séries de indicadores adequados para demonstrar a realidade do aborto em termos de saúde pública. O Ministério da Saúde paraguaio, até o presente, somente produz e difunde informação sobre o aborto em sua relação com a mortalidade materna. Além disso, esses dados não são completos e reconhecem o sub-registro da mortalidade materna em geral e, portanto, também da que é causada por abortos. Entretanto, é necessário ampliar a obtenção de estimativas confiáveis sobre a quantidade de mulheres que recorrem a abortos, proporção de abortos sobre gravidezes, complicações do aborto que chegam ao sistema de saúde, entre outros. Nesse sentido, um dos problemas que deve ser resolvido é o dos registros incompletos ou inadequados dos casos, questão vinculada às conseqüências penais do aborto.

Seria muito útil estabelecer linhas de investigação sobre o tema, particularmente nas faculdades de Medicina, Enfermagem, Obstetrícia, Psicologia e Sociologia. Entretanto, esta sugestão choca-se com a realidade do escasso investimento em produção de conhecimento nas universidades paraguaias.

É necessário realizar estudos sobre o atendimento prestado em estabelecimentos de saúde às mulheres que fazem abortos. A existência de casos denunciados e de maus tratos a mulheres em alguns serviços indica que é necessário saber de que maneira as políticas institucionais de atendimento, assim como os valores e crenças dos profissionais, poderiam influenciar uma oportuna e efetiva intervenção do sistema de saúde no atendimento a mulheres que passaram por situações de aborto.

Seria importante produzir conhecimento sobre as respostas do sistema judiciário e penitenciário ao aborto induzido. O argumento em torno da descriminalização do aborto requer esse tipo de conhecimento, que pode ser útil para contrapor-se às bases ou dogmas ideológicos – sobretudo os de natureza religiosa, sem legitimidade ou rigor científico – que sustentam a legislação.

Também é preciso produzir conhecimento sobre opiniões da população no tocante à criminalização do aborto. São necessários estudos de abrangência nacional, que permitam saber as posições referentes às diferentes possibilidades de abordagem

legal. A ampliação e atualização desse tipo de informação é de grande importância política.

No que se refere às políticas públicas, o desafio mais importante consiste na mudança da legislação sobre o aborto no Paraguai. Como se pôde ver, este ganhou visibilidade pública desde os anos 1990, mas nem por isso teve impacto no âmbito normativo ou nas políticas existentes. As normas penais sobre o aborto representam uma barreira à sua abordagem nas políticas públicas, pois o temor impede as mulheres de recorrerem a serviços de aconselhamento e atendimento médico profissional, tanto antes quanto depois do aborto. Além disso, a legislação punitiva influencia o sub-registro do aborto, dado o temor da penalização, tanto por parte das usuárias quanto dos profissionais de saúde.

É necessária, pois uma política explicitamente formulada quanto ao atendimento a essa questão nos serviços de saúde: desde a obrigação de atender casos que chegam com complicações, a proibição de denunciar as mulheres à polícia e à justiça, a proibição de divulgar seus dados, particularmente na mídia, assim como a obrigação de dar tratamento humanizado às mulheres. Mesmo estando criminalizada a prática, o Ministério da Saúde poderia e deveria estabelecer estes lineamentos políticos.

É necessário formular programas de formação em questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, dirigidos a pessoas com poder de decisão política e técnica nas diversas instâncias públicas. Nos debates sobre aborto se pôde visualizar, por um lado, o grande desconhecimento sobre esses temas de grande parte das e dos legisladoras/es e de profissionais que prestam serviços no setor público. Por outro lado, também foi possível reconhecer o grande impacto positivo que pode ter a existência de pessoas sensíveis e formadas nesse assunto para ir mudando a realidade de silêncio, negação e castigo que existe em torno à realidade do aborto.

No âmbito jurídico, é necessário capacitar operadores de justiça para uma atuação humanizada e sensível perante o problema do aborto e suas conseqüências. Em particular, deve-se trabalhar com defensores/as públicos, responsáveis pela defesa de pessoas processadas em relação com o aborto. Da mesma forma, é importante uma aproximação da procuradoria, que freqüentemente encabeça perseguições a clínicas clandestinas, com ações de grande impacto na mídia.

A criminalização do aborto impede que o Estado paraguaio empreenda ações claras em torno ao assunto. Se essa realidade não for modificada, é difícil sugerir políticas com relação a outras questões, tais como a abordagem do assunto no âmbito educacional (onde é tratado na maioria das vezes da perspectiva dos setores pró-vida), ou campanhas de sensibilização dirigidas à população.

Os desafios e as prioridades para o trabalho com o tema são possivelmente maiores em número e magnitude do que a quantidade de pessoas e instituições

dispostas a enfrentar os conflitos suscitados pela questão do aborto, especialmente ao tratar-se de sua possível descriminalização ou ao menos do tratamento humanitário às mulheres que recorrem à interrupção voluntária da gestação. Se, por um lado, se pode dizer que no Paraguai o silêncio foi quebrado, por outro também as reações adversas cresceram e se solidificaram em um sentido fundamentalista, tornando difícil qualquer início de diálogo para a busca de mínimos consensos.

Para abordar qualquer um dos desafios acima, é necessária disposição para enfrentar a controvérsia, o conflito e as acusações fáceis, além de uma predisposição para aceitar as diferenças de pensamento e posição existentes. A sociedade deve entender que o silêncio, a ocultação e a simples repressão não são os melhores caminhos para proteger as vidas existentes nem as que virão.

## Referências

- BOGARÍN GONZÁLEZ, J. E. **Hacia una despenalización del aborto en el Paraguay.** 1988. Tese (Doutorado) - Facultad de Derecho, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1988.
- CASTAGNINO, D.; CARRÓN, J. M.; MELIÁN, M. **Aborto:** trasfondo social de un drama humano. Assunção: CEPEP, 1986.
- \_\_\_\_\_. **Aborto provocado:** análisis de 1951 historias de pacientes que practicaban aborto criminal. Asunción: CEPEP, 1968.
- CEPEP – CENTRO PARAGUAYO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN. **Encuesta nacional de demografía y salud reproductiva 1995-1996** (ENDSR 95/96). Assunção: CEPEP; CDC; USAID, 1997.
- \_\_\_\_\_. **Antecedentes del aborto en mujeres atendidas en la Clínica de la Familia Asunción.** Assunção, 1985. (Mimeo).
- CODINA CLUA, P. Derechos de las mujeres: las convenciones que no se aplican. In: CODEHUPY. **Derechos humanos en Paraguay 2005.** Assunção, 2005. Disponível em: <http://www.codehupy.org>.
- FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. **El drama del aborto:** en busca de un consenso. Bogotá: Tercer Mundo, 2005.
- GASLONDE, S.; CARRASCO, E. **Una encuesta modelo para evaluar la eficacia de los programas de planificación familiar:** su aplicación a cinco ciudades del Paraguay. Santiago de Chile: CELADE, 1971. (Serie A, n.119).
- GINÉS, A. **Factores condicionantes del aborto y su impacto en la mortalidad materna.** Asunción, 2002.
- MASI, D.; SOTO, C. **Características socioeconómicas, reproductivas y médicas de mujeres admitidas por aborto en un centro asistencial público de Asunción, 2000-2001.** Assunção, 2002. (Mimeo).
- ONU – ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **32º Periodo de sesiones. Observaciones finales:** Paraguay (Versión preliminar no editada, en inglés). New York, 2005a. (CEDAW/C/2005/I/CRP.3/Add.6/Rev.1).
- \_\_\_\_\_. Comité de Derechos Humanos. **85º Periodo de sesiones. Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al artículo 40 del pacto:** observaciones finales del Comité de Derechos Humanos; Paraguay. Ginebra, 2005b. (CCPR/C/PRY/CO/2, 31 oct. 2005).
- \_\_\_\_\_. CEDAW. **Quintos informes periódicos de los Estados partes:** Paraguay. New York, 2004. (CEDAW/C/PAR/5, 25 maio 2004).
- PALAU, T.; PALAU, M. **Conocimientos, actitudes y percepciones sobre población, desarrollo y salud reproductiva.** Assunção: UNFPA; Base Investigaciones Sociales, 1999.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Depto. de Bioestadística. **Mortalidad materna**. Assunção, 2007. Disponible em: [www.mspbs.gov.py](http://www.mspbs.gov.py).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Documento base para el diagnóstico estratégico de la mortalidad materna en el Paraguay**: revisión bibliográfica. Assunção, 2004.

PIRIS, E. *et al.* **El aborto provocado**. Assunção, 1990. (Mimeo). (Trabalho apresentado à Facultad de Psicología Social, Universidad Nacional de Asunción).

RUBÍN, G. **Los derechos que ignoramos**. Assunção: UNFPA; Depto. de Estudios de Población, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Asunción, 1997.

RUOTI, M. A. Aspectos epidemiológicos del aborto en el Paraguay. In: CONGRESO PARAGUAYO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, 4., 1980, Asunción. **Anais...** Asunción, t.2, 1980.

SOTO, C. **El aborto como causa de muerte de mujeres en Paraguay**. Assunção: Centro de Documentación y Estudios, 2004.

UNFPA – FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Costeo de medicamentos para atender las principales causas de mortalidad materna en Paraguay**: un asunto de derechos humanos y justicia social. Assunção, 2007.



# Panorama do aborto no Uruguai

Susana Rostagnol

# *Panorama do aborto no Uruguai*

*Susana Rostagnol\**

A intenção deste trabalho é oferecer uma síntese do panorama do aborto no Uruguai. Para isso, fazem-se referências ao discurso legal e às práticas sociais; discutem-se as estimativas sobre o aborto voluntário, analisando-o tanto no âmbito da saúde quanto no das estratégias adotadas pelas mulheres. Seguem-se informações sobre a situação do aborto no quadro político atual, incluindo as ações da sociedade civil, apresentando-se ao final um breve balanço das pesquisas sobre o tema.

## **Discurso legal e práticas sociais**

No Uruguai o aborto constitui um delito de acordo com a Lei 9763 de 1938. Existem atenuantes e dirimentes para os casos de violação, perigo de morte ou doença grave da mulher, penúria econômica e honra; o aborto deve ser realizado por um médico e deve ser explícito o consentimento da mulher. Historicamente houve pouquíssimos casos em que profissionais de saúde realizaram um aborto amparando-se nos dirimentes ou atenuantes. Com a suposta finalidade de atender a essas situações, tinha sido criado no Ministério da Saúde Pública um “Comando de Luta contra o Aborto Criminoso”<sup>1</sup>, cujos últimos integrantes foram designados em 1991, mas que com o correr do tempo se desarticulou. Talvez por esse motivo, em 2005 foi criada a Comissão Assessora sobre Interrupção da Gestação, substituindo aquele Comando. É de se notar que, desde 1991, a primeira vez que se emitiu uma “autorização” por “penúria econômica” foi em junho de 2006<sup>2</sup>. Existe uma contradição entre o conteúdo da Lei 9763, que estabelece com precisão os atenuantes e dirimentes – e portanto aplicáveis uma vez realizado o aborto – e a Comissão (e antes o Comando) que, dentro do MINISTÉRIO da Saúde, atua como instância de “autorização” para a realização de certos tipos de aborto<sup>3</sup>.

Apesar da lei que penaliza, e da ausência de uma prática de realização de abortos amparada nos atenuantes e dirimentes, 90 mulheres abortam por dia no Uruguai. O recurso ao aborto voluntário é a resposta a uma “necessidade coletiva” que não é satisfeita “mediante políticas públicas estatais”, mas por um “serviço público” gerido de forma privada e à margem da lei (SANSEVIERO, 2003, p.118). Isso acontece porque a lei que penaliza “está em desuso” (LANGÓN, 1979, p.26). No período 2000-2001, foram acionados 16 processos por crimes de aborto ou conexos; e entre janeiro de 2004 e junho de 2006, em 16 dos 19 departamentos em que está subdividido o

\* Universidad de la República, Uruguai; pesquisadora da Ruda – Red Uruguaya de Autonomías.

<sup>1</sup> O próprio nome já conota negativamente o aborto.

<sup>2</sup> Tratava-se de uma mulher em situação de rua (SANSEVIERO, 2008).

<sup>3</sup> Sanseviero (2008) trata amplamente dessa questão.

país (incluindo Montevidéu), chegaram a 34 as pessoas processadas por aborto. Considerando as estimativas de abortos, teriam sido processados 0,04% dos casos (SANSEVIERO, 2007, p.181-182). Esses dados evidenciam que a lei não é aplicada na prática. A maioria dos processos limitam-se aos casos de morte da mulher devida ao aborto inseguro. Entretanto, a não-perseguição de mulheres que abortam não significa que elas não sejam alvo de violência e estigmatização.

O aborto é uma estratégia muito antiga de regulação da fecundidade. Do século XX aos dias atuais, o aborto voluntário passou a ser visto como um direito da mulher; quando o aborto é ilegal, essa estratégia expressa “um consenso social não-articulado discursivamente (...) cuja consequência mais permanente é converter cada aborto voluntário em uma experiência de violência e violação de direitos para as mulheres” (SANSEVIERO, 2003, p.232).

### **Estimativas da ocorrência de aborto**

A primeira estimativa com base empírica sobre a magnitude do aborto no Uruguai encontra-se na pesquisa *Condena, tolerancia y negación*, coordenada por Rafael Sanseviero (2003), que estima aproximadamente 33.000 abortos voluntários em 2000. Logo antes da publicação dessa pesquisa, em novembro de 2003, durante consultas da Comissão de Saúde no Parlamento<sup>4</sup>, organizações feministas informavam cifras que iam de 16.000 a 150.000<sup>5</sup>, e organizações médicas estimavam o total de 150.000 abortos anuais<sup>6</sup>. Essas diferenças entre as estimativas requerem detalhar o método utilizado por Sanseviero para chegar aos valores que aponta.

Inicialmente é preciso ressaltar que, dada a situação de saúde da população no Uruguai, um método como o proposto pelo AGI (The Alan Guttmacher Institute) para estimar o número de abortos, usado no Peru e no Brasil, não é adequado. Algumas características dessa situação derivam do tamanho e da geografia do país – que, por exemplo, não tem zonas de difícil acesso e abriga ao todo 3,5 milhões de habitantes; além disso, desde meados do século XX, o parto é institucionalizado por lei, o que gerou uma “cultura do hospital”; e, ainda, os padrões de saúde são altos (vacinação universal, rede de água potável e saneamento etc.). Segundo dados do *Guía del Mundo* (INSTITUTO DEL TERCER MUNDO, 2007), a esperança de vida ao nascer é de 76 anos (2005-2010); 100% dos partos são atendidos por pessoal qualificado (1996-2004); 94% da população tem acesso a serviços de saúde (2002); a mortalidade

---

<sup>4</sup> Nessa época estava em tramitação o projeto de lei de defesa da saúde sexual e reprodutiva, e a Comissão de Saúde do Senado realizou uma série de entrevistas para colher informações sobre o tema.

<sup>5</sup> Em setembro de 2003, a ativista feminista L. Abracinskaskas apresentava à Comissão de Saúde dados em uma faixa de 16.000 a 150.000 abortos anuais no país (ABRACINSKASKAS; LÓPEZ GÓMEZ, 2004).

<sup>6</sup> O Dr. Leonel Briozzo, representando o Sindicato Médico do Uruguai, indicava que o número de abortos anuais alcançaria 150.000, em sua intervenção na Comissão de Saúde do Senado, em setembro de 2003. Disponível em: <http://www.chasque.net/frontpage/aborto/02parlam00405.htm>.

infantil (de menores de 1 ano) é de 15 em cada 1.000 nascidos vivos (2004); e a mortalidade materna, em 2000, era de 27 em cada 100.000 nascidos vivos.

Por outro lado, no estudo mencionado (SANSEVIERO, 2003), os pesquisadores tiveram contato direto com o pessoal de clínicas clandestinas que, em vez de se esquivar, forneceram ampla informação, incluindo seus registros onde constavam séries de números de abortos por até uma década, assim como certas características das mulheres que buscavam seus serviços. Finalmente, vale notar que se realizou no país a Pesquisa Nacional de Fecundidade em 1983-1988 e, em 2004, voltou a realizar-se uma investigação sobre o tema, a pesquisa *Gênero e Gerações*, patrocinada pelo UNFPA – Fundo das Nações Unidas para População (INE; UNFPA, 2005). Não há, porém, pesquisas confiáveis sobre o uso adequado dos métodos anticoncepcionais; as estatísticas do Ministério da Saúde Pública, sobre dados dos hospitais departamentais, seguem um critério diferente para o registro de informações do que o seguido pelo Centro Hospitalar Pereira Rossell (CHPR), em Montevidéu, onde se realizam cerca de um quarto dos partos do país<sup>7</sup>; a informação do país apresenta lacunas, fragmentação e inexatidão dos registros.

O estudo de Sanseviero não considerou registros das instituições de assistência médica previdenciária nem os registros do CHPR<sup>8</sup>, já que dispunha de informação direta de clínicas que praticavam aborto em Montevidéu. O método elaborado para calcular a estimativa de abortos voluntários (SANSEVIERO, 2003) baseou-se na informação proveniente das “hospitalizações por causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério”, considerando as “gestações terminadas em aborto” (de acordo com a CID), obtendo os dados pela expansão de uma amostra de 20% dos centros hospitalares departamentais do interior do país. A estes somou-se a informação proveniente dos registros de três clínicas clandestinas e estimativas sobre outras quatro, feitas pelo pessoal a elas vinculado, estimando-se ainda os números para uma oitava clínica, com base na informação das outras. Nesse aspecto, a pesquisa de Sanseviero (2003) traz informação de primeira mão, ou seja, não se baseia apenas nos dados secundários, indiretos.

Os dados quantitativos foram cruzados com informação qualitativa proveniente de entrevistas a informantes qualificados (tanto do âmbito hospitalar como das clínicas clandestinas), e com mulheres que tinham feito aborto. Foi possível assim estimar que a maioria (cerca de 80%) dos abortos realizados no Uruguai são feitos clandestinamente por profissionais da saúde, restando cerca de 20% de abortos por “métodos tradicionais” (infusões de arruda ou outras, utilização de objetos penetrantes, entre muitos outros).

---

<sup>7</sup> O registro das hospitalizações relacionadas a gravidez, parto e puerpério, nos centros do interior do país, segue a Classificação Internacional de Doenças (CID), mas o CHPR não o faz (SANSEVIERO, 2003, p.24).

<sup>8</sup> O Centro Hospitalar Pereira Rossell compreende o Hospital da Mulher e o Hospital Pediátrico, sendo centro de referência nessas especialidades.

Para elaborar o esquema analítico consideraram-se três componentes que pareciam entrecruzar-se na possibilidade de as mulheres acederem a um aborto: os recursos econômicos; seu capital social<sup>9</sup>; e o lugar geográfico de residência (Montevideu, interior). Cruzando estes, procedeu-se a uma classificação das mulheres segundo sua capacidade de acesso ao aborto:

- Mulheres de escassos recursos econômicos e baixo capital social, tanto de Montevideu quanto do interior, fazem aborto seguindo métodos tradicionais, geralmente sem tratamento antibiótico e em inadequadas condições de higiene; a maioria das mulheres hospitalizadas por complicações pós-aborto são desse grupo.
- Mulheres do interior do país de condição socioeconômica média não podem fazer aborto em uma clínica da capital, recorrendo a clínicas do interior. Esse grupo não frequenta estabelecimentos de saúde apresentando problemas pós-aborto.
- Mulheres com maiores recursos, dos setores médio e alto de Montevideu e alto do interior do país, especialmente com capital social, recorrem a clínicas clandestinas de Montevideu, onde o aborto se efetua em condições higiênicas aceitáveis, com tratamento profissional, e onde os riscos para a saúde são sensivelmente reduzidos; essas mulheres também não chegam em hospitais com complicações pós-aborto, pois, quando estas ocorrem, as próprias clínicas se encarregam de tratar.

A estimativa de abortos foi feita para o ano 2000. Para o primeiro grupo de mulheres estimaram-se 6.007 abortos no ano em todo o país, calculados com base nas hospitalizações do setor público (gestações terminadas em aborto), expandidos para todo o país considerando a porcentagem que representavam do total de nascimentos no setor público<sup>9</sup> (SANSEVIERO, 2003, p.29-30). Para o segundo grupo (abortos de mulheres de setores médios do interior), os números foram estimados a partir dos registros de uma clínica clandestina do interior<sup>10</sup>.

Disponha-se de informação direta (mas não dos registros) de dez clínicas praticantes de aborto em diferentes cidades importantes do interior, com conhecimento dos métodos utilizados, custos e perfis de usuárias. O total de abortos realizados em clínicas estimado para o interior do país foi de 11.000<sup>11</sup>. Finalmente, para o último grupo de mulheres, utilizou-se a informação primária de sete clínicas clandestinas e calculada a média para uma oitava. O total resultante alcança 16.000 abortos anuais.

---

<sup>9</sup> Capital social é entendido na acepção de Bourdieu, como as redes de alianças e contatos a que o indivíduo pode recorrer quando precise, para obter benefícios, poder ou bens.

<sup>10</sup> Essa clínica, instalada em uma capital departamental, possuía uma série suficientemente ampla de registro de atividades (de julho 1989 a dezembro 2001), assim como dos perfis de suas usuárias.

<sup>11</sup> O cálculo foi feito da mesma forma, a partir da porcentagem de gestações terminadas em aborto sobre os nascimentos no departamento.

Chegou-se assim à estimativa acima mencionada, de 33.000 abortos voluntários anuais. Esse total implica uma razão de abortos (proporção do número de abortos em relação ao total de nascimentos mais abortos) de 38,5%. Isso significa que, aproximadamente, de cada 10 concepções, 4 terminam em aborto. Esta é uma razão elevada, quando comparada à tabela proposta por Johnston (2006), indicando que os padrões no Uruguai seriam semelhantes aos de um país com aborto legal, sem educação sexual e com dificuldades de acesso à anticoncepção (SANSEVIERO, 2003, p.25-35).

### **O aborto no âmbito da saúde: a Resolução 369/04**

Durante a última década a morte de gestantes<sup>12</sup> por aborto voluntário chegou a 27% do total, o que a situa em primeiro lugar como causa isolada de mortalidade de gestantes e possivelmente coloca o Uruguai no primeiro lugar no mundo por mortalidade relativa de gestantes por aborto (BRIOZZO, 2003; BRIOZZO *et al.*, 2002). O significado dessa situação deve ser considerado no contexto de um país que dispõe de um sistema de atenção à saúde com boa cobertura materno-fetal e perinatal, em que as taxas de mortalidade são baixas, mas que na época excluía especificamente da assistência à saúde a atenção preventiva e às complicações do aborto voluntário. Segundo Briozzo *et al.* (2007, p.21), o incremento das mortes por aborto em 2001 – “uma em cada duas mulheres que morrem no CHPR morre por complicações do aborto provocado em condições de risco” – levou um grupo de profissionais de saúde a buscar a “redução do risco e dano do aborto”, formando o que passou a se chamar *Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo* (IS). Após um tempo, sua preocupação veio a concretizar-se em uma norma de atenção à saúde, *Asesoramiento para una maternidad segura: medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*, apresentada pela Sociedade de Tocoginecologia do Uruguai, pelo Sindicato Médico do Uruguai e pela Faculdade de Medicina ao Ministério da Saúde Pública (MSP) em abril de 2002. Este a converteu na Resolução 369 em agosto de 2004, exatamente três meses depois que o Senado votou contra o projeto de lei de defesa da saúde reprodutiva.

Essa Resolução estabelece uma norma de atenção pré e pós-aborto. Os objetivos da consulta inicial são:

- preservar e controlar a gravidez;
- informar, prevenir e orientar sobre riscos e danos;
- analisar as causas que levam a usuária à decisão de submeter-se a um aborto provocado<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Consideramos mais adequado falar de mortes de gestantes e não de mortes maternas, pois o termo “maternas” implica não só um fato biológico, mas também social e psicológico. No caso de mulheres que morrem por complicações pós-aborto, ou seja, por sua radical decisão de não serem mães, certamente não é o caso de considerá-las “mortes maternas”.

<sup>13</sup> A norma podem ser consultadas em Briozzo *et al.* (2007, p.36-39).

A norma começara a ser timidamente aplicada nas policlínicas de ginecologia do Hospital da Mulher do CHPR em maio de 2003, adquirindo maior formalização a partir de agosto de 2004, quando o MSP a transformou em resolução. Mas o Ministério não efetuou ações para implementar sua aplicação nas unidades de saúde, tampouco promoveu sua implementação nas instituições de assistência médica previdenciária.

O Programa Gênero, Corpo e Sexualidade do Departamento de Antropologia Social da Universidad de la República (UDELAR) realizou o monitoramento da implementação da norma no CHPR entre maio de 2003 e outubro de 2004. Os resultados mostram que, durante o primeiro ano e meio, as usuárias não buscavam o serviço segundo as expectativas do grupo IS, que coordenava a tarefa. Entre as razões detectadas pelo estudo (ROSTAGNOL; MONTEALEGRE, 2004), além da escassa divulgação do serviço (razão apontada pela equipe de saúde), destacam-se: o caráter não-acolhedor da instituição hospitalar, devido à inadequação do espaço, ausência de sinalização visual; barreiras burocrático-administrativas; a tripla assimetria da relação ginecologista-usuária (de gênero, de saberes e econômico-social), que se reflete nas dificuldades de comunicação durante a consulta, especialmente como consequência do olhar sociocêntrico e estereotipador das/os ginecologistas (MESA; VIERA, 2006); e o medo da denúncia que – embora a possibilidade desta fosse mais simbólica que real – mantinha sempre presente o temor atuando como mecanismo que impedia as mulheres de buscar os serviços de saúde no caso de complicações pós-aborto (ROSTAGNOL, 2003).

Uma vez aprovada a Resolução 369 (URUGUAI, 2004), abriram-se ambulatórios especializados em “orientação de saúde sexual e reprodutiva” no CHPR. Observou-se então um aumento no volume de usuárias. Segundo informações do IS, as consultas passaram de 59 no trimestre junho-agosto a 229 no trimestre setembro-novembro de 2004; diminuíram no trimestre seguinte para recuperar o mesmo volume no próximo (BRIOZZO *et al.* 2007, p.100). Infelizmente, não há dados que permitam uma estimativa do número de mulheres que buscaram as consultas pré ou pós-aborto desde o início do serviço até o presente.

Como mencionado, o grupo de profissionais de saúde que consolidou as Iniciativas Sanitárias tem como objetivo reduzir os riscos e danos do aborto inseguro como forma de diminuir a mortalidade de gestantes por complicações pós-aborto. Embora o IS afirme que a mortalidade de gestantes provocada por complicações do aborto diminuiu significativamente no biênio 2004-2005 (em comparação ao período 2001-2003), atribuindo isso à implementação da Resolução (RODRÍGUEZ *et al.*, 2006), acredito que é preciso mais cautela nessa interpretação. Por um lado, a série é muito curta (dois anos em cinco), não permitindo chegar a conclusões; por outro, a redução de mortes por complicações do aborto também deve-se à generalização do

uso do misoprostol<sup>14</sup>, a partir de 2004. É preciso ter em mente a multicausalidade dos fenômenos sociais.

Cabe mencionar que, quando se difundiu o uso abortivo do misoprostol no país (antes era conhecido apenas na fronteira com o Brasil), o Ministério da Saúde retirou-o das farmácias a fim de modificar sua apresentação, que foi substituída por uma com maior número de comprimidos, portanto mais caro. Sua venda é restrita, ocorrendo apenas mediante receita de gastroenterologista, o que gera um mercado paralelo: algumas farmácias vendem-no sem receita a um preço mais elevado; e, num outro tipo de *negócio*, é freqüente ver mulheres nas salas de espera do serviço de orientação em saúde reprodutiva aproximando-se de potenciais usuárias e oferecendo o medicamento, dizendo que o usaram e sobraram comprimidos.

Em 2006 o MSP regulamentou o uso obstétrico intra-hospitalar do misoprostol (Resolução 158/2006). Em mais de uma ocasião ginecologistas ligados às IS manifestaram sua pretensão de serem eles/elas – ginecologistas – os habilitados a receitar misoprostol. Este é um ponto de tensão entre os médicos e as feministas. Alguns grupos feministas pleiteiam que as mulheres devam praticar o aborto mediante o uso do misoprostol de maneira autônoma, recorrendo aos profissionais de saúde se acharem necessário, mas não obrigatoriamente.

Durante 2006 a Resolução 369 foi implementada em duas policlínicas, uma em um bairro periférico e outra na zona metropolitana de Montevidéu. Em ambas, o Programa Gênero, Corpo e Sexualidade da Udelar foi encarregado de monitorar o funcionamento durante o primeiro ano. Os resultados (ROSTAGNOL *et al.*, 2007) apontaram dificuldades para modificar comportamentos por parte do pessoal de saúde e, também, para modificar estilos institucionais. Constatou-se que boa parte do êxito da implementação reside em adaptar a norma às particularidades de cada policlínica e, ainda, que depende da vigência de mecanismos bem aceitos pelo resto do sistema de saúde. Há profissionais de saúde, especialmente os que trabalham no primeiro nível de atenção, que aplicam a norma, ou melhor, que já vinham fornecendo orientação para evitar a prática do aborto inseguro desde antes da publicação da Resolução 369. Atualmente o IS está estendendo a implementação desta a vários centros de saúde de Montevidéu e do interior, no âmbito de um projeto financiado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia; por sua vez, a Associação Uruguaia de Planejamento Familiar (filial da IPPF) também a implementou em seus serviços, assim como numerosas policlínicas municipais de Montevidéu.

No âmbito médico, por ocasião do processo por “delito de aborto” de uma jovem denunciada por um médico (comentado adiante), a Faculdade de Medicina, o Conselho Arbitral do Sindicato Médico do Uruguai e o Tribunal de Ética da Federação

---

<sup>14</sup> Quanto ao efeito do uso do misoprostol pelas mulheres que pretendem abortar, é muito ilustrativo o texto de Arilha e Barbosa (1993) “pelo menos não mata”.

Médica do Interior emitiram uma declaração conjunta de que “o sigilo médico não é uma opção, mas uma obrigação para os médicos e a equipe de saúde”, acrescentando que “o médico é obrigado a não revelar e muito menos denunciar situações que possam expor um/a paciente a um processo penal ou que lhe causem prejuízos de qualquer natureza”<sup>15</sup>. Por outro lado, o IS propôs “padrões para a prática institucional do aborto por indicação médico-legal” (RODRÍGUEZ; BERRO ROVIRA, 2006), em uma tentativa de determinar certas causas para abortos legais.

Em suma, a aprovação da Resolução pelo Ministério da Saúde Pública constituiu uma mudança radical no tratamento do tema. A amplitude da prática do aborto foi reconhecida publicamente passou a ser possível falar do aborto abertamente. A própria Resolução contém a ambiguidade que caracteriza o tratamento legal-normativo do aborto no Uruguai: permite o tratamento pré e pós-aborto, mas o ato do aborto propriamente dito é situado em uma espécie de *caixa negra*, que é deixada de lado nas consultas previstas pela norma<sup>16</sup>.

### **Estratégias das mulheres para abortar**

A difusão do uso abortivo do misoprostol promoveu uma mudança nas estratégias seguidas pelas mulheres para abortar. Antes, o misoprostol era de uso corrente na fronteira uruguaio-brasileira, mas desconhecido no resto do país. De modo que é preciso demarcar um antes e um depois. No período anterior, os procedimentos utilizados são classificados por Sanseviero (2003; 2007) em ‘medicalizados’ e ‘práticas populares’. “A distinção funda-se na fonte de legitimidade em que o procedimento se torna válido e acessível para as mulheres que o utilizam” (SANSEVIERO, 2007, p.181). No primeiro caso a legitimação provém do saber-poder médico: trata-se de procedimentos efetuados por um profissional de saúde, fundamentalmente em clínicas clandestinas; no segundo caso, a fonte de legitimação é o saber popularizado por atores anônimos, um coletivo majoritariamente feminino. As práticas populares ocorrem geralmente em contextos de redes de sociabilidade feminina, mediante procedimentos que a mulher realiza sozinha ou com a ajuda de uma “entendida” (SANSEVIERO, 2003; 2007). Diferentemente do que ocorre em outros países da região, no Uruguai 80% dos abortos eram medicalizados, ou seja, no procedimento intervinha um profissional da saúde, o que pode ser entendido como mais um aspecto da medicalização da vida coletiva e da mercantilização da medicina (SANSEVIERO, 2007, p.181).

A difusão do misoprostol foi contemporânea aos primeiros passos da implementação da Resolução 369/04. A conjunção de ambas modificou as práticas das

---

<sup>15</sup> *Apud El País*, Montevideu, 30 jun. 2007. (Disponível em: <http://despenalizar.blogspot.com/2007/06/defienden-secreto-profesional-mdico.html>).

<sup>16</sup> Literalmente, na consulta inicial “informa-se”, não se fazem indicações nem se receita.

mulheres. No período 2005-2007, em Montevideu e área metropolitana<sup>17</sup>, as mulheres dos setores populares que querem abortar já ouviram falar do “comprimido”. Dificilmente sabem seu nome, mas sabem de sua existência e como obtê-lo. São ativadas as mesmas redes que antes permitiam conectar a mulher com alguma “entendida”, só que, agora, para conseguir os comprimidos no mercado paralelo, para averiguar como se usam; pelo boca a boca as mulheres também ficam sabendo que podem ir ao CHPR e, em alguns casos, à policlínica do bairro (ROSTAGNOL *et al.*, 2007; SANSEVIERO, 2008). As mulheres de maior capital econômico e cultural averiguan o uso abortivo do misoprostol e o compram pela internet.

À medida que se difunde a implementação da Resolução 369/04, as mulheres vão buscando os serviços de saúde correspondentes. De modo que vigora, ao mesmo tempo, a entrada do misoprostol no circuito dos “saberes populares”, e o conhecimento de que se pode recorrer a determinados serviços de saúde para receber orientação sobre seu uso, assim como acerca dos possíveis problemas relativos à realização de um aborto.

### **Na atualidade: ações da sociedade civil e respostas do Estado**

Em maio de 2004 o Senado votou contra o projeto de lei de Defesa da Saúde Sexual e Reprodutiva, que incluía um artigo legalizando a prática do aborto. Em agosto do mesmo ano, como mencionado, o Ministério da Saúde Pública aprovava, dando caráter de Resolução, a norma de atenção pré e pós-aborto. O estudo de Sanseviero (2005a) ilumina a compreensão dessa postura em relação ao aborto, que define como movimento pendular entre a condenação e a tolerância. Recapitulando brevemente: em 1934 o aborto é despenalizado, poucos meses depois sua realização é proibida em hospitais públicos; em 1938 volta a ser penalizado, mas por uma lei cujos atenuantes e dirimentes habilitam a realização de uma ampla gama de abortos. Em maio de 2004 o Senado rejeita o projeto de lei de saúde sexual e reprodutiva<sup>18</sup> enquanto uma pesquisa de opinião pública indica que 63% da população é a favor do projeto de lei (EQUIPOS MORI, 2004). Três meses mais tarde, nova descompressão, mediante a promulgação da Resolução pelo Ministério, o qual no entanto não dá os passos necessários para sua implementação.

No debate pela legalização do aborto iniciado neste século – que teve seu momento de maior visibilidade em 2002, quando foi discutido na Câmara dos Deputados, chegando a 10 de dezembro com a meia-sanção do projeto de lei – o aborto aparece relacionado à “saúde pública”. O discurso público está imbuído do saber biomédico. Em certa medida isso se deve ao papel preponderante do grupo

---

<sup>17</sup> Não há estudos de outras zonas do país. A metade da população uruguaia encontra-se nessa área.

<sup>18</sup> Um senador justificou seu voto negativo aludindo que essa votação não era conveniente em ano eleitoral, ao que se soma a ameaça de veto do então presidente Jorge Battle.

Iniciativas Sanitárias, para quem o principal argumento para a legalização é a incidência do “aborto de risco” na morbimortalidade de gestantes, mas também a uma tendência para o pensamento biomédico. Apesar dos esforços de alguns grupos feministas, então, o enfoque de saúde prevaleceu nas campanhas públicas a favor da legalização do aborto, visto como problema de saúde pública e de injustiça social<sup>19</sup>. Vale destacar, especialmente no período 2003-2004, o papel desempenhado pela campanha em prol da lei de saúde reprodutiva, liderada pela Coordenação Nacional de Organizações Sociais pela Defesa da Saúde Sexual e Reprodutiva (CNOOSSDSSR) que, além de constituir um interlocutor privilegiado, teve o mérito, entre outros, de articular um discurso inclusivo de diversos grupos e organizações.

O médico Tabaré Vázquez assumiu a presidência da República em 1<sup>o</sup> de março de 2005. Antes de assumir, ao sair de uma reunião com autoridades da Igreja Católica, deu a conhecer sua intenção de vetar qualquer projeto de lei que despenalizasse o aborto, aprovado pelo Parlamento. Foi uma ameaça de veto antecipado, à qual se seguiu uma etapa de escassa mobilização. O ato convocado pelo coletivo feminista Cotidiano Mulher<sup>20</sup>, ao completar-se um ano do voto negativo do Senado, constituiu um fato isolado que, embora tenha tido ampla repercussão na imprensa, contou com o desacordo expresso de algumas organizações feministas. Da mesma forma, foram escassas as vozes que se levantaram contra o anúncio do veto. Cabe mencionar os artigos publicados por Rafael Sanseviero (2005b) e por Garrido (2005), ambos ativistas de longa data pela legalização do aborto. O anúncio de veto do presidente revelou-se um eficiente freio a possíveis avanços para uma eventual despenalização do aborto. Um grupo de legisladoras apresentou, em 6 de junho de 2006, um novo projeto de lei que reunia os conteúdos dos anteriores; durante mais de um ano o projeto não foi debatido no Parlamento.

No outono de 2007, passados dois anos, reiniciaram-se as reuniões periódicas da CNOOSSDSSR. Em meio às comemorações do Dia Internacional dos Trabalhadores ela emitiu uma declaração – à qual aderiram 116 organizações sociais – reclamando o debate e a aprovação parlamentar da lei de saúde sexual e reprodutiva. A declaração não foi lida no ato público, mas publicada em dois veículos da imprensa.

Também em 2007 uma mulher foi processada por delito de aborto, tendo sido denunciada pelo médico que a atendeu. O caso provocou grande indignação, fazendo com que organizações e pessoas se unissem como “Ciudadanas y Ciudadanos”<sup>21</sup>, se auto-

---

<sup>19</sup> Um tema interessante a analisar são as disputas léxicas que ocorrem durante os debates pela legalização do aborto. Cunha (2006) faz uma análise dessas características para o caso brasileiro.

<sup>20</sup> A convocatória foi de dirigir-se ao Palácio Legislativo com ramos de salsinha para oferecer aos e às legisladores/as, aludindo a um método tradicional para abortar.

<sup>21</sup> A idéia surgiu simultaneamente em várias organizações sociais e políticas. A CNOOSSDSSR como tal não conseguiu o consenso interno necessário para promover a mobilização, de maneira que as organizações e pessoas promotoras da idéia formaram uma nova identidade, não pertencente à Coordenação. A identidade desse coletivo cidadão foi a vontade de assumir publicamente que partilha a experiência do aborto.

incriminando do delito de aborto. Abriram um *blog* com uma carta de auto-inculpação contendo todas as situações pelas quais um cidadão comum pode ser processado por delito de aborto<sup>22</sup>, à qual se aderiu mediante assinatura. Lançado em 1º de junho, no dia 29 do mesmo mês o *blog* já contava com 6.000 assinaturas, dentre as quais as de personalidades relevantes, incluindo políticos proeminentes<sup>23</sup>. Nesse dia a carta com as assinaturas foi entregue ao vice-presidente da República e presidente da Assembléia Geral, Rodolfo Nin Novoa, que se pronunciou a favor da legalização do aborto. Imprensa escrita, rádio e televisão faziam freqüentes referências ao tema do aborto.

Na semana seguinte começou a discussão do projeto de lei de saúde sexual e reprodutiva na Comissão de Saúde do Senado. Em novembro de 2007 o Senado aprovou a despenalização do aborto. Em 2008 a Câmara de Deputados foi cenário de oscilações na discussão sobre o projeto: em maio este foi submetido à Comissão de Saúde Pública e Assuntos Sociais da Câmara; em setembro a Comissão finalizou o exame – sem se pronunciar nem contra nem a favor – e o projeto foi incluído na agenda da Câmara, que o aprovou por uma clara maioria.

Em 13 de novembro o Presidente da República e a Ministra da Saúde Pública interpuseram objeções (vetos) aos artigos 7 a 20 do Projeto – os artigos que contemplam a despenalização relativa do aborto. Em 20 de novembro a Assembléia Geral (que congrega deputados e senadores) reuniu-se para debater o veto da presidência da República.

O resultado da votação foi o seguinte: a totalidade das/os legisladoras/es do Partido Nacional presentes votaram a favor do veto; a ampla maioria das/os legisladoras/es da Frente Ampla presentes votaram contra o veto; os do Partido Colorado dividiram-se e o deputado do Partido Independente votou a favor do veto. No resultado final, dentre os senadores, 15 contra o veto e 14 a favor; deputados, 46 contra o veto e 44 a favor. No entanto, apesar de a decisão do poder executivo não ter tido apoio da maioria do Parlamento, não foi alcançada a maioria de 3/5 de ambas as casas, estabelecida pela Constituição da República, necessária para derrubar o veto presidencial.

A sociedade civil se organizou sob nova forma: pela primeira vez no Uruguai, a defesa da despenalização do aborto é feita na primeira pessoa; o sujeito difuso passa

---

22 Carta de auto-inculpação: *Nosotras y nosotros también* “Em 16 de maio de 2007 uma mulher uruguaia foi processada por ‘delito de aborto’ pelo Juiz do 19º turno Luis Charles frente à denúncia formulada por um médico, configurando uma grave violação dos direitos da mulher denunciada e processada. Os e as abaixo assinados/as infringimos a lei 9763 de 1938 fazendo um aborto, ou financiando-o, acompanhando uma mulher que o praticou, conhecendo a identidade de muitas e nos calando. Todas e todos somos a mulher de 20 anos processada. Ou todas e todos somos delinqüentes ou essa lei é injusta. Envie sua adesão a [participa@ciudadania.org.uy](mailto:participa@ciudadania.org.uy)”. Disponível em: <http://despenalizar.blogspot.com>.

23 Destacam-se a adesão e assinatura de quatro ministros (do Desenvolvimento Social; do Interior; da Habitação, Ordenamento Territorial e Meio Ambiente; e de Relações Exteriores) e quatro vice-ministros, numerosos parlamentares, diretores e integrantes do médio escalão da administração pública.

a ter nome e sobrenome. O governo deixou de atuar em bloco. Novamente o tema está em pauta, mas o caminho para a legalização do aborto ainda é muito longo.

### **Balanco de estudos recentes e prioridades de pesquisa**

As pesquisas recentes sobre o aborto provêm fundamentalmente de duas vertentes: médico-epidemiológica e social. As primeiras centram-se na análise da morbimortalidade de gestantes associada à implementação da Resolução 369 e nas orientações médicas para aplicar a norma. Embora alguns estudos mencionem que a redução do dano e risco do aborto inseguro implica o exercício de direitos por parte da mulher, esse aspecto não atravessa os estudos, que tampouco adotam uma perspectiva de gênero. Fazendo uma ponte entre as abordagens médico-epidemiológicas e sociais, é importante destacar a publicação da coletânea *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, editada por Briozzo (2007), que traz artigos de profissionais da saúde e das ciências sociais, buscando abarcar a complexidade da problemática relativa à implementação da Resolução 369. Nesse sentido, a publicação de Rostagnol e Sacchi (2006) proporciona informação valiosa para ginecologistas que se defrontam com uma mulher em situação de aborto.

Nas ciências sociais destaca-se a já mencionada pesquisa coordenada por Sanseviero (2003) que, além das estimativas, constitui uma ampla abordagem da problemática, incluindo uma análise da trama social do aborto, das formas como as mulheres abortam, assim como uma análise do ponto de vista da lei e de sua resignificação por parte de diferentes atores sociais.

Há ainda estudos sobre o aborto como fato político (SANSEVIERO, 2002; 2005a); análise das mulheres que se defrontam com a decisão de abortar (Rostagnol, 2005); sobre aspectos jurídicos (DUFU, 2002); aborto na adolescência (ROSTAGNOL; VIERA, 2006b); qualidade da atenção às mulheres em situação de aborto (MESA; VIERA 2006; ROSTAGNOL; VIERA 2006a); bem como sobre a implementação da Resolução 369 (ROSTAGNOL *et al.*, 2007). Cabe destacar a perspectiva de gênero e de direitos subjacente a esses trabalhos. Algumas sistematizações feitas por organizações da sociedade civil incluem a discussão sobre a problemática do aborto, como a de Abracinskias e López Gómez (2004) e a realizada pelo CLADEM – Comitê da América Latina e Caribe de Defesa dos Direitos da Mulher (ABRACINSKAS *et al.*, 2003).

Finalmente, cabe destacar outra pesquisa coordenada por Sanseviero (2008), que analisa detalhadamente os diferentes obstáculos que mulheres pobres e adolescentes enfrentam para exercer seu direito a decidir, quando resolvem abortar – e que, em certo sentido, constitui uma continuação de *Condenação, tolerância e negação*. Também foi publicada uma pesquisa sobre aspectos psicológicos das mulheres face ao aborto (CARRIL BERRO; LÓPEZ GÓMEZ, 2008), assim como uma investigação sobre as

práticas e discursos acerca do aborto por parte de médicos e mulheres (ROSTAGNOL, 2008) e sobre o debate político em torno do aborto (LABASTIE, 2007).

Esta breve apresentação dos estudos e pesquisas recentes mostra a existência de uma crescente produção sobre aspectos sociodemográficos, culturais e políticos do aborto, em um enfoque de gênero e de direitos, mesmo se com ênfases diferentes. As publicações mantêm a tensão do tema e dos debates: os aspectos de saúde pública, o olhar feminista, os direitos humanos.

Levando em conta a complexidade e multidimensionalidade do aborto, a análise da situação permite detectar algumas lacunas e vazios de informação, que apontam para possíveis linhas de pesquisa a respeito.

O fato de que, no debate sobre o aborto, prevalece a argumentação baseada em que o aborto é um problema de saúde pública, em detrimento da argumentação baseada no direito das mulheres a decidir (no que seria a medicalização do direito a decidir) tem uma série de implicações, sobretudo políticas, que requerem estudos.

Por outro lado, também seria preciso pesquisar os argumentos e financiamentos dos grupos pró-vida, tanto no Uruguai quanto no nível regional. São muito evidentes as implicações do Vaticano nas decisões políticas referentes não apenas ao aborto, mas a tudo que se refere ao exercício da sexualidade<sup>24</sup>, o que deve ser problematizado e discutido em sua dimensão política.

Quanto às práticas das mulheres para efetuar aborto, o uso do misoprostol merece uma investigação abrangente, tanto no nível nacional como regional, devido à forma como modificou essas práticas. De disseminação recente no Uruguai, tem porém a venda restrita, como mencionado, e movimenta um mercado paralelo, como em outros países da região. Além da tensão entre a venda livre almejada pelas mulheres e a venda sob receita ginecológica pretendida pelos médicos, é preciso pesquisar os itinerários para obter o medicamento, as formas de obter indicações de uso e como efetivamente é usado, contrastando isso com as práticas médicas. Falta também aprofundar o significado do aborto por faixa etária e estrato socioeconômico, de modo que as adolescentes possam ser claramente delimitadas<sup>25</sup>. E, ainda, é preciso colher informação sobre o lugar dos homens nos abortos de suas companheiras.

Também se fazem necessários estudos quantitativos e qualitativos sobre o conhecimento e uso de métodos contraceptivos. As estimativas do relatório *Gênero e gerações* (INE; UNFPA, 2005) podem servir de base a um estudo mais profundo que articule o uso desses métodos e o recurso ao aborto. Além disso, segundo o estudo de Rostagnol *et al.* (2007), as mulheres dizem conhecer alguns métodos mas têm noções errôneas sobre a forma de utilizá-los.

---

<sup>24</sup> Uma breve análise desse tema é feita em Rostagnol (2005).

<sup>25</sup> Um breve tratamento do tema encontra-se em Rostagnol e Viera (2006b) e em Rostagnol (2004).

Há alguns temas requerendo pesquisa mas que, dada a legislação restritiva, é pouco provável que se possa pesquisar: uma nova estimativa que permita comparar o número de abortos antes e depois do uso do misoprostol; um estudo dos custos derivados da clandestinidade e, em especial, das complicações pós-aborto. Numa perspectiva epidemiológica, seria importante estudar a morbidade derivada das práticas de aborto na sociedade, segundo os diferentes perfis sociodemográficos das mulheres.

Faltam ainda pesquisas que analisem especificamente as situações de violência a que se vêm submetidas as usuárias em situação de aborto, principalmente a violência institucional e por parte dos profissionais de saúde. Seria importante um trabalho conjunto com o pessoal de saúde sobre “medicalização” *versus* “empoderamento”. Tendo em vista a tensão entre a tendência à medicalização e a busca de empoderamento por parte das mulheres, o trabalho em oficinas de prática reflexiva pode constituir um canal apropriado para sanar essas diferenças.

Finalmente, seria desejável promover ações visando o diálogo interdisciplinar. Enquanto uma série de aspectos do aborto requerem abordagem da medicina e da epidemiologia, o aborto é um fato social (não apenas médico) e requer também um tratamento do ponto de vista social, psicológico e jurídico. O diálogo interdisciplinar parece ser a única forma de proporcionar uma visão abrangente do fenômeno.

### **Considerações finais: desafios e recomendações**

Seguindo o esquema utilizado por Agnès Guillaume e Susana Lerner em *El aborto en América Latina y el Caribe* (2007), apresento os seguintes desafios e recomendações:

- No campo jurídico, o grande desafio é modificar a lei. Quando este texto foi redigido, a lei que despenaliza o aborto, apesar da maioria parlamentar favorável, tinha sido vetada pela presidência da República. As estratégias seguintes incluem uma forte atividade de *advocacy* e *lobby* pelas organizações e ativistas independentes que promovem a legalização do aborto.
- No debate público, o desafio é colocar o tema na agenda política e acompanhar o processo parlamentar. Os principais atores envolvidos são as organizações feministas, de direitos humanos, junto a organizações políticas e religiosas que promovem a legalização do aborto (a experiência do *blog* foi muito importante). Os grupos pró-vida são atores-chave, os profissionais da saúde são atores legitimados. O grande desafio para os partidários do direito das mulheres de decidir parece ser analisar o jogo político dos diversos atores e conseguir incidir.

- Em outro plano, um desafio para o Uruguai hoje é implementar a Resolução 369 de atenção pré e pós-aborto em todas as policlínicas públicas e privadas, como parte da consulta ginecológica. Para isso é necessária, além da vontade política, capacitação dos profissionais de saúde e divulgação adequada da resolução à população em geral.

No Uruguai, o aborto permanece na tensão entre a condenação pública e a prática privada, entre os direitos humanos e a tutela da sexualidade das mulheres, a autonomia dos corpos e a medicalização dos corpos. Vale lembrar que a medicalização traz a carga do disciplinamento social e o biopoder atua através de múltiplos agentes – o aborto é um de seus territórios privilegiados<sup>26</sup>. Em suma, a Resolução 369 habilita mas restringe; o misoprostol facilita, mas só se obtém no mercado paralelo; o Parlamento divide-se praticamente ao meio em vozes contra e a favor; a sociedade civil entra na arena dos debates com agendas diferentes. E, enquanto isso, as mulheres continuam abortando clandestinamente.

---

<sup>26</sup> Tema desenvolvido em Rostagnol (2001).

## Referências

ABRACINSKAS, L.; LÓPEZ GÓMEZ, A. Análisis feminista del debate social sobre el aborto en Uruguay: un tema de agenda democrática. In: CHECA, S. (Comp.). **Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

\_\_\_\_\_. **Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay: un escenario cambiante**. Montevidéo: Mujer y Salud en Uruguay, 2004.

ABRACINSKAS, L. *et al.* **Derechos sexuales y los derechos reproductivos: diagnóstico nacional y balance regional**. Montevidéo: MSU; CLADEM, 2003.

ARILHA, M.; BARBOSA, R. Cytotec in Brazil: at least it doesn't kill. **Reproductive Health Matters**, London, n.2, p.41-52, nov.1993.

BRIOZZO, L. (Ed.). **Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo**. Montevidéo: Arena, 2007.

\_\_\_\_\_. *et al.* 'Iniciativas sanitarias': una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo. In: \_\_\_\_\_ (Ed.). **Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo**. Montevidéo: Arena, 2007.

\_\_\_\_\_. **El aborto provocado: un problema humano**. Montevidéo, 2003. (Mimeo).

\_\_\_\_\_. (Coord.) **Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo**. Montevidéo: Sindicato Médico del Uruguay, 2002.

BRIOZZO, L. *et al.* El aborto provocado en condiciones de riesgo: emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay; situación actual e iniciativas médicas de protección materna. **Revista Médica del Uruguay**, Montevidéo, v.18, n.1, p.4-14, 2002.

CARRIL BERRO, E.; LÓPEZ GÓMEZ, A. **Entre el alivio y el dolor: mujeres, aborto voluntario y subjetividad**. Montevidéo: Trilce, 2008.

\_\_\_\_\_. Las experiencias de las mujeres frente a la interrupción voluntaria del embarazo: un estudio cualitativo sobre los aspectos psicológicos. In: CÁTEDRA LIBRE EN SALUD REPRODUCTIVA, SEXUALIDAD Y GENERO. ENCUENTRO UNIVERSITARIO SALUD, GÉNERO Y DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS: AVANCES EN INVESTIGACIÓN NACIONAL, 2., 2006, Montevidéo. **Anais...** Montevidéo: Universidad de la República, 2006.

CUNHA, A. L. Revisão da legislação punitiva do aborto: embates atuais e estratégias políticas no Parlamento. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 7., 2006, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2006. Disponível em: [http://www.fazendogenero7.ufsc.br/st\\_11.html](http://www.fazendogenero7.ufsc.br/st_11.html). (Aborto: conquistas e desafios).

DUFAU, G. **El pacto de San José de Costa Rica y el aborto**. Montevidéo: CLADEM, 2002. Disponible em: <http://www.cladem.org/espanol/nacionales/uruguay/PactoSanJose.pdf>.

EQUIPOS MORI. **Estudio de opinión sobre la Ley de Salud Reproductiva**: informe preliminar. Montevidéo, 2004. Disponible em: <http://www.mysu.org.uy/encuestas%20equipos%20Mori.pdf>.

GARRIDO, L. No en mi nombre. **Brecha**. Montevidéo, 15 abr. 2005. Disponible em: <http://www.convencion.org.uy/menu8-121.htm>.

GUILLAUME, A.; LERNER, S. **El aborto en América Latina y el Caribe**: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005. Paris: CEPED, 2007.

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA; UNFPA – FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA POBLACIÓN. **Reproducción biológica y social de la población Uruguay**: una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones. Montevidéo, 2005. (Proyecto Género y Generaciones). Disponible em: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/publicaciones.htm>.

INSTITUTO DEL TERCER MUNDO. **Guía del mundo 2007**. Montevidéo, 2007. Disponible em: <http://www.guiadelmundo.org.uy/cd>. Acceso em: 28 jul. 2007.

JOHNSTON, R. **Percentage of pregnancies aborted in the United States**: comments on abortion statistics. s.l.: 2006. Disponible em: <http://www.pages.progidy.net/wrjohnston/policy/abortion/index.html#CM>.

LABASTIE, M. **10 Años de discusión**: ley de derechos sexuales y derechos reproductivos. 2007. Dissertação. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevidéo, 2007.

LANGÓN, M. El proyecto uruguayo de ley sobre interrupción voluntaria de la gravidez del año 1979. **La Justicia Uruguay**, Uruguay, n.91, p.19-34, 1979.

MESA, S.; VIERA, M. El cuerpo biomédico. In: CÁTEDRA LIBRE EN SALUD REPRODUCTIVA, SEXUALIDAD Y GÉNERO. ENCUENTRO UNIVERSITARIO SALUD, GÉNERO Y DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS: AVANCES EN INVESTIGACIÓN NACIONAL, 2., 2006, Montevidéo. **Anais...** Montevidéo: Universidad de la República, 2006.

RODRÍGUEZ, A. H.; BERRO ROVIRA, G. Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal. **Revista Médica del Uruguay**, Montevidéo, n.22, p.157-161, 2006.

RODRÍGUEZ, F. *et al.* Policlínicas de asesoramiento de mujeres que desean la interrupción voluntaria del embarazo: impacto en el descenso de la mortalidad materna. In: CÁTEDRA LIBRE EN SALUD REPRODUCTIVA, SEXUALIDAD Y GÉNERO. ENCUENTRO UNIVERSITARIO SALUD, GÉNERO Y DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS

REPRODUCTIVOS: AVANCES EN INVESTIGACIÓN NACIONAL, 2., 2006, Montevidéo.  
**Anais...** Montevidéo: Universidad de la República, 2006.

ROSTAGNOL, S. El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en el Uruguay. Montevidéo, 2008. In: ARAUJO, K.; PRIETO, M. (Ed.). **Estudios sobre sexualidades en América Latina.** Ecuador: Flacso, 2008.

\_\_\_\_\_. *et al.* **Informe final:** evaluación del Centro de Salud de la Costa y de la Policlínica Santa Rita. Montevidéo, 2007. (Mimeo). (Relatório do Projeto "Proteger la vida y la salud de las mujeres disminuyendo el aborto provocado en condiciones de riesgo", do Programa Género, Cuerpo y Sexualidad, da Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República).

\_\_\_\_\_; SACCHI, C. **Cuando la mujer consulta para interrumpir su embarazo:** aspectos socioculturales en la consulta ginecológica. Montevidéo: Ruda, 2006.

\_\_\_\_\_; VIERA, M. Los derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud; estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay. In: CHECA, S. (Comp.). **Realidades y coyunturas del aborto:** entre el derecho y la necesidad. Buenos Aires: Paidós, 2006a.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Abortos y maternidades: derechos sexuales y reproductivos en mujeres adolescentes embarazadas. In: SEMINARIO REGIONAL SOBRE INVESTIGACIÓN Y GÉNERO, 2006, Montevidéo. **Anais...** Montevidéo: Universidad de la República, 2006b. (CD-ROM).

\_\_\_\_\_. Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino. **Otras Miradas,** Venezuela, v.5, n.2, dic.2005. Disponible em: [http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/grupos/gigesex/otrasmiradas/rev5\\_2/articulo3.pdf#search=%22Susana%20Rostagnol%22](http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/grupos/gigesex/otrasmiradas/rev5_2/articulo3.pdf#search=%22Susana%20Rostagnol%22).

\_\_\_\_\_; MONTEALEGRE, N. **El hospital como laberinto mudo:** dificultades en la implementación del protocolo de atención pre y post aborto. Montevidéo, 2004. (Mimeo). (Trabalho Apresentado ao VII Congreso Argentino de Antropología Social, Córdoba, 25-28 maio, organizado pela Comisión Antropología y Salud, Universidad Nacional de Córdoba).

\_\_\_\_\_. **Complicaciones post-aborto como una etapa del proceso del aborto:** los distintos actores involucrados. Montevidéo, 2003. (Mimeo). (Trabalho Apresentado ao Seminario Regional sobre Monitoreo de la Atención de las Complicaciones Postaborto en Hospitales\_Públicos en Áreas Urbanas, Buenos Aires, 21-22 abr. 2003, organizado por Foro por los Derechos Reproductivos).

\_\_\_\_\_. Aborto: territorio femenino, discurso masculino. In: Comisión de Seguimiento de Beijing (Ed.). **Dossier aborto en Uruguay.** Montevidéo, 2001.

(Artículos de Opinión, 3). Disponible em: [http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/cap9\\_3.htm](http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/cap9_3.htm).

SANSEVIERO, R. **Barreras entre mujeres pobres y adolescentes para el derecho a decidir:** investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir. Montevidéo: Asociación Uruguaya de Planificación Familiar/IPPF; Ruda, 2008.

\_\_\_\_\_. Las iniciativas sanitarias y la mujer en situación de aborto. In: BRIOZZO, L. (Ed.). **Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo.** Montevidéo: Arena, 2007.

\_\_\_\_\_. **Aborto en Uruguay:** entre la complacência y el malestar. Montevidéo, 2005a. (Mimeo). (Trabalho Apresentado à II Reunión de Investigaciones sobre Embarazo no Deseado y Aborto Inseguro: Desafíos de Salud Pública, México, organizado por El Colegio de México e Population Council).

\_\_\_\_\_. Y las uruguayas ¿también festejarán? Apuntes entre la práctica social del aborto voluntario y el veto anticipado. **Bitácora**, Montevidéo, 3 mar. 2005b. Disponible em: <http://www.bitacora.com.uy/articulos/2005/marzo/211/211general.htm>.

\_\_\_\_\_. **Condena, tolerancia y negación:** el aborto en Uruguay. Montevidéo: Centro Internacional de Información e Investigación para la Paz/UPaz/ONU, 2003.

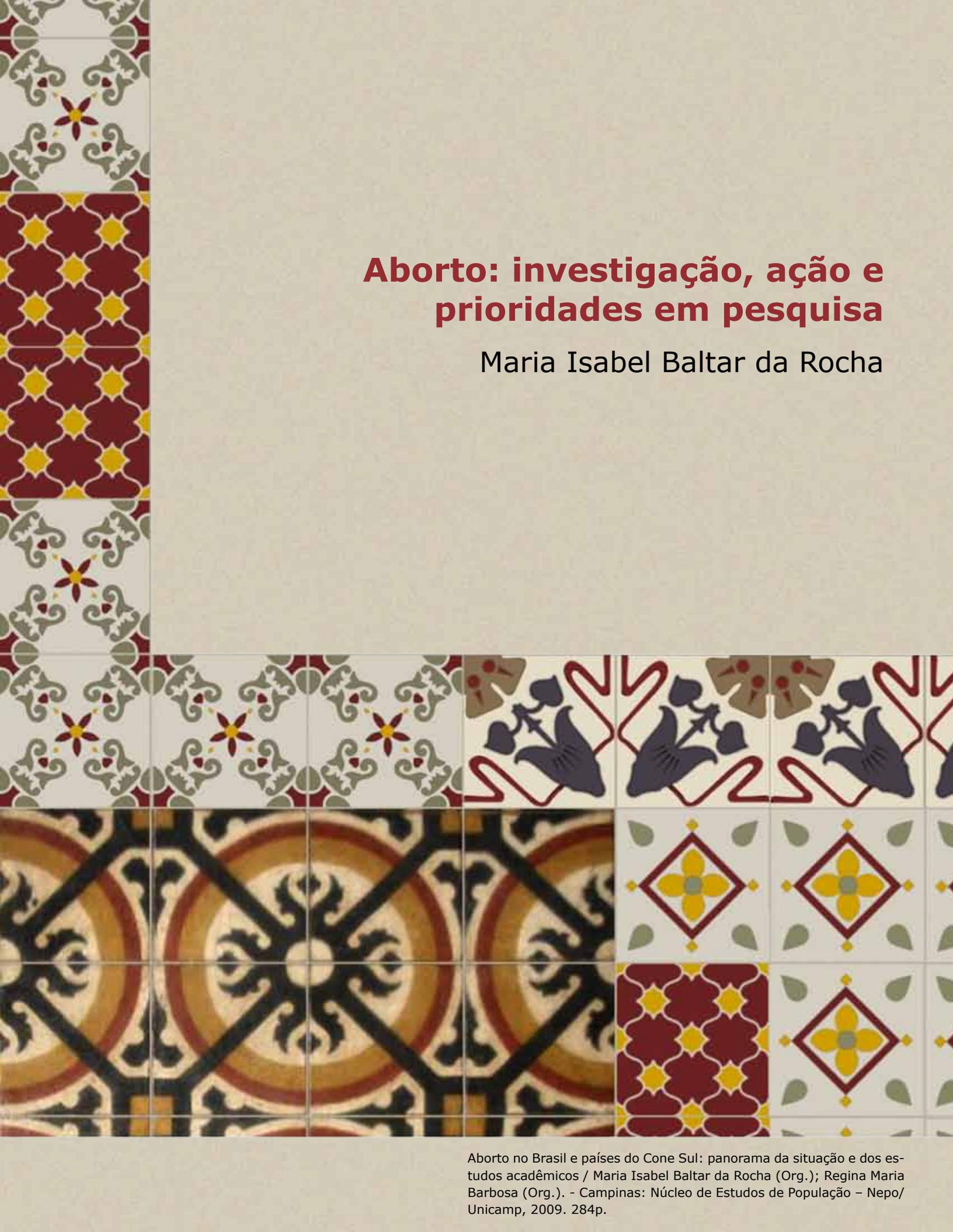
\_\_\_\_\_. El aborto en el parlamento: por una ética de la responsabilidad. **Bitácora**, Montevidéo, 6 nov. 2002. Disponible em: <http://www.bitacora.com.uy>.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Ordenanza 369/04:** asesoramiento para una maternidad segura; medidas de protección frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevidéo, 2004.

# Parte II

# Brasil





# **Aborto: investigação, ação e prioridades em pesquisa**

Maria Isabel Baltar da Rocha

# *Aborto: investigação, ação e prioridades em pesquisa*

*Maria Isabel Baltar da Rocha\**

Este texto delinea linhas de investigação e ação sobre a questão do aborto. Selecionaram-se dois blocos de temas como prioridades para a pesquisa. O primeiro visa esclarecer como o aborto inseguro se configura como problema de saúde pública, envolvendo aspectos demográficos, epidemiológicos e concernentes aos serviços de atendimento à mulher na situação do abortamento incompleto. Por meio do segundo bloco, busca-se entender a postura de atores políticos e sociais que definem a permissão dessa prática, como os legisladores, e de atores que têm formação para realizar o aborto, como as entidades médicas, sobretudo as do campo da ginecologia e obstetrícia.

Em relação ao primeiro bloco, destaca-se a importância de trabalhos que estimam a prevalência do aborto inseguro e estimam-no em amplos universos de pesquisa, de modo a esclarecer que se trata de um problema, sobretudo, de natureza social.

Para dimensionar a ocorrência do aborto inseguro no país vem-se utilizando a metodologia de pesquisa promovida pelo Instituto Alan Guttmacher, publicada em 1994, que se baseia em dados hospitalares, corrigidos por um fator proveniente de informações de pesquisas qualitativas (após correções na notificação, bem como ajustes em relação à subestimação e ao aborto espontâneo). Seguindo a coerência dessa metodologia, seria desejável realizar pesquisas que averiguassem a qualidade das informações hospitalares referentes ao aborto induzido, incluindo a questão da subnotificação. Seria também desejável desenvolver pesquisas qualitativas que aperfeiçoassem e atualizassem as informações que compõem o fator de correção utilizado, uma vez que se passaram quase 15 anos da realização daquela pesquisa (por exemplo, se o uso do misoprostol afasta ou aproxima a mulher da busca do hospital). Seria desejável, por fim, trabalhar com informações cada vez mais desagregadas, possibilitando um melhor conhecimento da situação do aborto nas unidades da federação, nos municípios e por diferentes faixas etárias das mulheres, de modo a fornecer subsídios, mais diretamente, para políticas públicas e programas de saúde.

---

\* Este texto de Bel Baltar, inédito, foi preparado para uma reunião de trabalho realizada posteriormente ao Seminário. Apesar de este ser um texto de trabalho, esquemático, que ela com certeza não vislumbrou publicar, optou-se pela sua inclusão porque as linhas de pesquisa delineadas iluminam a organização dos capítulos referentes ao Brasil, que aqui se iniciam.

Uma outra linha de investigação a ser priorizada nesse tema – com a preocupação de visibilizar o problema – seria a realização de pesquisas domiciliares com um amplo universo e amostra representativa, que considerassem os aspectos sociodemográficos relacionados à prática do aborto, incluindo os étnicos-raciais. Os desafios da realização de pesquisas dessa natureza necessitariam ser avaliadas, inclusive as estratégias metodológicas a serem utilizadas para a abordagem da temática junto às entrevistadas. Parte-se da idéia de que, apesar de o aborto ser ilegal no país, o assunto acha-se cada vez menos clandestino. Isto é, supõe-se que a ampliação da discussão no Brasil, acentuada nestes últimos anos, torne-se um fator favorável para o desenvolvimento de pesquisas junto à população.

Na busca de esclarecer que a prática do aborto inseguro é um problema de saúde pública, cumpre ainda investigar a mortalidade materna decorrente dessa prática, considerando a hipótese da sua subnotificação e sub-registro. Conforme informações oficiais, no Brasil estima-se que essa mortalidade seja da ordem de 74,5 óbitos para 100.000 nascidos vivos, em 2002. Há décadas que, entre as causas obstétricas diretas, a mortalidade materna por aborto, ao lado das infecções puerperais, ocupa a terceira ou quarta posição, sempre precedida pelas doenças hipertensivas e pelas síndromes hemorrágicas. No entanto, é importante considerar que tanto as síndromes hemorrágicas como as infecções puerperais certamente incluem a ocorrência de muitos abortamentos. A título de exemplo, é interessante citar pesquisa realizada em Salvador, que constatou elevada subnotificação da morte por aborto, situando esta como a primeira causa de mortalidade materna no município, em 1993. Coloca-se, portanto, o desafio de ampliar a investigação nessa área, utilizando metodologias que captem o sub-registro e a subnotificação dessa ocorrência, atentos para as questões de classe social e de raça/etnia.

Por fim, ainda no campo do aborto como problema de saúde pública, cabe investigar os serviços públicos de saúde que prestam atendimento às mulheres na situação do abortamento incompleto. Afinal de contas, são cerca de 200.000 mulheres que chegam anualmente aos hospitais públicos do Brasil em busca de atendimento por terem provocado um aborto. Esse assunto tem sido objeto de crítica e reivindicação dos movimentos de mulheres e alguns estudos já mostraram as dificuldades de acolhimento da mulher, suas atitudes, bem como as atitudes da equipe profissional para com elas.

A percepção da gravidade dessa questão e uma perspectiva humanizada da assistência à saúde levaram a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde a preparar, em 2005, uma norma técnica a esse respeito. Trata-se, portanto, de investigar esse tema do ponto de vista da usuária e do ponto de vista dos profissionais, incluindo o cumprimento dessa norma definida pelo poder público.

Em relação ao segundo bloco de temas, a idéia é aprofundar e ampliar pesquisas que visem entender as opiniões e os processos políticos de discussão e decisão de dois importantes atores políticos e sociais relacionados à questão: o Parlamento e as entidades médicas. O primeiro deles constitui parte da estrutura do Estado; o segundo é, basicamente, do âmbito da sociedade civil. Atores que detêm o poder de formular leis, no caso do Parlamento, ou atores que congregam profissionais habilitados a realizar atos médicos, inclusive o aborto, no caso das entidades médicas.

Quanto ao Parlamento, trata-se de pesquisar o processo político sobre a questão, incluindo sua relação com o poder executivo e a sociedade civil. No que se refere ao processo de decisão interna no Congresso Nacional, é importante analisar, além dos partidos políticos, a constituição e o comportamento de frentes parlamentares ou bancadas. Esses agrupamentos perpassam os próprios partidos, unidos por identidades como a frente parlamentar de saúde, a bancada feminina, a bancada evangélica, o grupo católico. O acompanhamento do debate sobre a questão do aborto no Congresso Nacional sugere que há uma certa sintonia entre esses grupos de parlamentares e determinados segmentos da população que eles, de alguma maneira, representam.

Quanto às entidades médicas, trata-se de pesquisar em que medida a questão do aborto está presente em sua agenda, como elas se posicionam em relação à temática, quais as contradições internas existentes sobre o assunto, ou entre elas. Está se falando de instituições de diversa natureza, com missão e cultura específicas, a saber, conselhos de medicina, associações profissionais médicas abrangentes ou associações voltadas para a área da ginecologia e obstetrícia, bem como as entidades sindicais da categoria médica.

Em ambas situações destacadas – seja em relação às pesquisas sobre o Parlamento ou às entidades médicas – é importante trabalhar com uma perspectiva histórica, que possibilite apreender o processo mais abrangente de discussão dessa temática. Por outro lado, é interessante propor trabalhos comparados com outros países da região, em busca de semelhanças e diferenças em seus processos de discussão e decisão a respeito do assunto. Acredita-se que esses procedimentos irão colaborar para o enriquecimento dos estudos e, sem dúvida, poderão fornecer novos subsídios para a discussão sobre a revisão da legislação, para a formulação de políticas públicas e programas nessa área e para a atuação da sociedade civil.

### **Políticas públicas, programas e ações: desafios e recomendações**

Para refletir sobre a questão do aborto nesta seção, pensou-se também em dividi-la em duas partes. Na primeira, será focalizado o que se avançou no espaço político estritamente legal, bem como os desafios e as recomendações para a implementação efetiva dessas conquistas. Na segunda parte, será discutido como se

tem buscado avançar além do que está previsto na lei, nas políticas públicas e programas – nesse caso, envolvendo sobretudo as reivindicações e ações dos movimentos de mulheres e de seus aliados políticos.

No que se refere à primeira parte, é importante recordar que no Brasil a prática do aborto é crime previsto no Código Penal, não sendo punido apenas nas situações de risco de vida da gestante e da gravidez que resulta de estupro. Re-significado como aborto legal, fruto da atuação do movimento feminista e de importantes parceiros do campo da saúde, o aborto previsto em lei passou a ser atendido de modo regular em alguns hospitais públicos, em um país que se redemocratizava a partir da segunda metade dos anos 1980.

Do fim dos anos 1990 até a atualidade se avançou mais, dessa vez por meio de medidas do Ministério da Saúde, que passou a ter sua Área Técnica de Saúde da Mulher coordenada por feministas. É importante registrar que essa atuação ocorreu no contexto de um Sistema Único de Saúde conquistado no processo de redemocratização, cujos princípios são a universalidade, a equidade e a integralidade. Entre suas diretrizes inclui-se a participação da comunidade, ou seja, o controle da sociedade sobre o Estado para o cumprimento dos referidos princípios e diretrizes. Os progressos nesse campo foram também respaldados pela participação do Brasil nas referidas conferências realizadas pela Nações Unidas nos anos 1990.

Nesse contexto, vale citar as seguintes decisões originárias das gestões da Área Técnica de Saúde da Mulher, relacionadas à questão em estudo: a *Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*, em 1998, publicada no começo de 1999; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004; o Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna, em 2004; a Política de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2005; a *Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento*, em 2005; e, por fim, a ampliação da primeira norma técnica, de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, ainda em 2005. Mais recentemente, em 2007, a questão voltou à agenda política, sobretudo a partir de declarações do Ministro da Saúde a respeito do aborto como um problema de saúde pública.

Quais os desafios que se colocam, face a esses avanços que ocorreram no contexto das leis vigentes no país? Acredita-se que o principal deles é a distância entre o que se alcançou formalmente e o que de fato se implementou. Defasagem que ocorre em um ambiente em que o sistema público de saúde é descentralizado e em que a adoção de determinadas medidas corresponde, também, à responsabilidade e à vontade política do poder local. Defasagem esta que também passa pela questão do preparo dos gestores e seu comprometimento com os direitos de cidadania, bem como com a formação dos profissionais de saúde e seu envolvimento com os referidos direitos.

Uma das principais chaves para enfrentar essa questão encontra-se nos instrumentos do controle social do próprio Sistema Único de Saúde – as conferências e os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde. Trata-se, portanto, de fomentar a participação da comunidade utilizando esses instrumentos com uma perspectiva crítica, enfatizando as questões do campo da saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos, estabelecendo nesse espaço político alianças com parceiros que se identificam com essas questões.

No que diz respeito à segunda parte desta seção, indaga-se, como se tem buscado avançar além do que está previsto na lei, nas políticas públicas e programas? A idéia é referir-se à atuação do movimento feminista, suas articulações políticas com outros setores dos movimentos de mulheres e com outros segmentos sociais, sobretudo profissionais do campo da saúde.

É possível afirmar que o movimento feminista, alguns anos depois da constituição de sua segunda etapa, que ocorreu na metade da década de 1970, passou a discutir publicamente esse assunto no contexto do processo de abertura política, às vésperas da redemocratização do país. Desde essa época o tema encontra-se na agenda desse movimento, que vem reivindicando a descriminalização e, posteriormente, também a legalização do aborto como um direito da mulher.

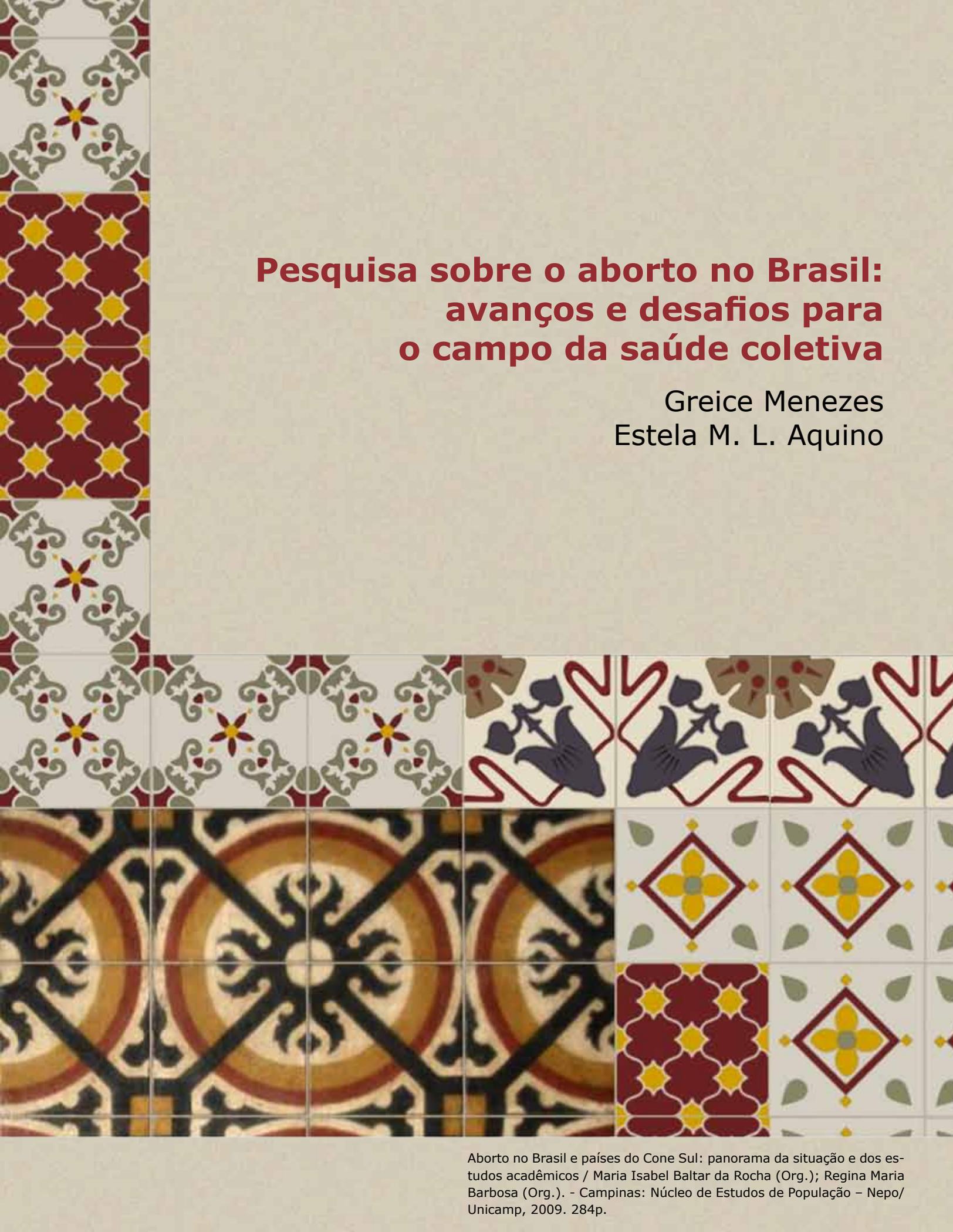
Essa atuação perpassa vários momentos da história do país. Se compararmos o começo da discussão pública trazida pelo referido movimento há 25 anos com a situação atual do debate sobre aborto no Brasil, é possível notar que houve uma grande ampliação desse debate mas, como foi observado, somente houve conquistas no âmbito do que já estava previsto na lei.

É verdade que a discussão passou a ter grande repercussão no Congresso Nacional a partir dos anos 1990, mas depois de algumas iniciativas progressistas tornou-se objeto de forte reação conservadora, proveniente de setores religiosos. Em resumo, do referido período até a atualidade não se avançou na legislação, mas também não houve retrocessos. O recente episódio do projeto de lei da Comissão Tripartite (constituída pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres), que considera o aborto um direito da mulher e que teve forte influência do movimento feminista, mostra que os obstáculos a mudanças legais nesse campo são muito fortes. No entanto, é interessante comparar a situação do movimento feminista em relação a esse assunto nesses dois diferentes momentos, ou seja, no início da discussão pública e na atualidade: no primeiro caso, quando essa discussão ainda estava restrita às feministas e, no segundo caso, quando esta se ampliou para diferentes movimentos de mulheres, para profissionais da área da saúde e para vários outros atores políticos e sociais.

Encontra-se aí um dos principais desafios para avançar em relação à questão do aborto. É necessário aprofundar mais essa discussão no que concerne os próprios

movimentos de mulheres, bem como é necessário estendê-la em relação aos parceiros ou possíveis novos parceiros.

Por fim, é necessário envidar esforços para alargar o debate sobre o assunto, para dar visibilidade à questão, para afastar o tema da clandestinidade – criando condições de se pressionar o Parlamento para mudanças na lei referente ao aborto. Embora a reação conservadora seja grande, é importante considerar que muitas das idéias do feminismo já estão difundidas na sociedade, sendo algumas vezes também transmitidas por outros atores políticos e sociais, que não diretamente pelas feministas. Conforme define a cientista política Celi Jardim, em seu livro *Uma história do feminismo no Brasil*, trata-se do “feminismo difuso na sociedade, fruto, certamente, de anos de militância do movimento organizado”.



# **Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva**

Greice Menezes  
Estela M. L. Aquino

# *Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva\**

*Greice Menezes  
Estela M. L. Aquino\**

O presente texto apresenta o panorama mais recente dos estudos sobre aborto no país, particularmente no campo da Saúde Coletiva, buscando apontar lacunas nessa produção e os desafios para a investigação do tema. Para sua elaboração, não se procedeu a uma revisão exaustiva da literatura, mas foram selecionados os trabalhos mais representativos da bibliografia brasileira, sendo privilegiados aqueles que trazem resultados de pesquisas empíricas e publicados em periódicos nacionais.

Nas últimas três décadas, no Brasil, emergiu e se consolidou um novo campo de produção científica articulando as temáticas de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva (AQUINO *et al.*, 2003). Comparativamente aos inúmeros objetos que vêm sendo investigados nesse campo, o aborto permanece um tema pouco estudado, a despeito do reconhecimento de sua importância como problema de saúde pública e de constituir prioridade na agenda dos movimentos sociais nacionais e internacionais.

O ápice dessa produção situa-se na década de 1990, embora trabalhos brasileiros possam ser recuperados desde o final dos anos 1960. Na última década, coletâneas sobre saúde reprodutiva incluem a discussão sobre aborto (GIFFIN; COSTA, 1999; BERQUÓ, 2003) e publicações inteiras foram dedicadas ao tema (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004; IPPF, 2006).

Esse acervo conta com participação autoral importante dos profissionais da medicina – particularmente da gineco-obstetrícia – e da enfermagem, mas também daqueles das ciências humanas. A maior parcela dos trabalhos foi realizada em instituições da região Sudeste; seguem-se as do Nordeste e, em menor número, do Sul. Raras são as pesquisas desenvolvidas no Centro-Oeste, sublinhando-se a ausência de trabalhos no Norte do país.

Há uma tradição de desenvolvimento de investigação sobre o tema por alguns grupos de pesquisa, mas parte expressiva dos trabalhos consistiu em iniciativas isoladas e pontuais.

Chama atenção que parcela da produção nacional sobre o aborto, originalmente elaborada sob a forma de dissertações e teses acadêmicas, não se reverte em publicação em revistas de mais ampla circulação. Também persiste certa dificuldade

---

\* Versão resumida deste trabalho foi publicada em *Cad. Saúde Pública*, vol.25, supl.2, p. s193-s204, 2009

\* Pesquisadoras do Musa – Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Gênero e Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

no acesso a alguns artigos publicados em revistas nacionais não disponíveis em meio eletrônico.

Embora este trabalho trate da temática "abortamento"<sup>1</sup>, a referência mais constante será feita ao termo "aborto", por seu uso consagrado. A expressão "interrupção voluntária da gravidez - IVG", originária de textos da legislação francesa e pouco comum na literatura brasileira, é também usada como sinônimo da prática de abortamento. Essa definição, ao incorporar a dimensão volitiva da prática, distancia-se do termo médico "aborto" e faz aparecer os sujeitos e suas demandas de não prosseguir com uma gestação. Ela corresponderia ao termo mais corrente "aborto provocado"<sup>2</sup>, ou outros como "aborto inseguro", "aborto induzido", usados em textos científicos, ainda que os últimos sejam mais freqüentes na produção médica sobre o tema. Tais designações distinguem-se do abortamento (ou aborto) espontâneo, geralmente qualificado como tendo ocorrido por causas "naturais".

A relativa escassez de estudos sobre o aborto a que se aludiu surpreende mais ainda pelo seu potencial de articular questões centrais e caras ao campo da saúde reprodutiva, desde as relações de gênero e os processos de decisão na esfera reprodutiva até a provisão de assistência e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

No país, as severas restrições legais à prática do aborto não têm evitado sua realização, mas reiterado as desigualdades sociais entre as mulheres. Isso porque, embora todas compartilhem a mesma situação de ilegalidade da intervenção – o que as obriga a buscar práticas clandestinas para interrupção de uma gravidez não-prevista – *grosso modo* duas trajetórias se confirmam: a daquelas que podem arcar com os custos de uma intervenção em clínicas privadas, com acesso a métodos rápidos, seguros e sem riscos aparentes à saúde; e a das que constituem a maioria da população feminina que, sem recursos, recorrem a estratégias inseguras e precárias, numa sucessão cada vez mais arriscada para a saúde, podendo inclusive, chegar à morte.

O aborto envolve aspectos de cunho moral e religioso, sendo objeto de forte sanção social. Essa condição implica dificuldades no seu relato pelas mulheres, particularmente em contextos de ilegalidade, como no Brasil. A investigação do aborto nessa situação requer cuidados metodológicos específicos, com implicações éticas no manejo do tema.

---

<sup>1</sup> Abortamento, na definição oficial do Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.15), "é a expulsão de um produto da concepção com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 cm ou com menos de 20 semanas de gestação, tendo ou não evidências de vida e sendo ou não espontâneo ou induzido". Ainda de acordo com essa definição, chama-se aborto "o produto da concepção expulso no abortamento".

<sup>2</sup> Aquele em que houve utilização de substâncias, objetos ou instrumentos pela própria pessoa ou por outra, com a intenção de interromper a gravidez.

## **A difícil estimação da ocorrência do aborto**

Na literatura epidemiológica, no campo da saúde pública, o aborto é considerado uma questão “sensível”, “delicada” ou mesmo “embaraçosa”, de difícil declaração.

Para Boltanski (2004), nem a legalização do aborto, nem as argumentações que têm sido (re)elaboradas para conferir legitimidade à sua prática conseguiram colocar um ponto final nos debates e conflitos que o tema suscita. Quando é declarado pelas mulheres, é sempre como um mal menor, alvo de justificativas, enfatizando-se circunstâncias atenuantes diante das quais não se poderia ter agido de outra forma. Nessas condições, a tendência é subtraí-lo da esfera pública, de onde se fala do aborto apenas em sua generalidade – seja para condená-lo, seja para defender o direito de ser praticado. A referência ao ato concreto permanece circunscrita ao âmbito de relações privadas e íntimas (onde, aliás, sempre esteve junto às demais práticas femininas ligadas à reprodução), ou de contextos institucionais, onde está protegido pelo segredo profissional (BOLTANSKI, 2004).

O grau de omissão do relato sobre o aborto apresenta-se como o principal problema metodológico a ser enfrentado em estudos que buscam obter a informação diretamente das mulheres, pois a subdeclaração introduz um erro em sua mensuração, subestimando sua ocorrência. De forma geral, essa situação é mais grave em locais onde o aborto é criminalizado, ainda que a omissão do aborto seja registrada em contextos onde é legalizado, mas em que persistem restrições a sua prática. Parece haver maior facilidade para seu relato em situações de ilegalidade, mas em ambientes sociais mais permissivos à sua realização. Portanto, não existe um contexto “único e universal” para discussão do tema (HUNTINGTON; MENSCH; MILLER, 1996).

A magnitude do aborto provocado tem sido mensurada com base em diferentes fontes e recorrendo a distintos métodos: estatísticas hospitalares sobre internações por aborto; registros de óbitos; autodeclaração das mulheres por meio de questionários auto-aplicados ou de entrevista face a face, inclusive com ajuda de telefone, de equipamentos de áudio, ou computador. Estimativas indiretas são procedidas pelo relato anônimo de terceiros, ou pela consulta a *experts*. Em desenhos de estudos transversais ou longitudinais, nenhuma dessas fontes ou métodos para captar a informação sobre aborto assegura a completa fidedignidade do relato, devendo-se sempre esperar algum grau de imprecisão nas medidas (ROSSIER, 2003). E, ainda, o relato do aborto é variável não só em função das estratégias e técnicas para obtenção da informação, mas de aspectos relativos ao local da entrevista, às características do entrevistador e ao tipo de formulação da questão (BARRETO *et al.*, 1992).

No Brasil, investigações que buscaram estimar a magnitude do aborto utilizando a informação diretamente obtida das mulheres atestaram graus variados de

sub-relato do aborto, reconhecendo-se que o quadro obtido representa o patamar mínimo de sua ocorrência nas populações estudadas (SILVA, 1993; OLINTO; MOREIRA FILHO, 2004; 2006).

Outros autores buscam focar a própria interpretação das mulheres sobre a experiência de realizar um aborto. Pesquisas realizadas em São Paulo (OSIS *et al.*, 1996), Fortaleza (NATIONS *et al.*, 1997) e Porto Alegre (LEAL; LEWGOY, 1998) constataram que elas tendem a negar a prática, ao serem inquiridas de forma direta; entretanto, declaram mais facilmente aquilo que consideram procedimentos de regulação menstrual (uso de chás, beberagens com ou sem drogas abortivas), em situações de gravidez presumida ou mesmo confirmada.

Osís *et al.* (1996), que entrevistaram 1955 mulheres em seus domicílios no estado de São Paulo, relatam que apenas 4% das entrevistadas admitiram diretamente ter feito um aborto alguma vez na vida, enquanto 16,7% declararam ter usado “algum remédio para descer as regras”.

Do mesmo modo, Nations *et al.* (1997), em Fortaleza, utilizando entrevistas em profundidade com informantes-chave e mulheres que haviam realizado um aborto em período próximo à pesquisa, constataram relatos ambíguos sobre gravidez e aborto. Para esses autores, mais do que manipulações conscientes de negação, as práticas declaradas pelas mulheres são entendidas como procedimentos para regulação menstrual e constituem estratégias populares de controle de sua fecundidade, em contextos restritivos e punitivos da realização do aborto.

Leal e Lewgoy (1998) também identificaram semelhante situação em estudo etnográfico feito em vilas populares de Porto Alegre. Os autores discutem que uma gravidez não-legitimada socialmente (pelo parceiro, pela família de ambos, pela rede social) abre a possibilidade de sua interrupção, com recurso a métodos não identificados como abortivos, mas para “fazer baixar as regras”, integrando, portanto uma rotina contraceptiva (LEAL; LEWGOY, 1998).

A realização dos estudos multicêntricos propicia a comparação de realidades distintas em um país com tantos contrastes socioculturais como o Brasil. Um caso exemplar é a pesquisa *Gravad*<sup>3</sup>, realizada em três cidades brasileiras. Nesse inquérito domiciliar realizado com amostra representativa das populações estudadas, adotaram-se vários procedimentos visando favorecer a declaração do aborto provocado, seja na elaboração do questionário, na seleção dos entrevistadores e nos cuidados na aplicação da entrevista (AQUINO; ARAÚJO; ALMEIDA, 2006a). A menção ao aborto foi inicialmente obtida como alternativa de resposta ao desfecho de eventual gravidez em

---

<sup>3</sup> A investigação *Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil - Pesquisa Gravad*, elaborada por Maria Luiza Heilborn, Michel Bozon, Estela Aquino e Daniela Knauth, foi realizada por três centros de pesquisa: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS/Uerj; Programa de Estudos em Gênero e Saúde do ISC/Ufba; e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da UFRGS. A principal publicação é Heilborn (2006).

cada um dos relacionamentos que integravam a trajetória afetivo-sexual das pessoas entrevistadas; depois, em um bloco específico sobre gravidez, resumizando as informações sobre aborto, o que permitia checar inconsistências entre respostas. Embora isso não afaste a possibilidade de sub-relato, os resultados convergem com os de outras pesquisas, registrando a maior magnitude do aborto em Salvador, comparada à do Rio de Janeiro e Porto Alegre (AQUINO; ARAÚJO; ALMEIDA, 2006b).

As informações provenientes de inquéritos domiciliares, ainda que passíveis de subdeclaração, permitem investigar características dos indivíduos, de sua família e o contexto do aborto, o que é difícil alcançar por meio de outras fontes, além de possibilitar o contraste entre subgrupos que interromperam ou não a gravidez.

### **A magnitude do aborto no Brasil**

Para dimensionar a magnitude do aborto, dois indicadores são tradicionalmente utilizados: o primeiro, a "taxa de abortos"<sup>4</sup>, expressa a probabilidade de as mulheres em idade reprodutiva recorrerem ao aborto em um dado período ou ao longo da vida; o segundo, a "proporção de abortos por gravidezes"<sup>5</sup>, representa o peso relativo das mulheres que, uma vez grávidas, interrompem a gestação – nesse caso, excluídos do denominador os abortos espontâneos (SINGH; SEDGH, 1997; SILVA, 1997; BANKOLE; SINGH; HAAS, 2001).

Embora com significados distintos, esses indicadores são complementares e possibilitam uma informação mais completa sobre a situação do aborto. A taxa de aborto é considerada a medida de excelência para estimar a magnitude da ocorrência, permitindo comparações entre populações no mesmo período de tempo, ou evidenciando variações temporais em uma mesma população. Já a proporção aborto/gravidez tem maior utilidade para detectar alterações de comportamento diante de uma gravidez, não dependendo da magnitude da fecundidade na população ou em seus subgrupos (SILVA, 1997; BANKOLE; SINGH; HAAS, 2001). Assim, taxa e proporção de abortos podem diminuir simultaneamente, em contextos onde os níveis de fecundidade são estáveis e as mulheres recorrem menos ao aborto, por adotarem métodos contraceptivos seguros. Entretanto, podem não seguir a mesma tendência: por exemplo, a proporção de abortos pode aumentar, mesmo com a fecundidade estável ou em descenso, desde que haja uma diminuição relativa da proporção de partos (SINGH; SEDGH, 1997).

---

<sup>4</sup> A taxa é construída dividindo o número de abortos no período considerado pela população feminina em idade reprodutiva (variando nos estudos, de 15 a 44 ou de 15 a 49 anos); são também utilizadas taxas separando menores de 20 anos e considerando as faixas etárias subsequentes de cinco anos.

<sup>5</sup> Proporção de abortos: número de abortos para cada 100 gravidezes.

## **Estimativas a partir de internações hospitalares**

No começo dos anos 1990, uma pesquisa publicada pelo AGI – Instituto Alan Guttmacher, desenvolvida concomitantemente em outros cinco países da América Latina<sup>6</sup>, com base nos registros de curetagens pós-aborto realizadas na rede pública de serviços e nos relatos de profissionais de saúde entrevistados, estimou a ocorrência no Brasil de 1.443.350 abortos em 1991. Estipulava-se à época para o país uma taxa de 3,7 abortos/100 mulheres de 15 a 49 anos, com 31% das gravidezes terminando em aborto (AGI, 1994).

Singh e Sedgh (1997), utilizando dados de diferentes fontes nacionais e regionais da Colômbia, do México e do Brasil, analisaram a influência do aborto na determinação dos níveis e da tendência da fecundidade desses países, entre os anos 1970 e início da década de 1990. Embora assinalassem a primazia do uso de contraceptivos na explicação da acentuada queda da fecundidade nos locais estudados, mostravam uma situação específica no Brasil, com o aborto desempenhando um papel mais significativo. O país apresentava no início dos anos 1990 uma taxa de fecundidade geral 13% mais baixa do que se esperava, em função do aumento contínuo da proporção do aborto, desde os anos 1970. Para essas autoras, tal como já havia sido assinalado por Barbosa e Arilha (1993), a difusão do uso do Cytotec<sup>®7</sup>, apesar da sua proibição, facilitou o recurso ao aborto, ao ser vendido ilegalmente nas farmácias do país, em uma realidade que impunha às mulheres obstáculos ao acesso a contraceptivos, mesmo em um contexto de grande aumento da prevalência de esterilização feminina. Vários trabalhos (COSTA; VESSEY, 1993; COELHO *et al.*, 1993; GONZALEZ *et al.*, 1998) foram publicados nos anos 1990, sobretudo em periódicos internacionais, enfocando a singularidade da experiência das mulheres brasileiras com o uso do Cytotec<sup>®</sup>, o padrão de uso da medicação e os efeitos da droga sobre o feto em casos de tentativas não-exitosas de interrupção da gravidez.

Para o período 1994/1996, os dados do estudo do AGI foram atualizados por Corrêa e Freitas (1997), aplicando-se o mesmo fator de correção utilizado no trabalho anterior (AGI, 1994). Apesar de registrar-se um decréscimo, foram estimados valores entre 728.100 a 1.039.000 abortos provocados (estimativa média e máxima, respectivamente).

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

---

<sup>6</sup> Colômbia, Chile, México, Peru e República Dominicana.

<sup>7</sup> Nome comercial do misoprostol, uma prostaglandina sintética utilizada para tratamento de úlceras gastroduodenais, que vem sendo amplamente usado pelas mulheres por seu efeito de contração da musculatura uterina.

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, 1999).

Sobre essas disparidades regionais, Singh e Segdh (1997) já haviam sinalizado que, desde o início da década de 1990, as regiões do país encontravam-se em situações distintas quanto à transição demográfica, com os estados das regiões Sudeste, e sobretudo do Sul, em uma etapa mais “avançada”. Foi na região Nordeste que o aborto parece ter tido papel mais importante na queda da fecundidade.

### **Os estudos de base populacional**

No Brasil, ainda são poucos os estudos de base populacional sobre o tema, envolvendo amostras representativas de mulheres. Foram encontradas investigações locais (MARTINS *et al.*, 1991) em sete favelas da área metropolitana do Rio de Janeiro; no subdistrito de Vila Madalena, na cidade de São Paulo (SILVA, 1993); em Pelotas, no Rio Grande do Sul (OLINTO; MOREIRA FILHO, 2004; 2006); nos municípios de Campinas e Sumaré, em São Paulo (OSIS *et al.*, 1996); e apenas um estudo multicêntrico, embora restrito à população de jovens (a já mencionada Pesquisa Gravada, com amostra representativa de moças e rapazes de 18 a 24 anos de Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre – HEILBORN, 2006).

As duas pesquisas Bemfam-DHS<sup>8</sup> (1986; 1996), apesar de incluírem questões sobre aborto em seus questionários, não divulgaram esses resultados nas respectivas publicações. Sobre a pesquisa de 1986, identificou-se uma única referência (Santos, 1994), que descreve os dados obtidos: dentre as 5.892 mulheres de 15 a 54 anos entrevistadas, foi declarado um total acumulado de 1.093 casos de aborto, dos quais apenas 166 declarados como provocados; especificamente dentre os ocorridos no ano anterior à pesquisa, dos 128 abortos relatados, 26 foram assumidos como induzidos.

---

<sup>8</sup> As pesquisas DHS – *Demographic Health Surveys* – inscrevem-se num programa da Usaid para coletar dados de saúde reprodutiva usando metodologia padronizada, de modo a permitir a comparabilidade nos países em desenvolvimento onde são realizadas. No Brasil foram conduzidas pela Bemfam.

Em uma investigação recente de abrangência nacional, realizada com jovens escolares de estabelecimentos públicos e privados, em 13 capitais brasileiras e no Distrito Federal, constatou-se que, embora grande parcela dos entrevistados (de 42 a 68,3% nas capitais estudadas) tenha mencionado conhecer alguém que já havia feito um aborto, apenas uma reduzida proporção admitiu já tê-lo feito (2,4 a 7,6% – ABRAMOVAY, 2004).

No inquérito domiciliar realizado por Martins *et al.* (1991) foram entrevistadas 1.784 mulheres de 15 a 49 anos, residentes em áreas de baixa renda da cidade do Rio de Janeiro. Aproximadamente um terço delas relatou um aborto, sendo 16,9% provocado; 23,6% das gestações declaradas terminaram em aborto.

As pesquisas que utilizaram a Técnica de Resposta ao Azar (TRA<sup>9</sup>) alcançaram das mulheres relato mais freqüente de realização do aborto, pela garantia da confidencialidade da informação no momento da entrevista. Assim, em 1987, em um estudo transversal com uma amostra de 2.004 mulheres entre 14 e 49 anos de idade, residentes em Vila Madalena, zona urbana de São Paulo, Silva (1993) obteve uma declaração de aborto cinco vezes maior com o uso dessa técnica. Estimou-se uma taxa de 41 abortos/1000 mulheres, com 31,3% das gestações tendo sido interrompidas. Esse desfecho foi mais freqüente entre as mais jovens e entre as não-casadas; estas últimas, embora engravidando menos, recorriam mais ao aborto. Ao validar a informação pela TRA, constatou-se que, ao serem inquiridas diretamente, a maioria das mulheres omitiu ter realizado o aborto (80%), sendo estas principalmente as mais jovens, as não-casadas, as mulheres com um número de filhos nascidos vivos menor ou inferior àquele considerado ideal, as não-usuárias de contraceptivos e aquelas com restrições à prática de aborto.

Em 1993, novo levantamento foi realizado pela mesma autora, dessa vez para toda a cidade de São Paulo (SILVA; MORELL, 2002). Investigaram-se 1.749 mulheres de 15 a 50 anos em duas amostras, também comparando as respostas diretas com aquelas obtidas pela TRA. Excluindo-se as entrevistadas que ainda não haviam engravidado, aproximadamente 41,7% das mulheres já haviam provocado um aborto, tendo este ocorrido de forma mais freqüente no início das suas trajetórias sexuais. Novamente, obteve-se maior declaração com a TRA, sendo a omissão do aborto tão elevada (88,3%) quanto aquela obtida em 1987.

No estudo de Olinto e Moreira Filho (2004; 2006), comparou-se o método da Urna<sup>10</sup> com aquele das Questões Indiretas, em um inquérito com 3.002 mulheres de 15

---

<sup>9</sup> A TRA utiliza um mecanismo destinado a garantir a confidencialidade da resposta do entrevistado diante do entrevistador e assim obter respostas mais fidedignas para questões delicadas. Tal técnica está bem descrita em Silva (1993).

<sup>10</sup> Em uma urna, a entrevistada coloca sua resposta escrita em um papel que continha questões sobre se fez aborto. Com a parte superior de acrílico, a urna permite a visualização pela entrevistada de outras respostas no seu interior (todas em branco, postas pela coordenação da pesquisa).

a 49 anos, de zona urbana, em Pelotas, RS<sup>11</sup>. Os autores obtiveram relato de aborto induzido de 3,8% com o método das questões indiretas, elevando-se para 7,2% ao ser aplicado o método da Urna. A pequena diferença encontrada pode ter se devido à forma estigmatizante como foi elaborada a questão<sup>12</sup>.

Mais recentemente, como já mencionado, em um inquérito realizado em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, entrevistando 4.634 moças e rapazes, de uma amostra representativa de jovens de 18 a 24 anos das três cidades, 7,5% delas – e 12,4% deles, ao falarem das parceiras – relataram a experiência de um aborto provocado na adolescência, com os maiores valores, em ambos os sexos, encontrados entre jovens baianos e os menores entre gaúchos, com os cariocas situando-se em posição intermediária (AQUINO; ARAÚJO; ALMEIDA, 2006b).

### **Repercussões do aborto sobre a saúde**

A caracterização do aborto como problema de saúde pública advém não só de sua elevada magnitude, mas dos efeitos sobre a saúde. Desde os anos 1980, resultados de investigações revelam a subnotificação das mortes por aborto, evidenciando-o como causa importante de morte de mulheres grávidas, em circunstâncias plenamente evitáveis.

Mortalidade: a face mais grave do problema

As mortes por aborto apresentam uma tendência de redução (LIMA, 2000), embora sejam apontadas como as mais mal-notificadas dentre as causas de morte materna (SILVA, 1992; TANAKA; MITSUIKI, 1999; PARPINELLI *et al.*, 2000; VALONGUEIRO, 2000). No Brasil, figuram como a terceira ou quarta causa de morte materna, por complicações infecciosas ou hemorrágicas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

As pesquisas brasileiras sobre mortalidade materna têm utilizado diversas fontes, como as estatísticas oficiais de mortalidade (TANAKA; SIQUEIRA; BAFILE, 1989; HADDAD; SILVA, 2000) e séries históricas de óbitos ocorridos em instituições hospitalares (RAMOS *et al.*, 2003; ANDRADE *et al.*, 2006). Uma parcela delas amplia a investigação, confrontando os registros da declaração de óbito de mulheres em idade fértil com informações de prontuários hospitalares e de entrevistas domiciliares (ALBUQUERQUE *et al.*, 1997; 1998; BOYACIYAN *et al.*, 1998; PARPINELLI *et al.*, 2000; TANAKA; MITSUIKI, 1999; THEME-FILHA; SILVA; NORONHA, 1999).

Estima-se que o aborto seja responsável por 15% das mortes maternas ocorridas no mundo (AGI, 1999). Na única pesquisa de abrangência nacional,

---

<sup>11</sup> Resposta oral a questões feitas por entrevistadores: "Você já esteve grávida alguma vez, que não podia ou queria estar"? Se sim, o que você fez: ( ) nada, continuou a gravidez; ( ) tentou parar a gravidez e não conseguiu ( ) tentou parar a gravidez e conseguiu; ( ) outra opção.

<sup>12</sup> "Alguma vez você tirou, ou abortou um filho que você não queria ou não podia ter?"

realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2002 (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2004), evidenciou-se que 11,4% dos óbitos maternos foram devidos a complicações de abortos. Entretanto, proporções mais elevadas foram registradas em investigações locais, realizadas em municípios das diferentes regiões brasileiras. Destacam-se os casos de Recife onde, em meados da década de 1990, o aborto representava a principal causa de morte materna (VALONGUEIRO, 2000), e particularmente Salvador, onde o aborto se manteve em 1993 (COMPTE, 1995) e em 1998 (MENEZES; AQUINO, 2001) como a principal causa isolada de morte materna, responsável respectivamente por 36,4% e 22,5% dos óbitos. Mais recentemente, Riquinho e Correia (2006), com base em dados de 1999-2000 dos sistemas oficiais de mortalidade e nascidos vivos, além de informações do Comitê de Mortalidade Materna, constataram que, também em Porto Alegre, as infecções por aborto, junto com os distúrbios hipertensivos da gravidez foram as principais causas de morte materna, cada uma responsável por 15% dos óbitos.

As mortes por aborto atingem preferencialmente mulheres mais jovens, de estratos sociais mais desfavorecidos, residentes em áreas periféricas das cidades (COMPTE, 1995; MENEZES; AQUINO, 2001). São também mais acometidas as negras (MARTINS, 2006), as quais, comparadas com as mulheres brancas, apresentam um risco três vezes superior de morrer por essa causa (MONTEIRO; ADESSE, 2007).

Um aspecto que merece ser elucidado relaciona-se ao achado recorrente de mortes de mulheres grávidas por suicídio em estudos que investigam óbitos maternos. Nas entrevistas com familiares, a descoberta da gravidez e a tentativa de sua interrupção estão colocadas no centro das circunstâncias que levaram à morte dessas jovens mulheres, requerendo investigações específicas sobre essa articulação (COMPTE, 1995; MENEZES; AQUINO, 2001).

### **Complicações do aborto e assistência hospitalar.**

Em que pese o fato de que a mortalidade representa apenas parte do problema, constituindo sua face mais dramática, os dados referentes à hospitalização por aborto confirmam a freqüência da realização desse procedimento.

Ao longo da última década, a curetagem pós-aborto tem sido sistematicamente um dos procedimentos obstétricos mais realizados nas unidades de internação na rede pública de serviços de saúde (SORRENTINO; LEBRÃO, 1998; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Com diferenças regionais importantes, as internações por abortamento são mais freqüentes no Nordeste e Sudeste do país, observando-se, entretanto, nessas regiões, assim como no Sul, em todas as faixas etárias, uma redução de sua ocorrência entre 1992 e 2005. De forma distinta, no Centro-Oeste, o número de hospitalizações manteve-se praticamente inalterado, com leve aumento entre

mulheres de 25 a 49 anos e, no Norte do país, constatou-se uma elevação entre aquelas com menos de 40 anos (MONTEIRO; ADESSE, 2006).

Vários estudos enfocam as complicações pós-aborto. Nestes, é feita uma referência à menor ocorrência de eventos infecciosos e hemorrágicos com o uso do Cytotec® (FONSECA *et al.*, 1996; SOUZA *et al.*, 1999; COSTA, 1999) – situação distinta daquela identificada em pesquisas realizadas no início da década de 1980, em que métodos mais agressivos para interrupção da gravidez eram citados.

Uma pesquisa realizada em 1990 em uma universidade brasileira, utilizando questionários enviados pelo correio a 937 alunas da graduação e a 1.987 funcionárias, verificou, entre aquelas que admitiram ter feito pelo menos um aborto (8,7% e 13,2%, respectivamente), o dobro de referência a complicações entre as menores de 20 anos comparadas às de 30 anos e mais (HARDY; ALVES, 1992). Na regressão logística, foi verificada uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a realização do aborto fora do hospital e a presença de complicações.

Não foram localizados estudos sobre morbidade materna grave devido a complicações do aborto. Na literatura internacional, têm proliferado investigações sobre casos de mulheres que desenvolveram condições mórbidas graves por causas maternas, mas que sobreviveram – em inglês, denominados *near miss*. Os poucos trabalhos identificados no país com esse recorte assinalam a importância dessa vertente de análise na obtenção de dados mais acurados sobre essas condições (já que checam a informação diretamente das mulheres), além de permitir a avaliação da qualidade da assistência obstétrica (VIGGIANO *et al.*, 2004; SOUZA; CECATTI; PARPINELLI, 2005). Entretanto, nesses estudos não há uma análise específica sobre os abortos.

Poucos estudos são desenvolvidos no Brasil sobre a atenção prestada às mulheres que abortam. Na sua totalidade, trata-se de investigações de natureza qualitativa, realizadas na sua maioria em serviços públicos, por enfermeiras, profissionais diretamente envolvidas no cuidado das mulheres, pontuando as dificuldades de interação entre elas e explicitando as situações de discriminação vivenciadas pelas mulheres. Nessas pesquisas, fica evidente como a atenção está centrada nos cuidados corporais, muitas vezes realizados de modo técnico e impessoal, pouco atento à escuta e às necessidades das mulheres naquele momento (MOTTA, 2005; MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007). Nas maternidades, identificam-se espaços mínimos para atendimento, garantindo pouca privacidade, o que expõe as mulheres, muitas vezes, a situações constrangedoras. Em várias ocasiões, as pacientes esperam longamente a realização da curetagem e raras vezes lhes são fornecidas explicações sobre os procedimentos a ser realizados, ou lhes são informados os cuidados requeridos pós-procedimento, inclusive a necessidade da contracepção pós-aborto (MOTTA, 2005; MCCALLUM; REIS; MENEZES, 2005). Em estudo etnográfico realizado com jovens internadas por aborto em uma maternidade

pública em Salvador, BA, ficou evidente como esse tipo de unidade é pensado como local destinado a atender parturientes. Para além dos maus-tratos na relação profissional-usuária, as autoras discutem como a discriminação é também simbólica e está institucionalizada na estrutura física, na forma de organização do atendimento e dos espaços destinados às mulheres que abortam, no adiamento da realização das curetagens para os horários finais dos plantões, entre outras práticas cotidianas.

Um outro aspecto que permanece pouco estudado refere-se aos custos da atenção ao aborto. É reconhecido que o grande volume de internações para o tratamento de suas complicações e eventuais seqüelas pós-aborto tem implicado gastos elevados para o setor saúde, que enfrenta crônica carência de recursos. Em um dos poucos trabalhos que menciona essa dimensão, Costa (1999) avalia que, em 1991, no Rio de Janeiro, o total gasto com internações por essas causas seria suficiente para que o Estado assumisse a realização de aproximadamente 62.000 abortamentos seguros, correspondendo a 91% dos procedimentos estimados para aquele ano.

### **Aborto e saúde mental**

As repercussões psíquicas do aborto constituem aspecto bastante polêmico na literatura sobre o tema. De antemão, deve ser sublinhada a dificuldade de comparação dos resultados de diferentes estudos, pela variedade de procedimentos amostrais, diversidade nas medidas da saúde mental e dos períodos para realização das entrevistas em relação ao momento em que o aborto foi feito. Adicionalmente, limites metodológicos têm sido apontados, como ausência de grupos de comparação; não-ajuste de fatores confundidores, como características sociodemográficas, história prévia ao aborto de problemas psicológicos/doença mental, uso de drogas, violência física ou sexual na infância. Em estudos longitudinais, mais adequados para avaliação de relações causais, destacam-se o pouco tempo de seguimento dos grupos, as perdas importantes de acompanhamento e a falta de informação sobre não-participantes (ADLER *et al.*, 1990).

Investigações em outros países mostram não haver efeitos importantes do aborto sobre a saúde mental do ponto de vista populacional (COHEN, 2006). Mulheres com maior risco de apresentar sofrimento psíquico pós-aborto parecem ser as que experimentam ambivalência ou coerção no processo de decisão, as mais jovens, aquelas com problemas psiquiátricos prévios, as que não têm apoio do parceiro, da família ou de seu meio social e aquelas com crenças religiosas e atitudes *a priori* contrárias ao aborto (KERO; HOGBERG; LALOS, 2004).

Grande parte dos abortos ocorre no contexto de gravidezes não-previstas, tornando difícil distinguir os efeitos da gravidez — atitudes próprias, dos parceiros, processo de decisão diante desta — daqueles decorrentes do procedimento do aborto.

Os problemas psicológicos pós-intervenção podem estar assim refletindo outros fatores associados às circunstâncias da gravidez, mais do que aqueles ligados ao aborto em si (BOONSTRA *et al.*, 2006). A literatura mais recente indica, então, a necessidade de se considerarem fatores relativos ao processo de decisão, à falta de apoio, ao tratamento recebido no hospital, pouco considerados nos estudos realizados (KERO; HOGBERG; LALOS, 2004).

Ainda são poucos os estudos no país sobre as repercussões do aborto na saúde mental das mulheres; os que foram localizados analisam a reação das mulheres logo após a realização da interrupção ou em períodos próximos. De forma convergente, registram relatos ambíguos das mulheres, conjugando sentimentos de mal-estar físico ou emocional — tais como tristeza, depressão, culpa —, com alívio e bem-estar por terem tomado a decisão certa naquele momento (COSTA *et al.*, 1995; PEDROSA; GARCIA, 2000). Deve ser mencionado o trabalho de Bailey *et al.* (2001), um exemplo raro de estudo prospectivo, embora relativo a populações selecionadas em serviços de saúde. Comparando 196 adolescentes admitidas com diagnóstico de aborto incompleto (sendo 66,7% provocado) com 367 jovens grávidas que buscavam acompanhamento pré-natal, identificaram inicialmente que as primeiras apresentaram o menor escore de auto-estima; entretanto, após um ano, esse padrão se inverteu, com maior elevação da auto-estima entre as que abortaram do que entre as que levaram a gravidez até o nascimento do filho.

Em países onde sua prática é crime, como é o caso do Brasil, a investigação das repercussões psíquicas do aborto merece particular atenção. Para muitas mulheres, o longo percurso até obtenção dos meios para abortar, a falta de atenção humanizada nos serviços de saúde, a divulgação de casos de prisão de pacientes ainda internadas nesses serviços tornam dramáticas suas vivências, merecendo a realização de estudos que possam contemplar a violência institucional e suas repercussões sobre a saúde dessas mulheres.

### **Perfil das mulheres que recorrem ao aborto: juventude e vulnerabilidade**

O perfil delineado das mulheres que recorrem ao aborto — jovens, não-unidas, com pouca escolaridade, estudantes ou trabalhadoras domésticas — é registrado em pesquisas realizadas em hospitais de distintas cidades brasileiras (SCHOR, 1990; VIANNA; ANJOS; COSTA, 1990; REIS *et al.*, 1995; FONSECA *et al.*, 1996; PARENTE *et al.*, 1998). Do mesmo modo, a não-utilização de contraceptivos, ou o uso de métodos considerados pouco eficazes são também assinalados em algumas dessas investigações (FONSECA *et al.*, 1996; FONSECA *et al.*, 1998; MORAES FILHO, ALBUQUERQUE, HARDY, 1997; PARENTE *et al.*, 1998).

Estudo em uma universidade paulista constata perfil semelhante entre alunas do ensino superior que relataram aborto provocado: eram elas as mais jovens, com

menos de 24 anos, sem parceiro e sem filhos vivos à época do estudo, sendo que, na análise multivariada, apenas esta última característica se manteve associada ao aborto (HARDY *et al.*, 1994).

Os resultados do estudo de Silva (1997), com residentes de um subdistrito na cidade de São Paulo, vão na mesma direção. São as mulheres jovens de 15 a 19 anos, as solteiras, aquelas ainda sem filhos e usuárias de contraceptivos pouco eficazes que, uma vez grávidas, mais recorreram ao aborto provocado.

Apesar da regularidade dos achados apontando a vulnerabilidade das jovens, ao se focar o fenômeno de modo mais detalhado nesse segmento populacional constata-se que o aborto não ocorre de forma tão homogênea.

Entre universitárias paulistas, metade daquelas que entram em sua primeira gestação optaram por um aborto (PIROTTA; SCHOR, 2004). Isso foi confirmado na pesquisa *Gravada*, ao se considerar especificamente o desfecho da primeira gravidez, verificando-se que as moças de renda familiar *per capita* e escolaridade mais elevadas relataram ter abortado mais freqüentemente (respectivamente, 4,6 e 3,8 vezes mais que as entrevistadas de menor renda e escolaridade). Assim, embora a gravidez tenha sido um evento mais raro entre jovens de estratos sociais mais favorecidos, quando acontecia terminava mais freqüentemente em aborto (MENEZES; AQUINO; SILVA, 2006).

Chama atenção a situação das jovens que, apesar de provenientes de famílias de renda mais baixa, alcançaram uma escolaridade mais elevada do que suas mães. Estas relataram menos a gravidez, mas na eventualidade de esta ocorrer, recorreram mais ao aborto, tal como as jovens mais privilegiadas. Entretanto, ao efetivarem a prática, não o fizeram nas mesmas condições que as últimas, tendo recorrido menos a clínicas ou consultórios privados e realizado o procedimento mais tardiamente e por meio de técnicas menos seguras (MENEZES; AQUINO; SILVA, 2006).

É inegável a importância do aborto entre jovens. Em revisões internacionais, entre mulheres de 20 a 24 anos, constatam-se não só as maiores taxas de aborto, como também as mais elevadas proporções de aborto sobre gravidez (BANKOLE; SINGH; HAAS, 2001). As jovens menores de 20 anos, assim como as mulheres de 40 e mais anos, embora apresentando as menores taxas de aborto, ou seja, o menor risco de abortar, ao engravidarem, interromperam mais freqüentemente a gravidez (AGI, 1999).

O recurso ao aborto, ao ser mencionado pelas jovens, vem reforçar ainda mais a argumentação de que as gestações que o originaram são consideradas eventos sempre "não-desejados". No Brasil, pesquisas apontam que, entre as mulheres

jovens, sobretudo adolescentes, encontram-se percentuais elevados de gravidezes consideradas não-planejadas<sup>13</sup>.

Dados da DHS referentes a 1986 e 1996 informavam que, respectivamente 40,7% e 50,0% dos nascimentos no grupo de mulheres de 15 a 24 anos foram considerados não-planejados (BEMFAM, 1986; 1996). Do mesmo modo, a pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade dos Jovens, realizada por meio de inquérito domiciliar com jovens em Recife, Rio de Janeiro e Curitiba, revelou altos percentuais de gravidezes consideradas não-planejadas (de 46 a 58%), entre jovens de 15 a 24 anos (BEMFAM, 1992).

Entretanto, o aborto na juventude deve ser analisado em uma perspectiva mais ampla, à luz das mudanças ocorridas nas sociedades ocidentais, com a massificação da escolarização feminina, a disseminação dos valores do feminismo e o recurso a contraceptivos eficazes. Nesse cenário, as normas sociais relativas à reprodução, ao estabelecerem como ideal um número reduzido de filhos e definirem o momento propício para tê-los, qualificam a gravidez na juventude – e particularmente na adolescência – como despropósito, configurando-se como obstáculo às aspirações escolares e profissionais, sobretudo para aquelas que detêm maior capital sociocultural (HEILBORN, 2006). Adicionalmente, a ausência de autonomia material e financeira dos jovens e o engajamento em relações ainda não consolidadas contrariam a representação dominante, que valoriza a chegada do filho sob certas condições (BAJOS; FERRAND; HASSOUN, 2002).

### **Aborto e contracepção**

Ao discutir-se a forma como as mulheres – particularmente as mais jovens – se relacionam com a contracepção, ganham maior relevância em grande parte das pesquisas no Brasil aspectos como sua pouca informação sobre os métodos ou, mais ainda, sua utilização de forma irregular ou incorreta, expondo-as ao risco de gravidez.

Investigações nacionais realizadas por meio de entrevistas com mulheres em maternidades públicas têm resultados convergentes, ao encontrar que a maior parcela destas conhece os métodos contraceptivos, sobretudo a pílula e o preservativo. Entretanto, essas pesquisas assinalam que seu conhecimento sobre aspectos fundamentais da concepção e da contracepção é frágil, inconsistente e pouco coerente, explicando em parte o uso pouco efetivo dos contraceptivos (SCHOR *et al.*, 1998; ALMEIDA *et al.*, 2003).

---

<sup>13</sup> Nas pesquisas da DHS, considera-se nascimento planejado (referindo-se ao último nascimento ocorrido nos cinco anos anteriores à pesquisa) aquele mencionado como desejado para aquele momento; não-planejado ou indesejado, quando as mulheres afirmavam que o desejariam para mais tarde. Como se observa, há uma superposição dos termos “planejar” e “desejar”.

Outros estudos, entretanto, apontam para o fato de que, mesmo dispondo de conhecimento sobre contracepção, independentemente da qualidade dessa informação, os problemas de acesso aos contraceptivos se colocam como barreiras importantes para uma grande parcela das mulheres que utiliza os serviços públicos de saúde, envolvendo desde um elenco restrito dos métodos disponíveis e descontinuidade no suprimento destes até a insuficiência de locais organizados para atendê-las em suas demandas (SCAVONE; BRÉTIN; THÉBAUD-MONY, 1994; GIFFIN; COSTA, 1995).

Os aspectos assinalados, ainda que importantes, não traduzem por si só a complexa relação das mulheres com a contracepção. Faltam considerações no sentido de desvelar os determinantes mediatos que atuam e modelam as práticas contraceptivas. Essas práticas se situam em meio a distintas lógicas, devendo-se levar em consideração as relações de gênero aí implicadas, e a necessidade de prescrição de profissionais médicos para obtenção dos métodos (BAJOS; FERRAND; HASSOUN, 2002). No contexto das relações entre homens e mulheres, as situações de subordinação destas se refletem no escasso diálogo com seus companheiros, na reticência ou mesmo na recusa destes em usar algum tipo de método. Embora a contracepção continue como um domínio feminino, a própria escolha do método pode ser feita em função de preferências dos homens; ainda é possível que, mesmo sem consultá-los, as mulheres antecipem as reações destes, ao interiorizarem sua responsabilidade em evitar a gravidez, ou em situações em que não tenham confiança na atitude do parceiro (BAJOS; FERRAND; HASSOUN, 2002).

Em tempos de aids, duas lógicas devem se articular: a necessidade de evitar uma gravidez e a proteção contra a infecção pelo HIV. Alguns trabalhos já sinalizaram que a segunda é secundarizada, quando se está diante de um parceiro no qual se confia (PAIVA, 1996; RIETH, 2002) ou quando a relação se estabiliza, levando em ambas as situações ao abandono do preservativo. Isso sem mencionar os casos de resistência, ou recusa dos homens em utilizar este método.

Embora a contracepção seja uma das ações previstas nas políticas de saúde desde a década de 1980, como no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher — PAISM, conste como direito na Constituição Brasileira de 1988 e na Lei de Planejamento Familiar de 1996, a implementação heterogênea das ações no país não assegura a efetividade de sua distribuição. Em 2004, o governo brasileiro lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; em 2005, o documento *Direitos sexuais e direitos reprodutivos*; e, mais recentemente, a Política de Planejamento Familiar. Reconhecida como direito da/o cidadã/o e dever do Estado, entre as prioridades citadas, está a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis e da esterilização masculina e feminina.

No Brasil, nos dias atuais, a pílula hormonal é a alternativa contraceptiva reversível mais utilizada pelas mulheres unidas. Entretanto, continua sendo adquirida

em farmácias sem prescrição médica e acompanhamento adequado; nessas condições, não são respeitadas suas contra-indicações, aumentando o risco de efeitos secundários, fatores apontados como responsáveis pela descontinuidade de seu uso (SCAVONE; BRÉTIN; THÉBAUD-MONY, 1994; LEITE, 2003).

Com relação à contracepção da emergência<sup>14</sup>, ainda é pequena a informação sistemática sobre esse recurso, bem como sua prescrição nos serviços públicos de saúde, sendo alvo de grande objeção por parte de instâncias oficiais da Igreja Católica.

Quanto à esterilização voluntária, permanece ainda um recurso usado predominantemente pela população feminina para encerramento de suas carreiras reprodutivas. Utilizada sobretudo por mulheres unidas, em idades cada vez mais jovens, sua prática tem sido crescente nas últimas décadas, a despeito dos obstáculos ao acesso à cirurgia que ainda persistem, mesmo após sua regulamentação pela Portaria 144 do Ministério da Saúde (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003).

Trata-se, portanto de um cenário desfavorável para a maioria das mulheres, particularmente as mais jovens, pois diante de uma relação sexual desprotegida, só lhes resta o recurso ao aborto quando uma gravidez não-prevista ocorre.

### **A decisão pelo aborto na perspectiva das mulheres**

No campo da Saúde Coletiva, são ainda raros os exemplos de investigações específicas sobre o processo de decisão diante de uma gravidez (COSTA *et al.*, 1995; PEDROSA; GARCIA, 2000). No âmbito dessa discussão, torna-se necessário distinguir os motivos alegados para a decisão de abortar – o “por quê” – do contexto e das circunstâncias em que essa decisão se constrói – o “como” – embora assinalando a artificialidade dessa distinção entre elementos tão estreitamente relacionados (KERO *et al.*, 2001).

Os motivos relatados para a interrupção da gravidez são muito variados, sendo diferentes segundo idade, situação conjugal e contexto social. No entanto, algumas regularidades podem ser constatadas. Assim, entre aquelas sem filhos, uma alegação freqüente é a necessidade de postergar a maternidade para possibilitar a continuação de estudos ou trabalho, bem como a ausência do parceiro (AQUINO *et al.*, 2006b). A falta de recursos financeiros é apontada como importante em estudos brasileiros, sobretudo aqueles que investigam mulheres de camadas populares (MARTINS *et al.*, 1991; COSTA, 1999), não sendo considerada tão relevante quando investigadas populações de estratos sociais mais favorecidos (COSTA *et al.*, 1995; PIROTTA; SCHOR, 2004).

---

<sup>14</sup> A despeito de ser objeto de norma ministerial e de ter seu uso reconhecido como eficaz pelo Conselho Federal de Medicina, para evitar uma gravidez após uma relação sexual desprotegida.

A natureza e o grau de legitimidade da relação com o parceiro, ou seja, o *status* ou legitimidade do casal constitui um aspecto relevante para justificar uma IVG. Apesar da multiplicidade dos arranjos familiares existentes na atualidade, socialmente o projeto de um filho exige ainda a vigência de um casal engajado em uma relação estável. Essa necessidade do casal traduziria a representação dominante que valoriza a chegada do filho sob certas condições, que traz a idéia subjacente de que este tem o direito de ser desejado por ambos e ser recebido em um ambiente favorável ao seu pleno desenvolvimento (DONATI; CÈBE; BAJOS, 2002).

Entretanto, a explicação da decisão de abortar privilegia algumas razões em detrimento de outras. O discurso produzido no caso da interrupção da gravidez deve tanto ser aceito pela mulher, em diálogo consigo mesma, como também se dirige a um interlocutor externo, na tentativa de conferir sentido e legitimar a opção feita (DONATI; CÈBE; BAJOS, 2002). Para Boltanski (2004, p.316), a necessidade de legitimação do aborto mediante a explicitação das circunstâncias em que ocorreu deve ser feita como uma justificação, isto é, orientada para uma esfera moral, estabelecendo essa escolha como "um mal menor". Analisando os relatos de mulheres francesas sobre a experiência de abortar, esse autor (2004, p.302) mostra como o aborto é apresentado como uma ação racional, mas também como devido a fatores externos, a "causas independentes da sua vontade", em um processo de racionalização que visa mostrar que "o aborto foi escolhido porque não havia outra escolha". Trata-se de justificativas que remetem, em última instância, ao filho, no sentido de que a decisão é tomada em seu benefício, ou seja, pela impossibilidade de lhe garantir uma vida digna (BOLTANSKI, 2004).

Sobre o processo da decisão em si, os escassos estudos sobre essa dimensão no país têm sido conduzidos, sobretudo nas disciplinas das ciências humanas, mediante pesquisas qualitativas (RAMIREZ-GALVEZ, 1999; PERES; HEILBORN, 2006), considerando-se a dificuldade de abordar uma questão eminentemente subjetiva em estudos quantitativos. A construção da decisão frente à gravidez deve ser compreendida como um processo, comportando idas e vindas, a interação de diversos atores na cena, numa acumulação de fatores que podem culminar na interrupção da gravidez. Nesse sentido, Peres e Heilborn (2006), contrapondo-se a uma visão reducionista da atitude frente ao aborto, que apenas comportaria "tê-lo feito" ou "não", identificam um *continuum* entre não ter pensado na possibilidade do aborto, sua cogitação, tentativa e efetivação, ou seja, alternativas possíveis ante a descoberta da gravidez, muito presentes entre indivíduos no início de suas trajetórias reprodutivas.

As atitudes e os comportamentos que resultam em nascimentos previamente indesejados têm sido atribuídos unicamente à responsabilidade das mulheres, negligenciando-se a influência das atitudes do parceiro, da família e dos amigos na decisão de interromper, ou continuar a gravidez. A atitude inicial da mulher, apesar de

elemento crucial da decisão, não é individual, estando sujeita a modificações em função de projetos pessoais, das circunstâncias do momento, das reações do parceiro e da rede familiar e social. No contexto da decisão, portanto, outros atores encontram-se envolvidos, geralmente ajudando a construí-la, desempenhando um papel ativo nesse processo. O grau de influência varia segundo as diferentes fases do ciclo de vida da mulher (SIHVO *et al.*, 2003).

Trabalhos destacam a diversidade das reações do casal envolvido, em contextos de acordo ou desacordo sobre o aborto, em que as possibilidades de negociação dependem do grau de autonomia material e afetiva de cada um, para resultar em decisão consensual, ou unilateral (RAMIREZ-GALVEZ, 1999; PERES; HEILBORN, 2006).

A decisão de continuidade ou interrupção de uma gravidez deve ser analisada considerando-se o momento em que esse evento se inscreve na biografia da mulher, devendo ser levadas em conta não só as condições imediatas — psicológicas, materiais, organizacionais, posição do parceiro quanto à gravidez — mas também mediatas, como a trajetória passada, representações sobre maternidade, sistema de valores sobre procriação. E, embora existindo o desejo e mesmo o projeto de um filho, naquele dado momento pode-se avaliar sua realização como inviável (DONATI; CÈBE; BAJOS, 2002).

### **A perspectiva masculina frente ao aborto**

A incorporação dos homens nas pesquisas sobre gravidez, contracepção e aborto visa, por meio da “desconstrução de argumentos culpabilizantes”, dar conta do aspecto relacional, permitindo perceber como se elaboram os processos de negociação e decisão no campo da reprodução, este compreendido como espaço de relação (ARILHA, 1998; 1999; GARCIA, 1998).

Os homens não devem ser considerados meros coadjuvantes, mas sim atores importantes nas questões reprodutivas. A externalidade da gravidez no corpo masculino, ao permitir aos homens a alternativa de se excluir fisicamente da decisão e das conseqüências desta, faz supor que essa exclusão é total, sobretudo quando o resultado é sua interrupção. Aceitar a gravidez, para o homem, é, de certa forma, estar disposto a assumir as responsabilidades impostas pela paternidade — papel de pai e provedor — que pode não ter desejado (ao menos naquele momento — ARILHA, 1998; 1999). O tipo de vínculo com a parceira parece determinante para assumir a gravidez e o filho, sendo fundamental o reconhecimento da existência de uma relação, com um casal constituído, ou em vias de fazê-lo. Nos casos em que a gravidez não é aceita, a ilegitimidade do vínculo é alegada, comportando inclusive suspeição acerca da paternidade (HEILBORN *et al.*, 2002).

A participação masculina no aborto tem vários sentidos, para além do momento da decisão. Uma vez estabelecida a opção pelo aborto, participar desse processo pode se dar tanto pela busca de informação sobre meios e locais para realização do procedimento, do pagamento deste, como pela presença junto à parceira no momento do abortamento e/ou oferecendo-lhe apoio e suporte emocional.

O afastamento dos homens do aborto da parceira jamais é completo; de alguma forma influem, interagem, conferem sentido e circulam nesse espaço. Entretanto, são mencionadas diferenças entre eles, com homens engajados em relações mais igualitárias de gênero, tendo maior participação, ou — o que tem sido mais apontado — a responsabilidade material e afetiva sendo variável segundo o tipo de vínculo com a mulher.

A inclusão dos homens nas pesquisas traz perspectiva complementar à das mulheres, habitualmente únicas instadas a se pronunciar sobre o tema. Na pesquisa *Gravada*, destaca-se maior relato de aborto pelos rapazes do que pelas moças entrevistadas (MENEZES; AQUINO; SILVA, 2006), diferentemente de Pirotta e Schor (2002), que constatam proporções semelhantes de relato entre moças e rapazes, estudantes universitários em São Paulo.

Os resultados das declarações de aborto feitas pelos rapazes devem ser interpretados com cautela, já que os modelos para compreensão do fenômeno entre eles são menos conhecidos e mais complexos. Uma maior ocorrência de aborto (da parceira) entre homens pode indicar menor dificuldade em declará-lo, não só pela externalidade da gravidez, mas também pelo reforço simbólico da sua própria fertilidade e masculinidade. Pode igualmente expressar imprecisões na informação sobre gestações das parceiras. Não se pode afastar, todavia, o mais freqüente relato de aborto entre eles, pelas diferenças de gênero nas trajetórias afetivo-sexuais. As experiências masculinas comportam uma iniciação sexual mais cedo, seguida de maior número de parceiras eventuais e muitas vezes simultâneas, implicando maior risco de gravidez não-prevista. É possível que um mesmo homem possa engravidar múltiplas parceiras ao mesmo tempo, o que é coerente com a cultura sexual brasileira, que lhes confere essa prerrogativa, especialmente entre segmentos populares e com relações de gênero mais tradicionais (MENEZES; AQUINO; SILVA, 2006).

### **Lacunas e desafios para investigação sobre aborto**

Nas últimas décadas, o cenário social e político brasileiro apresenta mudanças e permanências quanto ao aborto. A não-flexibilização da legalização punitiva em vigor, a influência de grupos religiosos contrários à descriminalização da prática, com relações orgânicas no âmbito das câmaras do legislativo estadual e federal persistem, embora tenha havido maior visibilidade social do tema e atuação mais organizada dos grupos e articulações feministas que lutam por sua descriminalização e legalização.

Desde a década passada, tem se generalizado entre distintos segmentos da população brasileira a percepção de um ideal de prole reduzida. Nessa perspectiva, se persistirem as dificuldades de acesso a um leque mais diversificado de contraceptivos reversíveis — pois no país o uso é concentrado na pílula hormonal e no preservativo masculino —, as mulheres continuarão sendo levadas a recorrer a medidas radicais, como a esterilização feminina e o aborto (WONG; BADIANI; QUENTAL, 1998).

A discussão do aborto não pode desconhecer a situação singular brasileira de extrema desigualdade e exclusão social de uma parcela importante da população, cujos efeitos atingem particularmente as mulheres e os mais jovens. Essa heterogeneidade social conforma distintas possibilidades para indivíduos de diferentes estratos, com diversas configurações de família e redes de sociabilidade, condições materiais de existência, percursos escolares, perspectivas e inserções reais no mercado de trabalho. Nessas múltiplas trajetórias, os projetos de conjugalidade e de maternidade/paternidade assumem lugares e significados específicos. Portanto, esses determinantes certamente fornecerão para eles e elas, diante de uma gravidez não-prevista, possibilidades distintas de enfrentamento da decisão acerca de sua eventual interrupção.

No Brasil, como visto na área da Saúde — mais particularmente, na Saúde Coletiva —, os resultados dos estudos específicos sobre o aborto convergem para sua configuração como problema de saúde pública.

A investigação das mortes por aborto tem permitido, a despeito do pequeno número absoluto de eventos, demonstrar o efeito da legislação brasileira, que mantém elevado o risco de morte de mulheres que realizam abortos em condições inseguras. Os estudos de mortalidade materna são inúmeros, mas a comparabilidade entre eles é limitada, não só pela diversidade das estratégias metodológicas utilizadas, mas pelas diferenças na cobertura do Sistema de Mortalidade e da situação de implantação da vigilância ao óbito materno — universo de óbitos investigados, grau de funcionamento dos Comitês de Morte Materna e incorporação das suas análises ao sistema oficial de dados.

A maioria das pesquisas brasileiras sobre o aborto ainda está concentrada em populações específicas, sendo estas, em sua maioria, mulheres admitidas em hospitais públicos para tratamento do aborto incompleto. Apresentam assim um viés de seleção, já que reportam apenas uma parcela dos abortos, aqueles que apresentaram complicações, levando as mulheres à busca de tratamento hospitalar.

Essas investigações têm sido importantes para a descrição do perfil das mulheres que informaram provocar um aborto, os métodos utilizados, as razões alegadas para fazê-lo, seu nível de informação e utilização de contraceptivos, as conseqüências imediatas para a saúde física. Adicionalmente, buscaram investigar possíveis associações entre o aborto e variáveis sociodemográficas ou relacionadas ao

uso de contraceptivos.

Entretanto, a análise efetuada por esses estudos, além de limitada a algumas variáveis, restringe-se a um enfoque transversal do problema, sem um modelo explicativo capaz de articular tais variáveis para a melhor apreensão da complexidade do fenômeno. Sexo e idade são, muitas vezes, analisados em uma perspectiva naturalizada, reduzidos à sua dimensão empírica e destituídos de seu significado social.

Assim, poucos estudos, de fato, discutem os determinantes do aborto, de forma a analisar os fatores sociais implicados. Os relatos de aborto provocado são necessariamente distintos, segundo gênero, raça e grupo social, refletindo a multiplicidade de significados que podem ser atribuídos a cada gravidez e ao próprio aborto, estando associados a fatores de diferentes ordens que resultaram na decisão por sua interrupção. Tal análise permitiria desvelar as desigualdades sociais de mulheres e homens frente ao risco de uma gravidez não-prevista, inserindo a discussão do tema nos marcos dos direitos sexuais e reprodutivos.

Pesquisas apontam a situação de maior vulnerabilidade de adolescentes e jovens, mas são poucas aquelas que tratam especificamente da questão entre eles. Mesmo incluindo indivíduos desses grupos etários, não há uma discussão sobre os determinantes e as experiências da gravidez e do aborto nessas etapas da vida. Frequentemente, esses estudos convergem para a constatação de que adolescentes e jovens têm um comportamento irresponsável em face do exercício cada vez mais precoce de sua sexualidade, sem a utilização dos meios disponíveis para evitar uma gravidez.

As investigações ressaltam a carência de informação sobre contraceptivos por parte das mulheres, sobretudo das mais jovens; ou, mesmo, o achado supostamente paradoxal de que, apesar de conhecerem os métodos contraceptivos, não os utilizaram no período anterior ao episódio da gravidez estudada, sendo assim culpabilizadas por esse comportamento considerado "irracional". Essa forma de responsabilização individual, no mínimo desconhece o contexto social das mulheres brasileiras e as dificuldades materiais que vivenciam.

Na medida em que uma parte significativa dos estudos sobre aborto foi realizada com populações de baixa renda, uma associação entre precariedade das condições materiais de existência e o aborto está sempre presente, restringindo a diversidade de situações.

As pesquisas realizadas fora dos serviços de saúde, com estudantes universitários de ambos os sexos (PIROTTA; SCHOR, 2002; 2004), alunas e funcionárias de universidades brasileiras (HARDY *et al.*, 1991; HARDY; REBELLO, 1993; COSTA *et al.*, 1995) e mesmo aquelas de base populacional evidenciaram a

heterogeneidade das mulheres que recorrem ao aborto, inserindo este evento nas suas trajetórias reprodutivas (MENEZES; AQUINO; SILVA, 2006).

Os homens são raramente incluídos nas pesquisas. Mesmo que alguns estudos a eles se refiram, isso se dá por informações indiretas fornecidas pelas mulheres entrevistadas (BRUNO; BAILEY, 1998; COSTA *et al.*, 2005), sendo raras as investigações em que eles integram o universo empírico do estudo, a exemplo de Duarte *et al.* (2002), Pirotta e Schor (2002; 2004), Menezes; Aquino e Silva (2006). Além disso, muitas pesquisas são de natureza qualitativa (ARILHA, 1998; 1999; RAMIREZ-GALVEZ, 1999; PERES; HEILBORN, 2006), sendo raras as que permitem inferências populacionais.

A produção do tema na área da saúde e, no caso presente, na Saúde Coletiva, é marcada pela hegemonia da perspectiva clínico-epidemiológica, com reduzida interlocução com outros campos do conhecimento. Esse diálogo poderia ajudar a construir um arcabouço teórico, de modo a contextualizar e conferir sentido aos padrões epidemiológicos encontrados. Disciplinas das ciências humanas e sociais com estudos qualitativos trazem novas questões de pesquisa, vislumbrando outros olhares sobre o tema; do mesmo modo, ao investigar indivíduos oriundos de outros estratos sociais, fazem realçar as heterogeneidades presentes na realidade.

Após quase 20 anos de investigação sobre o tema, constata-se o aprofundamento de tendência registrada por Barroso (1989), em artigo de revisão. Ainda que não restrita a publicações da área da saúde, a autora destacava naquela ocasião a mudança na abordagem do tema dos estudos, com diversificação das questões, buscando uma compreensão mais objetiva dos fenômenos. Sobretudo, no início da década de 1990, novos aspectos relacionados ao aborto foram trazidos, com a realização de pesquisas fora do ambiente hospitalar e a investigação de novos aspectos sobre o tema (DUARTE; OSIS, 2005).

Entretanto, permanecem alguns limites na produção científica, muito semelhantes aos apontados no final da década de 1980 por Barroso (1989), por investigadoras latino americanas há dez anos (ZAMUDIO CÁRDENAS; RUBIANO, 1995) e, mais recentemente, pelas pesquisadoras Guillaume e Lerner (2006), em amplo levantamento bibliográfico sobre o tema na América Latina e Caribe (ver Anexo ao final deste livro).

Um dos limites mais importantes refere-se à necessidade de estudos comparativos entre as várias regiões do país. Para sua superação, recomenda-se a realização de pesquisas de caráter multicêntrico e base populacional, para mensuração da incidência do aborto. Recomenda-se também que nesses estudos sejam utilizadas técnicas de validação da informação. A combinação de estratégias multidisciplinares poderia favorecer a investigação das singularidades dos determinantes do aborto sob diferentes perspectivas.

Nos estudos, é preciso não só incluir amostras de mulheres de grandes centros urbanos. Devem ser feito esforços para superar a invisibilidade da situação daquelas residentes em áreas rurais e centros urbanos menores, como também de populações excluídas, como indígenas, quilombolas e portadoras de deficiência.

No tocante à investigação das mortes por aborto, faz-se necessário aprofundar a investigação das especificidades dos óbitos por aborto, comparadas com outras causas de morte maternas e, sobretudo, investir na identificação dos casos de morbidade materna grave (ou *near miss*) e os fatores a ela associados. A relação entre gravidez, aborto e suicídio merece ser explorada.

A investigação da influência da religião sobre a opção pelo aborto é também uma outra recomendação para investigação.

Antigas temáticas, como a relação do aborto com anticoncepção, devem ser analisadas em novas perspectivas que permitam reconstruir as trajetórias contraceptivas das mulheres, as variações da prática contraceptiva segundo distintos fatores, sobretudo quanto aos tipos de parceria e os processos de transição de um método a outro, momentos que favorecem a ocorrência de falhas contraceptivas.

A incorporação da perspectiva masculina deve ser incentivada. Não só para conferir maior visibilidade aos homens nas questões reprodutivas, mas para discuti-las à luz das relações de gênero. Análise dos diferentes desfechos da gravidez segundo o tipo e a natureza da parceria permitirá compreender melhor a configuração da decisão pelo aborto, o papel dos homens nessa decisão, suas atitudes diante da concretização de uma gravidez. Também propiciarão explorar as situações de concordância e discordância e fatores associados a estas e sua relação com o resultado da gravidez, assim como as repercussões da decisão sobre a relação do casal e sobre suas vidas. As situações de homogamia/heterogamia — etária, de cor/raça, de religião — devem ser também investigadas.

Estudos sobre as repercussões do aborto na saúde mental das mulheres devem ser empreendidos, tendo em vista o contexto de discriminação e desumanização do atendimento no país. Ainda, é urgente o desenvolvimento de pesquisas de avaliação da atenção ao aborto nos serviços públicos, considerando as condutas preconizadas na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, publicada em 2005 pelo Ministério da Saúde. A prática cotidiana dos serviços incorpora ainda de forma incipiente essas condutas. Merecem ainda análise, por exemplo, as razões da resistência institucional na implantação da técnica de aspiração manual a vácuo, a despeito das evidências científicas que atestam menor risco associado — devido à redução do tempo de hospitalização e dispensa do uso da anestesia geral — além do menor custo dessa técnica quando comparada à curetagem uterina (FONSECA *et al.*, 1997; HOLANDA *et al.*, 2003).

Os resultados dos estudos acadêmicos devem ser objeto de uma divulgação mais ampla na sociedade, de modo a superar a visão maniqueísta e fortemente ideologizada que marca a discussão do direito ao aborto no país.

Um primeiro passo é a ampliação da compreensão acerca da heterogeneidade do universo configurado pelas mulheres diante de sua gravidez. Essa heterogeneidade contrasta, conforme apontam Fischer *et al.* (1999), com a uniformidade com que elas são tratadas pelas políticas públicas e pelos profissionais, particularmente os de saúde. Portanto, é preciso incluir essa discussão tanto na formulação das ações, como na formação e educação continuada desses profissionais, de modo que sejam considerados aspectos relativos ao contexto social em que as mulheres estão inseridas, seu envolvimento com o parceiro da gravidez, o suporte da família e a rede social em que se incluem. No que concerne os profissionais de saúde, isso poderá favorecer mudanças em suas práticas cotidianas nos serviços, qualificando-os para uma escuta e atenção mais cuidadosas com suas pacientes. Para aquelas que abortam, oferecer-lhes um tratamento mais humanizado e respeitoso. Para as gestantes que, apesar da decisão de levar a gestação a termo, vivenciaram processos em que o aborto foi cogitado ou mesmo tentado, garantir uma atenção diferenciada durante a gravidez — já que investigações têm sinalizado para uma maior frequência, entre elas, de comportamentos considerados nocivos à gestação, como o consumo de álcool e cigarro, além de negligências no cuidado pré-natal e de complicações obstétricas (FISCHER *et al.*, 1999).

Ainda, algo menos plausível no contexto brasileiro de ilegalidade do aborto, seria recomendável um maior suporte às mulheres que, vivendo situações de maior ambigüidade ante a gravidez, postergam a decisão e adiam a realização do aborto. Com isso, elas não só se expõem a mais riscos físicos associados a procedimentos realizados tardiamente, mas também vivenciam situações mais dramáticas, na medida em que se pode identificar entre elas um processo mais penoso, pela presença de sinais corporais mais claros da gravidez, e pela possibilidade de visualização do feto em estágios mais avançados da sua formação.

Investimentos em educação são também um grande desafio. A maior escolaridade tem sido sistematicamente apontada nos estudos como um grande diferencial quanto aos comportamentos reprodutivos. Mesmo com a tendência observada no país de redução da idade de iniciação sexual das mulheres e conseqüente aproximação dos calendários feminino e masculino, o maior acesso à educação constitui ferramenta para que os jovens possam inclusive manejar a contracepção de forma mais adequada. Em outros países, baixas taxas de ocorrência de gravidez e aborto entre as moças têm ocorrido, apesar do declínio da idade de iniciação sexual, indicando o possível efeito da massificação do uso de contraceptivos eficazes.

Também é urgente a implementação de educação sexual nas escolas, em uma

perspectiva não-sexista e não-homofóbica. Apesar da inserção de conteúdos específicos nos *Parâmetros Curriculares Nacionais*, aprovados desde 1996, ainda é incipiente sua aplicabilidade, dada a necessidade de investimentos na formação de professores.

Ações para garantir às mulheres (e aos homens) informações e acesso aos meios contraceptivos, incluída a contracepção de emergência, de modo a poderem evitar a gravidez se assim o desejarem, devem ser realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde e na perspectiva da integralidade da atenção, como preconizado pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher há duas décadas e reiterado, mais recentemente, pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Por fim, é urgente a descriminalização e a legalização do aborto, reafirmando a laicidade do Estado, de modo a assegurar a autonomia necessária para que mulheres e homens possam realizar suas escolhas reprodutivas e as vivenciar sem riscos à saúde.

## Referências

ABRAMOVAY, M. (Coord.) **Juventudes e sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004.

ADLER, N. E. *et al.* Psychological responses after abortion. **Science**, Washington, v.248, n.4951, p.41-44, 1990.

AGI-THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Sharing responsibility**: women, society and abortion worldwide. New York, 1999.

\_\_\_\_\_. **Aborto clandestino**: uma realidade latino-americana. New York, 1994.

ALBUQUERQUE, R. M. *et al.* Fatores sócio-demográficos e de assistência médica associados ao óbito materno. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.20, n.4, p.181-185, 1998.

\_\_\_\_\_. Mortalidade materna em Recife: 1- avaliação da subnumeração de estatísticas oficiais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.59-65, jan./mar.1997.

ALMEIDA, M. C. C. *et al.* Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, p.556-575, 2003.

ANDRADE, A. T. L. *et al.* Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma maternidade-escola. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.28, n.7, p.380-387, 2006.

AQUINO, E. M. L.; ARAÚJO, M. J.; ALMEIDA, M. C. C. Pesquisa Gravada: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **O aprendizado da sexualidade**: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz; Garamond, 2006a.

\_\_\_\_\_. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **O aprendizado da sexualidade**: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz; Garamond, 2006b.

\_\_\_\_\_. *et al.* Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.S198-S199, 2003.

ARILHA, M. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

\_\_\_\_\_. Homens: entre a "zoeira" e a "responsabilidade". In: \_\_\_\_\_; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: Ecos; Ed.34, 1998.

BAILEY, P. E. *et al.* Adolescent pregnancy 1 year later: the effects of abortion vs. motherhood in Northeast Brazil. **Journal of Adolescent Health**, New York, v.29, n.3, p.223- 232, 2001.

BAJOS, N.; FERRAND, M.; HASSOUN, D. Au risque de l'échec: la contraception au quotidien. In: \_\_\_\_\_; FERRAND, M (Org.). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues**. Paris: INSERM, 2002. (Questions en Santé Publique).

BANKOLE, A.; SINGH, S.; HAAS, Y. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. **Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar**, New York, n.especial, p.10-9, 2001.

BARBOSA, R. M.; ARILHA, M. A experiência brasileira com o Cytotec. **Rev Est Femin**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.408-417, 1993.

BARRETO, T. *et al.* Investigating induced abortion in developing countries: methods and problems. **Studies in Family Planning**, New York, v.23, n.3, p.159-170, 1992.

BARROSO, C. As pesquisas sobre o aborto na América Latina e os estudos de mulher. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.6, n.1, p.35-60, 1989.

BEMFAM-BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar – DHS**. Rio de Janeiro, 1996.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem, 1989-1990**. Rio de Janeiro, 1992.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar – DHS**. Rio de Janeiro, 1986.

BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.

\_\_\_\_\_ ; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.S441-S453, 2003.

BOLTANSKI, L. **La condition foetale**: une sociologie de l'engendrement et de l'avortement. Paris: Gallimard, 2004.

BOONSTRA, H. D. *et al.* **Abortion in women's lives**. NewYork: Alan Guttmacher Institute, 2006.

BOYACIYAN, K. *et al.* Mortalidade materna na Cidade de São Paulo de 1993 a 1995. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.20, n.1, p.13-18, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 2.ed. Brasília, 2002.

BRUNO, Z. V.; BAILEY, P. E. Gravidez em adolescentes no Ceará: maternidade ou aborto. In: VIEIRA, E. M. *et al.* (Org.). **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: USAID; FHI; Women's Studies Project; Associação Saúde da Família, 1998.

COÊLHO, H. L. *et al.* Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. **Lancet**, Oxford, v.341, n.8855, p.1261-1263, 1993.

COHEN, S. A. Abortion and mental health: myths and realities. **Guttmacher Policy Review**, US, v.9, n.3, 2006.

COMPTE, G. M. **Mortalidade materna**. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.

CORRÊA, S., FREITAS, A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. **Rev Est Femin**, Florianópolis, v.5, n.2, p.389-395, 1997.

COSTA, M. C. O. *et al.* Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.719-727, 2005.

COSTA, R. G. *et al.* A decisão de abortar: processos e sentimentos envolvidos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.97-105, 1995.

COSTA, S. H. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, K.; \_\_\_\_\_ (Org.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

\_\_\_\_\_; VESSEY, M. P. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. **Lancet**, Oxford, v.341, n.8855, p.1258-1261, 1993.

DONATI, P.; CÈBE, D.; BAJOS, N. Interrompre ou poursuivre la grossesse? In: BAJOS, N.; FERRAND, M. (Org.). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues**. Paris: INSERM, 2002. p.115-62. (Questions en Santé Publique).

DUARTE, G. A.; OSIS, M. J. D. A pesquisa sobre aborto nas ciências da saúde. In: SEMINÁRIO NOVAS LEGALIDADES E DEMOCRATIZAÇÃO DA VIDA SOCIAL: FAMÍLIA, SEXUALIDADE E ABORTO, 2003, Recife. **Anais...** Rio de Janeiro: CLAM, 2005.

\_\_\_\_\_ *et al.* Perspectiva masculina acerca do aborto provocado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.3, p.271-277, 2002.

FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. **O drama do aborto: em busca de um consenso**. Campinas: KOMEDI, 2004.

FISCHER, R. C. *et al.* Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. **Journal of Family Practice**, US, v.48, n.2, p.117-122, 1999.

FONSECA, W. *et al.* Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.279-286, 1998.

\_\_\_\_\_. Uso da aspiração manual a vácuo na redução do custo e duração de internamentos por aborto incompleto em Fortaleza, CE, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.5, p.472-478, 1997.

\_\_\_\_\_. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.1, p.13-18, 1996.

GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: Ecos; Ed.34, 1998.

GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

\_\_\_\_\_. As práticas contraceptivas e o aborto no Brasil. In: Family Health International (Org.). **Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil**. São Paulo, 1995.

GONZALEZ, C. H. *et al.* Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. **Lancet**, Oxford, v.351, n.9116, p.1624-1627, 1998.

GUILLAUME, A.; LERNER, S. **El aborto en América Latina y el Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005**. Paris: Centre Population et Développement, 2006. Disponível em: <http://www.ceped.cirad.fr>.

HADDAD, N.; SILVA, M. B. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.1, p.64-70, 2000.

HARDY, E. *et al.* Características atuais associadas à história de aborto provocado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.28, n.1, p.82-85, 1994.

\_\_\_\_\_; REBELLO, I. Aborto entre alunas e funcionárias de uma universidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.12, n.2, p.259-266, 1993.

\_\_\_\_\_; ALVES, G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.454-458, 1992.

\_\_\_\_\_ *et al.* Aborto provocado: diferenças entre pensamento e ação. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.2, n.3, p.111-116, 1991.

HEILBORN, M. L. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Garamond, 2006.

\_\_\_\_\_ *et al.* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.8, n.17, p.13-45, jun.2002.

HENSHAW, S. H.; SINGH, S.; HAAS, T. La incidencia del aborto inducido a nivel mundial. **Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar**, New York, n.especial, p.16-24, 1999.

HOLANDA, A. A. R. *et al.* Tratamento do abortamento do primeiro trimestre de gestação: curetagem *versus* aspiração manual a vácuo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.25, n.4, p.271-276, 2003.

HUNTINGTON, D.; MENSCH, B.; MILLER, V. C. Survey questions for the measurement of induced abortion. **Studies in Family Planning**, New York, v.27, n.3, p.155-161, 1996.

IPPF-INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. **Morte e negação: abortamento inseguro e pobreza**. New York, 2006.

KERO, A.; HÖGBERG, U.; LALOS, A. Wellbeing and mental growth: long-term effects of legal abortion. **Social Science & Medicine**, Oxford, n.58, p.2559-2569, 2004.

\_\_\_\_\_ *et al.* Legal abortion: a painful necessity. **Social Science & Medicine**, Oxford, v.53, p.1481-1490, 2001.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.7 n.4, p.449-460, 2004.

LEAL, O. F.; LEWGOY, B. Aborto: uma contribuição antropológica à discussão. **Revista de Filosofia Política**, Porto Alegre, p.173-195, 1998. (Nova Série 2).

LEITE, I. C. Descontinuação dos métodos anticoncepcionais no Nordeste do Brasil, 1986-1991. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1005-1016, 2003.

LIMA, B. G. C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.7, n.3, p.168-172, 2000.

McCALLUM, C. A.; REIS, A. P.; MENEZES, G. M. S. **A experiência de jovens mulheres em situação de abortamento em uma maternidade pública de Salvador**. Salvador, 2005. (Mimeo). (Comunicação Apresentada ao 7<sup>o</sup> Seminário Internacional Fazendo Gênero, Florianópolis, 2005).

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.2473-2479, 2006.

MARTINS, I. R. *et al.* Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.251-266, 1991.

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S. O cuidado de enfermagem na visão das mulheres em situação de abortamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, 2007.

MENEZES, G. M. S. **Aborto e juventude**: um estudo em três capitais brasileiras. 2006. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

\_\_\_\_\_; AQUINO, E. M. L.; SILVA, D. O. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.1431-1446, jul.2006.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Mortalidade materna na Bahia, 1998**: relatório de pesquisa. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2001.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L. **Magnitude do aborto no Brasil**: uma análise dos resultados de pesquisa. Rio de Janeiro, 2007. (Texto Apresentado em Seminário realizado em 22 de maio de 2007 no IMS/UERJ).

\_\_\_\_\_. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2006.

MORAES FILHO, O. B.; ALBUQUERQUE, R. M.; HARDY, E. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres com aborto provocado ou espontâneo. **Revista IMIP**, Recife, v.11, n.1, p.32-41, 1997.

MOTTA, I. S. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: o "olhar da mulher". **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.2, p.219-228, 2005.

NATIONS, M. K. *et al.* Women's hidden transcripts about abortion in Brazil. **Social Science & Medicine**, Oxford, v.44, n.12, p.1833-1845, 1997.

OLINTO, M. T. A.; MOREIRA FILHO, D. C. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.365-375, 2006.

\_\_\_\_\_. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.15, n.5, p.331-336, 2004.

OSIS, M. J. D. *et al.* Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.5, p.444-451, 1996.

PAIVA, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito social. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS/UERJ, 1996.

PARENTE, A. C. B.V. *et al.* Etiologia do aborto criminoso em Teresina. **Revista da Associação de Saúde Pública de Piauí**, Teresina, v.1, n.2, p.137-145, 1998.

PARPINELLI, M. A. *et al.* Subnotificação da mortalidade materna em Campinas: 1992 a 1994. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.22, n.1, p.27-32, 2000.

PEDROSA, I. L.; GARCIA, T. R. "Não vou esquecer nunca!": a experiência feminina com o abortamento induzido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p.50-58, 2000.

PERES, S. O.; HEILBORN, M. L. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.1411-1420, 2006.

PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Considerações sobre a interrupção voluntária da gravidez a partir do discurso de estudantes universitários da USP. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004, Caxambu. **Anais...** Campinas: ABEP, 2004.

\_\_\_\_\_. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.4, p.495-502, 2002.

RAMIREZ-GALVEZ, M. C. **Os impasses do corpo**: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário. 1999. 150f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

RAMOS, J. G. L. *et al.* Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul: um estudo de 20 anos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.25, n.6, p.431-436, 2003.

REIS, A. F. F. *et al.* Estudo epidemiológico do abortamento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.17, n.4, p.453-461, 1995.

RIETH, F. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.8, n.17, p.77-100, 2002.

RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.303-307, 2006.

ROSSIER, C. Estimating induced abortion rates: a review. **Studies in Family Planning**, New York, v.34, n.2, p.87-116, 2003.

SANTOS, C. A. Aborto: um olhar displicente da sociedade. In: ENCONTRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9., 1994. Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 1994.

SCAVONE, L.; BRÉTIN, H.; THÉBAUD-MONY, A. Contracepção, controle demográfico e desigualdades sociais: análise comparativa franco-brasileira. **Rev Est Femin**, Florianópolis, v.2, n.2, p.357-372, 1994.

SCHOR, N. *et al.* Adolescência: vida sexual e anticoncepção. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 1998, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 1998.

\_\_\_\_\_. Investigação sobre a ocorrência de aborto entre pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n.2, p.144-151, 1990.

SIHVO, S. *et al.* Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v.57, n.8, p.601-605, 2003.

SILVA, K. S. S. Mortalidade materna: avaliação da situação no Rio de Janeiro no período de 1977 a 1987. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.442-453, 1992.

SILVA, R. S.; MORELL, M. G. G. Em que medida as paulistanas recorrem ao aborto provocado. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2002.

\_\_\_\_\_. O impacto do aborto ilegal na saúde reprodutiva: sugestões para melhorar a qualidade do dado básico e viabilizar essa análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.6, n.1, p.53-75, 1997.

\_\_\_\_\_. O uso da técnica de resposta ao azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.10, n.1/2, p.41-56, 1993.

SINGH, S.; SEDGH, G. Relación del aborto con las tendencias anticonceptivas y de fecundidad en el Brasil, Colombia y México. **Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar**, New York, n.especial, p.2-13, 1997.

SOUZA, A. I. et al. Epidemiologia do abortamento na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.21, n.3, p.161-165, 1999.

SOUZA, J. P. D.; CECATTI, J. G.; PARPINELLI, M. A. Fatores associados à gravidade da morbidade materna na caracterização do *near miss*. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.27, n.4, p.197-203, 2005.

SORRENTINO, S. R.; LEBRÃO, M. L. Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, 1995. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.1, n.3, p.256-267, 1998.

TANAKA, A. C. A.; MITSUIKI, L. **Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras**. São Paulo: FSP/USP, 1999. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/mulher/document.htm>. Acesso em: 15 set. 2007

\_\_\_\_\_; SIQUEIRA, A. A. F.; BAFILE, P. N. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.23, n.1, p.448-465, 1989.

THEME-FILHA, M. M.; SILVA, R. I.; NORONHA, C. P. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.397-403, 1999.

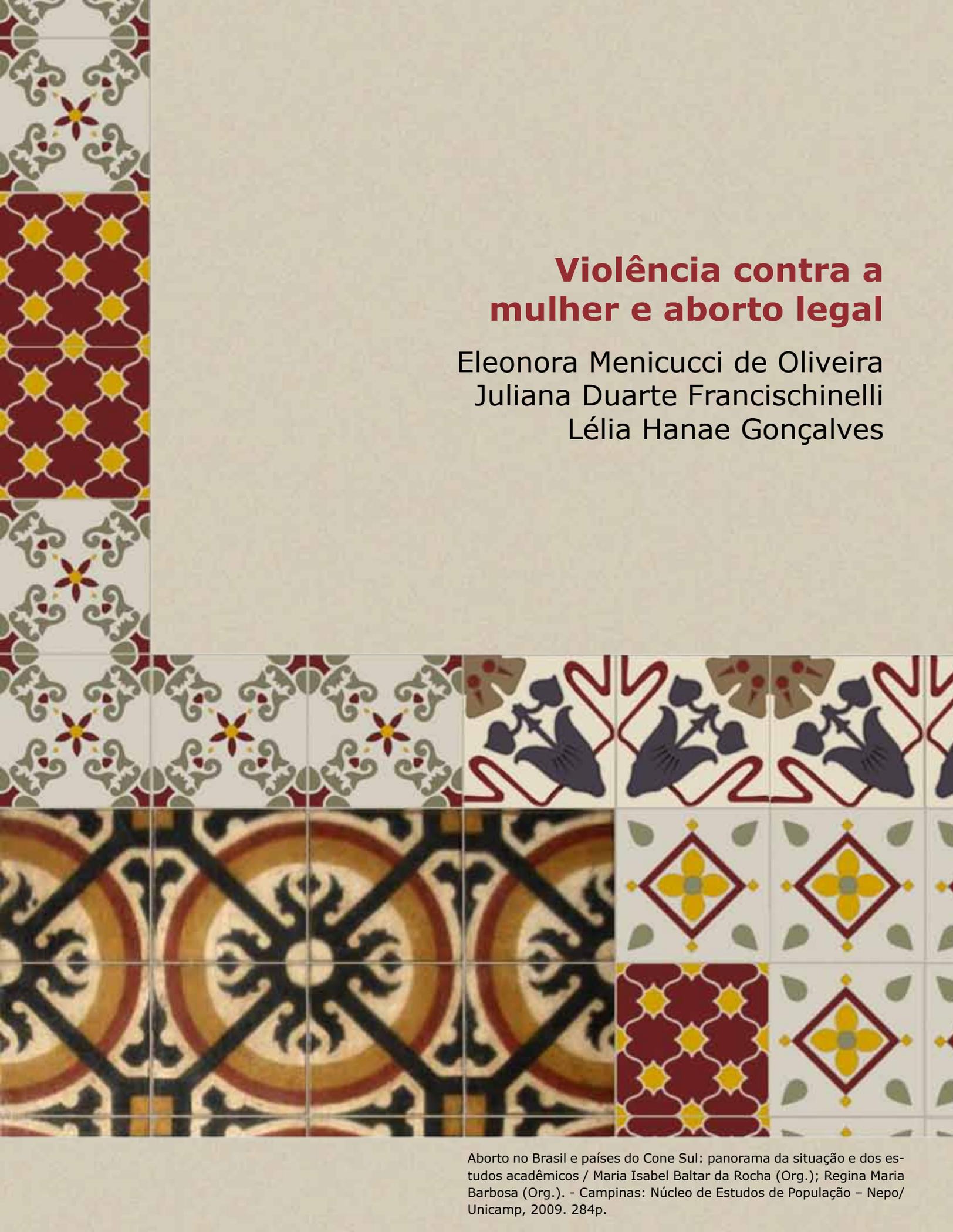
VALONGUEIRO, S. Mortalidade (materna) por aborto: fontes, métodos e instrumentos de estimação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12., 2000, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2000.

VIANNA, A. M.; ANJOS, A. C. M.; COSTA, C. F. F. Estudo do perfil epidemiológico das pacientes com aborto provocado na Maternidade da Encruzilhada. **Revista IMIP**, Recife, v.4, n.2, p.88-91, 1990.

VIGGIANO, M. B. *et al.* Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.26, n.4, p.317-323, 2004.

WONG, L. R.; BADIANI, R.; QUENTAL, I. Achados e perdidos sobre saúde reprodutiva na PNDS 1996. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.15, n.1, p.23-42, 1998.

ZAMUDIO CÁRDENAS, L.; RUBIANO, N. **Primer Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, 1994: conclusiones y recomendaciones**. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1995.



## **Violência contra a mulher e aborto legal**

Eleonora Menicucci de Oliveira  
Juliana Duarte Francischinelli  
Lélia Hanae Gonçalves

# *Violência contra a mulher e aborto legal*

*Eleonora Menicucci de Oliveira  
Juliana Duarte Francischinelli  
Lélia Hanae Gonçalves\**

Este texto focaliza o aborto inseguro em suas inter-relações com a violência sexual de que são alvos mulheres brasileiras, numa perspectiva feminista. Após conceituar a violência de gênero, especialmente sexual, expõem-se os efeitos perversos da penalização do aborto pela legislação brasileira, que se traduzem no aborto inseguro a que se submetem as mulheres que não dispõem de meios para efetuar-lo em clínicas particulares seguras. Finalmente, apresentam-se informações sobre o chamado "aborto legal", isto é, aos casos de aborto não-puníveis, focalizando o atendimento a esses casos em três serviços da Cidade de São Paulo, com base na experiência das autoras como pesquisadoras do campo da saúde coletiva.

## **Violência de gênero**

O revigoramento do movimento feminista na década de 1960 trouxe para o debate público temas até então referidos ao âmbito privado, como a sexualidade e os usos dos corpos das mulheres, demandando que o Estado, por meio de suas políticas, incorporasse as reivindicações das mulheres. Dentre estas, aparece como uma das prioritárias a questão da violência de gênero.

No florescer da democratização, o contexto brasileiro era bastante favorável ao surgimento das reivindicações do movimento feminista; os movimentos sociais da época iluminaram questões da vida cotidiana até então ocultadas não só pela ditadura, como também pelas políticas partidárias. As reivindicações postas pelas mulheres ocupavam um complexo leque perpassado pelas questões micro das relações privadas, dentre as quais a violência de gênero – "o pessoal é político" – salientando que os crimes de gênero diziam e dizem respeito a toda a sociedade.

Como resposta a reivindicações do movimento feminista, nos primeiros anos da década de 1980 foi implantada em São Paulo a primeira Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher, no âmbito da Segurança Pública, buscando criar uma instância específica para acolher as denúncias de violência por parte de mulheres. Essa iniciativa de ação política municipal e estadual foi desdobrada em vários estados e municípios brasileiros. A implantação das delegacias especiais de atendimento às mulheres significa o reconhecimento, por parte do Estado, de que a violência contra as mulheres não é uma questão da esfera privada ou das relações interpessoais, mas é

---

\* Eleonora de Oliveira é Prof<sup>a</sup> Titular do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP; Juliana e Lélia são suas alunas do Curso de Medicina.

um problema social que exige, para seu enfrentamento, ações públicas no âmbito da segurança e do direito, como também da saúde, pelas seqüelas que produz.

A perspectiva de gênero mostra que o mundo da saúde tem dois sexos, e que os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres são direitos humanos. É nesse campo que deve ser olhada, pensada e trabalhada a violência de gênero, como conceito que inclui a violência doméstica, violência intrafamiliar e violência sexual.

Faz-se necessário explicitar o conceito de violência doméstica e intrafamiliar (VDI) com o qual trabalhamos. Por anos, esse conceito sustenta-se teoricamente na construção patriarcal da família ocidental, moderna e contemporânea, onde os conflitos interpessoais podem levar à violência como uma expressão das relações de poder entre os sexos. Acontece no âmbito doméstico, no contexto de relações com vínculo afetivo, tendo como principais vítimas mulheres, crianças e adolescentes. A violência doméstica é aquela que ocorre no âmbito interno da casa, principalmente na relação conjugal. A violência intrafamiliar acontece no âmbito doméstico ou público, envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

No que toca à violência doméstica, podemos destacar como conquistas no campo jurídico e da saúde pública:

- Lei 11.340 de 2006, chamada Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, de autoria de Maria Berenice Dias, desembargadora do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul;
- Protocolo de notificação compulsória de 14 dez. 2004 em todos os serviços públicos de saúde, que institui a notificação compulsória à vigilância epidemiológica local por qualquer profissional da equipe de saúde nos casos de suspeita de violência ou queixa explícita.

No setor saúde, embora a diretriz de assistência integral às mulheres exija que seja contemplada a interface com a violência de gênero, a resposta foi mais tardia, e foi necessária quase uma década desde a criação, implantação e implementação do primeiro serviço de atendimento às vítimas de violência sexual para que o Estado, via Ministério da Saúde (MS), estabelecesse as normas para implantação e funcionamento desses serviços.

Em 1999, a *Norma técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*, do Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), lança as bases operacionais da política de atendimento a mulheres e adolescentes que sofreram violência sexual, estimulando a criação, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, de serviços de atendimento às mulheres violentadas, bem como de redes de referência que facilitem o acesso das mulheres a esses equipamentos. Essa norma foi revisada e ampliada pela

Área Técnica de Saúde da Mulher do MS em 2005 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

No entanto, a estruturação e manutenção desses serviços e redes não tem sido uma tarefa simples, exigindo continuados esforços de articulação técnica e política. O número de serviços de saúde capacitados a realizar todos os procedimentos previstos na norma técnica, que incluem desde a assistência integral às mulheres por uma equipe de saúde multiprofissional, acompanhamento psicológico e jurídico, até a interrupção da gravidez quando for o caso, tem sido insuficiente para o tamanho do país; mesmo onde há serviços, muitas mulheres ainda encontram dificuldades para serem atendidas (CITELI; TALIB, 2005).

Quanto à violência sexual, praticada sob forma de abuso (ato sexual entre um adulto e uma criança), estupro (conjunção carnal forçada por meio de violência), ou do atentado violento ao pudor (prática de ato libidinoso diverso da conjugação carnal mediante coerção), ocorre em todos os tipos de sociedade, afetando pessoas de qualquer idade, classe social e etnia. Os autores da violência sexual podem ser desconhecidos, conhecidos ou mesmo familiares. No caso da violência contra mulheres, com muita frequência os autores são os parceiros, maridos ou namorados (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006).

Dentre os diferentes elementos constitutivos da categoria violência sexual-estupro, os mais consistentes e utilizados pelas pesquisadoras feministas brasileiras são: o ato violento é um ato racional; consiste na utilização de forma abusiva e desigual da força e do poder real ou simbólico de que se dispõe (ARENDRT, 1975); é imposição de um desejo ou de uma vontade narcísica de um indivíduo sobre outro (COSTA, 1986); e rompe com os mecanismos de identificação e de identidade da pessoa agredida, uma vez que manifesta vontade de destruição e morte.

A violência sexual contra as mulheres não decorre do desejo sexual ou amoroso. Ao contrário, é uma demonstração extrema de poder do homem sobre as mulheres, na subjugação de seu corpo tornado objeto e de sua autonomia como sujeito. Não é à toa que, historicamente, os estupros de mulheres têm sido comuns em guerras como símbolo de conquista e da barbárie que circunda essa situação (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006).

É difícil estimar a magnitude da violência sexual. As mulheres tendem a silenciar sobre o assunto, por medo de represálias, quando o autor é familiar ou conhecido. Sentimentos como vergonha, humilhação e culpa, que persistem no imaginário social – inclusive entre os profissionais de saúde que atendem em serviços de emergência – levam à idéia de que a mulher é culpada pela violência sofrida. Apesar dessa dificuldade, e considerando apenas os casos registrados em bancos de dados policiais, a Organização Mundial da Saúde estima uma prevalência de estupro entre 2 e 5%, nos diferentes países do mundo (WHO, 2002; ROSADO-NUNES, 2006).

A violência sexual pode acarretar diversos problemas de saúde para a mulher, tanto imediatamente após o evento quanto a médio e longo prazos. Podem ser citadas queixas físicas, como cefaléia crônica, alterações gastrintestinais, dor pélvica e outras, ou sintomas psicológicos e comportamentais, como disfunção sexual, depressão, ansiedade, transtornos alimentares, obesidade e o uso abusivo de drogas (VILLELA; ARAÚJO, 2000). E, claro, o estupro também pode acarretar uma gravidez.

### **Atendimento público às vítimas de violência sexual**

A violência sexual articula significados culturais, éticos e morais relacionados tanto às relações entre homens e mulheres quanto à sexualidade, o que faz com que a ação pública deva incidir sobre três dimensões: no nível das mentalidades, pela afirmação de que a violência sexual é um crime e que a mulher violentada não é culpada ou responsável pela sua ocorrência, de modo a romper com a banalização e a naturalização desse delito e facilitando que a mulher o reconheça como tal e procure ajuda, sem medo ou vergonha; na organização de sistemas formais de vigilância e notificação de crimes sexuais, de modo a acolher e encaminhar as denúncias e dar visibilidade a esse agravo; na estruturação de uma rede de assistência articulando serviços de saúde e de segurança pública, de modo a garantir atendimento imediato às vítimas e prevenir problemas de saúde a médio e longo prazos. Nesse atendimento imediato devem ser consideradas as ações para evitar que do estupro resulte uma gravidez, como também a interrupção da mesma, em casos de falha ou da impossibilidade de utilização da contracepção de emergência.

O Código Penal Brasileiro não pune a interrupção de uma gestação decorrente do estupro. No entanto, até o final da década de 1980, esse permissivo legal não havia sido utilizado nem regulamentado em qualquer nível governamental, no sentido de incorporar a realização do aborto, nesses casos, como uma ação de saúde a ser ofertada pelo Estado. Essa omissão possivelmente esteve relacionada à forte rejeição social ao aborto, baseada em preceitos morais e religiosos, à invisibilidade da violência sexual, e às atribuições culturais relativas à sexualidade, que tendem a transformar as vítimas em réis, pela insinuação de que mulheres “provocariam” os homens com sua beleza ou sensualidade, e que a sexualidade masculina seria “incontrolável”. Assim, a organização de um modelo adequado de atendimento às vítimas de violência sexual implica, por um lado, a discussão política da questão da violência contra as mulheres e, por outro, a abordagem ética e moral da questão do aborto.

É nesse contexto que se articulam agentes governamentais dos setores de saúde, segurança pública e do poder judiciário, movimento de mulheres representado pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e Sexuais, e a FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – visando sensibilizar a opinião pública a respeito do problema a fim de garantir suporte social e político para estabelecer as bases técnicas para o atendimento às mulheres

que sofreram violência sexual, incluindo a interrupção da gravidez.

O primeiro serviço de atendimento às vítimas de violência sexual foi implantado na cidade de São Paulo, no Hospital Municipal do Jabaquara (“Arthur Ribeiro de Saboya”) em 1990, fruto do esforço conjunto dos atores sociais acima referidos e da direção do hospital. Fluxos e rotinas foram amplamente discutidos, tendo também se realizado treinamentos específicos, visando capacitar a equipe para a reflexão a respeito de gênero e violência, para os procedimentos médicos e de enfermagem, para o apoio psicossocial (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Em 1996 ocorreu a recomposição da CISMU – Comissão Intersetorial da Saúde da Mulher, instância de assessoria técnica do Conselho Nacional da Saúde. Ao ser rearticulada, passou a contar com uma forte presença de feministas, da Secretaria Nacional de Mulheres da CUT – Central Única de Trabalhadores, da FEBRASGO, de movimentos sociais como o de portadores de necessidades especiais, da Comissão de Cidadania e Reprodução do CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, além de órgãos governamentais como o então Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, a Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de População e a CNBB – Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, que sempre se posicionou contrária a qualquer ação que levasse à implementação desses serviços. Por meio de uma negociação interna entre a CISMU e representantes do MS, foi proposta a elaboração de uma norma técnica para a implementação de serviços de atendimento às vítimas de violência sexual que incluísse o aborto. Essa proposta foi levada ao plenário do Conselho Nacional de Saúde, que a aprovou e encaminhou à Área Técnica de Saúde da Mulher, para ser implementada (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Em 2005, a ATSM do Ministério da Saúde convocou os mesmos atores que participaram da primeira elaboração da referida norma para procederem a uma revisão e atualização (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b), provocando um grande debate com o Conselho Federal de Medicina, no que toca à necessidade de apresentação de Boletim de Ocorrência (BO) para a realização do aborto. Nesta atualização, fica claramente estabelecido que não é necessário apresentar o BO (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a). Se, por um lado, a exigência de apresentação de BO para comprovação de estupro pode facilitar o acesso da mulher ao serviço de saúde, por outro reflete a desconfiança do profissional em relação à palavra da mulher, gerando uma complicação que precisa ser repensada pelos profissionais que tomam esse tipo de atitude, como afirmou um dos profissionais de um dos hospitais da pesquisa feita: “Sou contra o aborto legal que não é legal (...) É muito fácil hoje em dia. Não precisa de BO... A paciente sai com o namoradinho, atrasou a menstruação, conta uma história que (...) pegaram ela, vem com uma cara sem desespero... como se tivesse transado com o namorado...”.

Ainda em 2005, dando seqüência a uma decisão da 1<sup>o</sup> Conferência de Políticas Públicas para as Mulheres, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres criou uma comissão tripartite, composta de representantes da sociedade civil, do executivo e legislativo, com o objetivo de rever a lei que pune as mulheres e médicos que realizam aborto inseguro. O projeto foi concluído e entregue à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e, no momento, face à grande tensão política que gerou, encontra-se arquivado sem previsão para voltar à apreciação e votação dos deputados. A criação dessa Comissão representou a quebra de um silêncio que perdurou por muito tempo, pois o governo admitiu a existência e importância das diferentes dimensões que o problema do abortamento apresenta, como sua complexidade e sensibilidade, colocando-o no quadro de um grave problema de saúde pública (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

A incorporação do atendimento às mulheres estupradas no rol das ações dos serviços de saúde insere-se na perspectiva de integralidade que tem norteados os esforços para a efetiva implementação do SUS. Especificamente no que diz respeito às ações de atenção à saúde das mulheres, esse atendimento é mais um passo no sentido de romper com a perspectiva da atenção materno-infantil que tem marcado as ações programáticas em saúde da mulher no país, mesmo após a formulação do PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1983.

Para concluir a reflexão sobre os serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, apontamos algumas sugestões para o fortalecimento desses serviços:

- sensibilização e educação continuada dos diferentes profissionais que atuam nas equipes de atendimento;
- inclusão do estudo da violência nas grades curriculares dos cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Direito e ciências humanas, enfocando a violência de gênero;
- descentralização dos serviços para facilitar o acesso das mulheres;
- garantia de oferta da contracepção de emergência gratuita nas unidades básicas de saúde (UBS) e nos serviços, bem como, no caso dos abortos permitidos por lei, do uso do misoprostol e da Amiu – aspiração manual intra-uterina;
- criação e/ou fortalecimento de redes de apoio e atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, tanto setoriais, no âmbito da saúde, como intersetoriais, englobando saúde, educação, segurança pública e esportes, tendo as UBS como referência e contra-referência para o atendimento;
- atuação política em redes com instituições da sociedade que trabalham com a prevenção à violência de gênero e com a promoção dos direitos humanos das mulheres, como ONGs, conselhos tutelares, conselhos de saúde, entre outros;

- avaliação da resolutividade dos serviços, por meio de pesquisas tanto qualitativas como quantitativas.

Em suma, trata-se de enfrentar a violência sexual como um problema social, cultural e sanitário que, diante de sua complexidade, deve ser abordado em uma perspectiva multiprofissional. E sempre levando em conta a vulnerabilidade posta pelas relações de poder entre os sexos, que colocam as mulheres em seus cotidianos em situação de permanente vulnerabilidade de gênero social e psicológica, comprometendo sua saúde, sexualidade, trabalho, lazer, afeto, estudos, enfim, o pleno exercício de seus direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos.

### **Serviços de atendimento ao abortamento previsto em Lei**

A pesquisa por nós realizada em três serviços de atendimento a vítimas de violência sexual na cidade de São Paulo e a experiência em um programa de atendimento num dos serviços universitários são o suporte empírico para esta reflexão (OLIVEIRA *et al.*, 2005). Cumpre salientar que esses serviços atendem tanto os casos de abortamento previstos em lei como aqueles de abortamento inseguro. Nesse sentido, a norma técnica "Atenção Humanizada ao abortamento" foi tomada como parâmetro a partir do qual foram feitas as nossas observações (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

Nos dados coletados nos três serviços – Hospital Arthur Ribeiro de Saboya (Jabaquara), Hospital São Paulo e Hospital Maternidade Vila Nova Cachoeirinha – observamos que muitas mulheres relutam em buscar atendimento ou não o procuram logo após a violência por acreditarem ser necessário fazer primeiramente um boletim de ocorrência ou exame pericial no IML. Por temerem os constrangimentos associados à busca da justiça, como a ida às delegacias ou ao IML, acabam por chegar ao serviço tardiamente, comprometendo as ações profiláticas que são realizadas nas primeiras 72 horas após o estupro.

As mulheres relataram desinformação, por parte de outras unidades de saúde, para encaminhá-las a esses serviços especializados, o que indica deficiência na referência e contra-referência. Sugeriram que os serviços devem ser amplamente divulgados, assim como as medidas que a vítima deve tomar em caso de estupro. Uma queixa constante é o mau atendimento no IML – Instituto de Medicina Legal – e nas delegacias, onde referem atendimento de forma indelicada e culpabilização pela agressão sofrida.

No tocante à estrutura física, em todos os serviços onde a pesquisa foi realizada há espaços reservados para o atendimento ambulatorial das vítimas de violência sexual; quando há casos de aborto, a internação se dá na maternidade.

Os profissionais referiram falta de orientação durante a graduação para lidar com o tema. Chamaram a atenção para a necessidade de outros profissionais do hospital serem sensibilizados e da importância de haver uma supervisão de equipe. Muitos revelam que ainda há pressões contrárias e resistências por parte de profissionais quanto à questão do aborto. Destaca-se a necessidade do atendimento multiprofissional em razão da complexidade dos efeitos decorrentes do evento de violência sexual.

A pesquisa feita permite reforçar a importância desses serviços e a necessidade de sua ampliação descentralizada no município de São Paulo, assim como a preparação adequada de profissionais, introduzindo a temática da violência sexual na graduação dos cursos de saúde.

Quanto a políticas públicas que minimizem o sofrimento das mulheres em situação de abortamento inseguro, e enquanto não se descriminaliza o aborto no Brasil, a já referida norma técnica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b) regulamenta a assistência respeitosa para com as mulheres nessa situação, determinando que a equipe multiprofissional não faça julgamento moral das mulheres e não as culpabilize, não realizando por exemplo sem anestesia, procedimentos para os quais o seu uso estaria indicado. Se, por um lado, essa norma foi um passo decisivo para o exercício dos direitos reprodutivos, por outro nossa prática tem demonstrado que a maioria dos profissionais não a conhece. A mesma situação pode ser encontrada entre os gestores dos hospitais, que não se preocupam com sua divulgação. Apesar das medidas oficiais tomadas, não se percebem indícios de mudança no sentido de humanização da assistência ao processo de abortamento.

Os profissionais parecem ter um conceito pré-formado de que o aborto é crime e que atender adequadamente é simplesmente não deixá-la morrer. Alguns profissionais adotam posições punitivas em relação às mulheres que provocam aborto, como deixá-las esperando pelo atendimento ou até mesmo passando dor.

Para que o tratamento humanizado se efetive, parece, pois necessário instalar uma comunicação eficiente e eficaz. A humanização pressupõe uma relação *com* o outro, ao invés de *para* o outro, o que inclui atenção às expressões verbais e não-verbais. É fundamental, portanto, para a construção de um sentido de solidariedade, a comunicação dos sentimentos e das atitudes pessoais. No entanto, tal atenção à mulher em processo de abortamento provocado tem sido negada, excluída ou postergada pelos profissionais de saúde, devido à condição de ilegalidade e, por conseguinte, sua condenação social. Com isso, a história da mulher, incluindo o próprio abortamento, são reprimidos. O diálogo proibido nos serviços de atendimento distancia o vislumbre da possibilidade de assistência humanizada, sem discriminação de qualquer natureza.

Das pesquisas desenvolvidas e em curso<sup>1</sup> por nossa equipe na UNIFESP sobre o atendimento ao aborto inseguro, apontam-se algumas considerações importantes o enfrentamento dessa questão. A mera implantação da norma técnica para o atendimento humanizado ao aborto num país onde este é legalizado apenas em situações específicas, como risco de morte materna e gestação decorrente de estupro, tem pouco impacto, como mencionado, no atendimento às mulheres. Para que a norma seja acatada, é preciso alterar a formação dos profissionais de saúde e sensibilizar os que já atuam na área. Ficou evidente que as relações estabelecidas no processo de atendimento ao abortamento são relações de violência, mesmo se não percebidas imediatamente.

Corroborando dados já conhecidos, constatou-se que o aborto pune as mais pobres, dada a baixa renda *per capita* nas famílias das mulheres entrevistadas. E, também, as mulheres afro-descendentes, uma vez que a maioria das mulheres entrevistadas eram pardas, mulatas ou negras. A discriminação que sofrem agrava-se ainda por não receberem orientação em relação à contracepção, embora tal suporte conste na referida norma técnica e seja um elemento importante para evitar repetição do recurso ao aborto.

O acesso aos métodos utilizados para provocar o aborto foi diferente nos três campos da pesquisa: no Hospital São Paulo e Hospital Maternidade Vila Nova Cachoeirinha as mulheres utilizaram o misoprostol; já no Hospital Jabaquara, a maioria utilizou outros métodos, os quais possuíam maiores riscos de complicação que o misoprostol, como por exemplo, sondas contaminadas. Revela-se assim o impacto da clandestinidade do aborto na vida das mulheres, pois ao recorrerem a métodos inseguros, elas se expõem a riscos de morbimortalidade e sofrem seqüelas emocionais e psíquicas.

---

<sup>1</sup> Pesquisa em curso financiada pelo CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – desde 2005.

## Referências

- ARENDR, H. **A condição humana**. São Paulo: Forense, 1975.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 2.ed. Brasília, 2005a.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Brasília, 2005b.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Norma técnica sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, 1999.
- CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.31-39, 2006.
- CITELI, M. T.; TALIB, R. A. **Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)**. São Paulo: CDD-Br, 2005. (Cadernos CDD-Br, 1).
- COSTA, J. F. **Violência e psicanálise**. São Paulo: Graal, 1986.
- OLIVEIRA, E. M. *et al.* Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, p.816-823, 2005.
- ROSADO-NUNES, M. J. Aborto, maternidade e a dignidade das mulheres. In: CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. (Org.). **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos**. São Paulo: CDD-Br, 2006.
- VIGARELLO, G. **História do estupro: violência sexual nos séculos XVI-XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- VILLELA, W. V.; ARAÚJO, M. J. O. Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. **Reproductive Health Matters**, London, v.8, n.16, p.77-82, nov.2000.
- WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Genebra, 2002.



## Breve panorama sobre a questão do aborto no legislativo brasileiro

Maria Isabel Baltar da Rocha

# *Breve panorama sobre a questão do aborto no legislativo brasileiro*

*Maria Isabel Baltar da Rocha\**

Ao buscar construir um panorama sobre a questão do aborto no Congresso Nacional, chama imediatamente a atenção a ênfase desse debate em alguns momentos da história do país e, sobretudo, no período mais recente, bem como a grande quantidade de proposições apresentadas nessa Casa Legislativa.

É possível situar o primeiro projeto de lei sobre o assunto ainda no ano de 1949. Apresentado pelo monsenhor Arruda Câmara, buscava suprimir do Código Penal os dois permissivos legais referentes à prática do aborto, ou seja, nas situações de risco de vida da gestante e da gravidez que resulta de estupro. O Código Penal havia sido decretado no começo daquela década, durante o Estado Novo, e o Congresso Nacional abriu suas portas em 1946, depois de oito anos da ditadura de Getúlio Vargas. A apresentação desse projeto de lei – logo depois da abertura do Congresso e realizada por um integrante da Igreja Católica, importante ator político nessa discussão – é o marco inicial da análise de um debate que vem se prolongando até os dias de hoje.

Durante todo o período estudado não houve alterações nesse Código. Nem mudanças que eliminassem os permissivos legais em vigor ou, ao contrário, que descriminalizassem e/ou legalizassem o aborto – tampouco que ampliassem as possibilidades da prática da interrupção da gestação no país. Sob essa ausência de transformações legais, no entanto, é intenso o debate de idéias, que reflete as modificações que vêm ocorrendo a respeito do assunto no âmbito da sociedade e dos poderes executivo e judiciário.

Como visto, a discussão sobre a questão do aborto teve seu primeiro momento em 1949 e continua na agenda do Congresso até os dias de hoje, sendo possível dividi-la em cinco etapas:

1. fase inicial, abrangendo o período correspondente ao fim da década de 1940 até começo da década de 1970, com debate ainda incipiente, mas que se inicia buscando suprimir os dois permissivos do Código Penal, com a reabertura do Congresso depois do Estado Novo;
2. fase de aquecimento, abrangendo o período do começo da década de 1970 ao começo da década de 1980, com uma participação ainda restrita dos atores políticos e sociais;

---

\* Pesquisadora e professora do NEPO – Núcleo de Estudos de População da UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas.

3. fase de intensificação, correspondente a grande parte da década de 1980, com a participação mais ampla daqueles atores, inclusive no âmbito da Assembléia Nacional Constituinte;
4. fase de maior intensificação, abrangendo as duas legislaturas da década de 1990, com várias iniciativas de parlamentares identificados com as idéias do movimento feminista, bem como algumas iniciativas e muitas contestações de congressistas vinculados a grupos religiosos;
5. fase correspondente ao fim dos anos 1990 e aos primeiros anos da atual década, em que se encontra consolidado um debate parlamentar com tendências claramente opostas.

Em todo o período analisado foram apresentadas 94 proposições, iniciativas que tiveram uma maior participação da Câmara dos Deputados, como as proposições sobre a questão do planejamento familiar. Constituiu-se, ainda, uma Comissão Especial para apreciar uma controversa Proposta de Emenda à Constituição (PEC25/95).

Até o início dos anos 1990, foram apresentadas 31 proposições; nesse conjunto, a grande maioria refletia uma posição contrária à permissão da prática do aborto. Com essa visão, uma única proposta fora aprovada em 1979, que aliás também tratava sobre planejamento familiar. É necessário ressaltar, no entanto, que essa proposição não se situava no centro do debate sobre a questão do aborto, apenas reiterando um dispositivo já existente na Lei das Contravenções Penais, referente à proibição da divulgação daquela prática.

Ainda nesse amplo período anterior à década de 1990, vale salientar que o tema aborto provocado foi considerado uma das questões polêmicas da Assembléia Nacional Constituinte – 1987/1988 – e, exatamente por esse teor polêmico, acabou não constando da nova Carta. O tema, inclusive, foi objeto de propostas da sociedade apresentadas aos parlamentares – as chamadas emendas populares.

No contexto da Constituinte, aparecem de modo transparente as sérias divergências em relação a essa matéria, concernentes à defesa da vida desde o momento da concepção ou, diferentemente, à defesa do direito de decisão da mulher sobre esse assunto. A primeira posição, influenciada pela opinião da hierarquia da Igreja Católica e por algumas denominações evangélicas; a segunda posição, influenciada pelo movimento feminista.

O debate intensificado nos anos 1980 – sobretudo em torno desse eixo ético e entre esses atores políticos e sociais – teve ainda maior ênfase nas duas legislaturas da década de 1990. Nessa ocasião os parlamentares apresentaram 23 proposições (42,6% do total das proposições analisadas até então), dentre as quais a grande maioria era, de alguma maneira, favorável à permissão do aborto, havendo desse modo uma virada na discussão.

Em relação a esse período, é importante destacar quatro proposições: a primeira, Lei 8921/94, é a única que foi aprovada nos anos 1990, embora não se encontre no centro do debate; a segunda é a referida proposta de emenda constitucional, PEC 25/95, que provocou muita controvérsia, mas que acabou sendo rejeitada; a terceira é o projeto de lei que mais avançou na tramitação, gerando grande polêmica, e que ainda se encontra no Congresso; e a quarta é um projeto de decreto legislativo, remetido em 1998, que buscava suspender a norma técnica do Ministério da Saúde sobre a matéria, mas acabou sendo arquivado ao final da legislatura.

Por fim, além dessas quatro, há uma quinta proposição que, embora tenha sido enviada em 1991, iria se tornar centro de discussão na década seguinte, em 2005. Trata-se de um projeto de lei cuja relatora, Jandira Feghali, incorporou a seu relatório substitutivo o anteprojeto da Comissão Tripartite de Revisão da Legislação Punitiva do Aborto, assunto que será focalizado na próxima seção deste trabalho.

A única proposta aprovada (Lei 8921/94), da área trabalhista, alterou o inciso II do artigo 131 da Consolidação das Leis do Trabalho: garante o abono para as faltas que acontecem em decorrência de abortamento, independentemente das circunstâncias em que este ocorra. Na realidade, o projeto possibilita o referido abono de faltas mesmo quando o abortamento for ilegal, diferentemente da legislação anterior, que somente o concedia no caso do aborto "não criminoso". Os parlamentares que apresentaram esse projeto – de perfil político progressista e identificados com os direitos das mulheres – utilizaram a estratégia política de atuar no espaço da legislação trabalhista, área na qual não se tem manifestado o confronto sobre a questão do aborto.

A segunda proposição acima mencionada, a PEC 25/95, procurava acrescentar ao cabeçalho do artigo 5º da Constituição Brasileira o preceito da inviolabilidade do direito à vida "desde a sua concepção". Essa proposta, se aprovada, provocaria como consequência a supressão dos dois permissivos legais previstos no Código Penal. Além disso, dificultaria a possibilidade de discussão e, principalmente, de mudança na legislação sobre a questão do aborto, uma vez que sua proibição tornar-se-ia objeto de matéria constitucional

Apresentada por parlamentar vinculado à Igreja Católica, essa emenda acabou sendo objeto de um polêmico debate, no âmbito da Comissão Especial criada para discuti-la. Houve, mais uma vez, uma forte atuação da Igreja Católica e do movimento feminista, com suas respectivas posições, dentre outros importantes atores políticos e sociais – para, finalmente, a proposta ser rejeitada na Comissão e depois no plenário da Câmara.

A terceira proposição dispõe sobre a obrigatoriedade de o Sistema Único de Saúde (SUS) atender os casos de aborto previstos em lei. Na realidade, esse projeto

busca garantir um dispositivo legal que já consta do Código Penal. De autoria dos mesmos parlamentares do primeiro projeto citado, essa proposição foi bastante debatida na Comissão de Seguridade Social e Família, bem como na Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, da Câmara dos Deputados. Sua aprovação em ambas ocorreu de modo muito apertado, particularmente na Comissão de Constituição e Justiça, quando foi necessário que a relatora desempatasse a votação.

Esse projeto sofreu objeções, sobretudo do grupo de parlamentares católicos, que pressionaram para que ele fosse votado pelo Plenário da Câmara (quando teria poder terminativo na Comissão), antes de ser remetido ao Senado. Em meio a esse processo político-legislativo, o plenário da Câmara transformou-se em Comissão Geral para debater o assunto em audiência pública, diante de recurso apresentado por aquele grupo de parlamentares. Depois da reunião da Comissão Geral, sob influência desses parlamentares, a discussão do projeto foi adiada, devido ao risco de serem derrotados na votação (OLIVEIRA, 2001).

Por fim, a quarta proposição propunha a suspensão da norma técnica do Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, que inclui o atendimento ao aborto previsto em lei. Na legislatura em que foi apresentado, solicitou-se, mas foi negada, urgência para sua tramitação. Na legislatura seguinte, o projeto foi rejeitado tanto na Comissão de Seguridade Social e Família como nas de Constituição e Justiça e de Redação. Um recurso que questionava o parecer dessa última comissão manteve esse projeto no Congresso até recentemente, quando foi arquivado ao final da última legislatura.

Muito debatida nessas duas comissões, esse projeto de decreto legislativo foi objeto de discordância dos parlamentares vinculados à Igreja Católica, que se posicionavam contrários à norma técnica, e parlamentares afinados com as reivindicações do movimento feminista, que concordavam com seu teor (REDESAÚDE, 1999; CFÊMEA, 1999). O recurso apresentado por aqueles parlamentares, questionando o parecer negativo da Comissão de Constituição e Justiça, somente veio evidenciar, mais ainda, a tensão vigente entre essas duas tendências.

### **O aborto provocado nas legislaturas 1999-2003, 2003-2007 e no início da atual legislatura**

Na etapa ora focalizada foram apresentadas 40 proposições. Há uma acentuada presença de novos projetos originários de parlamentares vinculados a grupos religiosos, embora também haja proposições favoráveis ao direito ao aborto, sobretudo a proposta originária da Comissão Tripartite, que será aqui discutida.

Nas duas legislaturas, as proposições contrárias ao direito ao aborto são em número de 21, das quais 7 apresentadas na primeira legislatura e 14 na segunda, e

têm vários pleitos. Algumas propõem modificações restritivas em leis já existentes (como por exemplo, modificar a Constituição ou considerar a prática do aborto um crime hediondo); uma proposta versa a respeito de um serviço específico para receber denúncia sobre aborto clandestino; outras dispõem sobre medidas assistenciais do poder público para evitar o aborto decorrente de estupro, inclusive com um programa de orientação à gestante; e há ainda propostas que determinam o estabelecimento de datas específicas para combater a prática do aborto.

Mais recentemente, sobretudo na legislatura 2003-2007, apesar de continuarem sendo remetidos projetos com aquele teor, foi também apresentado um conjunto de propostas favoráveis à prática do aborto em algumas circunstâncias. Nessa condição foram localizados 11 projetos: 2 de teor abrangente; 8 com propostas pontuais para ampliar os permissivos legais; e um projeto relativo à informação sobre o direito à assistência ao aborto previsto em lei.

Ressalte-se que nessa época foi apresentado e discutido o anteprojeto de lei da Comissão Tripartite de Revisão da Legislação Punitiva do Aborto, comissão esta criada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em 2005, em decorrência dos resultados da I Conferência Especial de Políticas para as Mulheres, que propusera a revisão da legislação punitiva do aborto. Essa comissão, constituída por integrantes do poder executivo, do legislativo e da sociedade civil, sofreu forte influência do movimento feminista, tendo formulado um anteprojeto que previa o direito à interrupção da gravidez, com livre consentimento da gestante e realizado por médico – até 12 semanas de gestação em qualquer circunstância; até 20 semanas de gestação quando a gravidez resulta de crime contra a liberdade sexual; e nas situações de risco de saúde da gestante e de malformação congênita incompatível com a vida, ou grave e incurável enfermidade do feto.

Esse anteprojeto entregue pela própria ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e incorporado a projeto substitutivo da deputada Jandira Feghali, foi objeto de muito debate, mas acabou não tendo condições políticas de ser votado, face à proximidade das eleições gerais no país.

É importante enfatizar o grande número de projetos apresentados nesse período com postura contrária ao aborto como um direito da mulher, principalmente no período 1999-2003. Projetos, como foi visto, que abrem um leque de aspectos envolvendo proibições legais à prática do aborto, organização de serviços para denunciá-lo, estímulos para se evitar o abortamento, inclusive em vítimas do estupro e, mesmo, datas específicas para combater o aborto provocado. Há, sem dúvida, nessa articulação, uma evidente participação de congressistas vinculados às religiões, com ênfase no grupo de parlamentares católicos.

Essa tendência claramente restritiva em relação ao aborto, que já vinha emergindo no legislativo federal no segundo quinquênio dos anos 1990, acaba se afirmando nesse período. Ela reflete a reação, por parte dos parlamentares vinculados àqueles segmentos sociais, a um conjunto de iniciativas pelo direito ao aborto, lançadas sobretudo a partir dos anos 1990 e até os dias de hoje no Congresso e, dentro de certos limites, nos próprios poderes executivo e judiciário, com forte influência do movimento feminista.

Na segunda legislatura desse período (2003-2007), há maior concentração de novos projetos favoráveis à ampliação dos permissivos legais, sobretudo em relação à anencefalia. Sua apresentação está possivelmente relacionada à discussão vigente no judiciário sobre a antecipação terapêutica do parto – que teve liminar concedida e depois suspensa – e ao debate vinculado a essa discussão. Entre os principais atores políticos e sociais presentes nesse debate estão, de um lado, o movimento feminista, a FEBRASGO – Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – e profissionais que participam do Fórum Interprofissional sobre Abortamento Inseguro; e, de outro, entidades vinculadas a grupos religiosos, sobretudo à Igreja Católica. Esta vem participando da polêmica, principalmente, por meio da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil.

No contexto desse debate, saliente-se a presença de uma denominação evangélica, a Igreja Universal do Reino de Deus, que não somente se posicionou publicamente favorável ao aborto nas situações de anencefalia do feto, risco de vida da gestante e estupro (LAGES, 2004), como também apresentou um projeto de lei sobre o assunto ao Congresso Nacional, por intermédio de um parlamentar que é seu bispo. Saliente-se, também, que nesse debate, há juristas manifestando posições distintas sobre o tema e que, recentemente, o Conselho Nacional de Saúde aprovou uma resolução que dispõe sobre o direito da mulher de decidir pela interrupção da gestação de feto com anencefalia.

No entanto, nesse último período também, assim como na legislatura iniciada em 2007, continuaram sendo apresentados projetos buscando conservar ou retroceder em relação à legislação, neste caso como uma postura reativa quanto à discussão da referida Comissão Tripartite e do anteprojeto de lei dela decorrente.

Por fim, em relação à legislatura iniciada em 2007, o debate continua... com mais seis novos projetos, dos quais cinco com teor conservador e um, ao contrário, favorável ao aborto terapêutico. Nesse início da legislatura, retomam-se as discussões na Comissão de Seguridade Social e Família, por meio de sessões de audiência pública sobre o assunto.

Do debate sobre a questão do aborto até agora não resultaram mudanças na Constituição, tampouco no Código Penal, principal lei dedicada ao assunto, apesar de o primeiro projeto de lei ter sido apresentado no fim dos anos 1940 e a discussão no

Congresso enfatizada a partir da Constituinte, na segunda metade dos anos 1980. O assunto é controverso e vem se mantendo sempre ativo, seja pelas iniciativas que buscam ampliar os permissivos legais ou mesmo descriminalizar o aborto, seja pelas que buscam impedir sua realização ou mesmo incriminá-lo ainda mais.

Esse tenso jogo político de forças opostas no Parlamento (que recebe direta ou indiretamente a influência dos diferentes atores da sociedade civil, ampliados durante esse debate e, em algumas ocasiões, dos poderes executivo e judiciário) vem impedindo modificações que ampliem ou, ao contrário, restrinjam a legislação sobre o tema. Nesse contexto político, é possível também considerar que mudanças nas normas legais favoráveis ao aborto como um direito da mulher ocorreriam de maneira gradual.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Brasília, 1999.
- CFÊMEA-CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA. Comissão mantém norma técnica do Ministério da Saúde. **Jornal Fêmea**, Brasília, n.79, p.6-7, 1999.
- CUNHA, A. L. Revisão da legislação punitiva do aborto: embates atuais e estratégias políticas no Parlamento. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 7., 2006, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Editora Mulheres, 2006.
- LAGES, P. A direção da Igreja Universal do Reino de Deus... **Folha de São Paulo**, São Paulo, 15 dez. 2004. Cotidiano - Painel do leitor p.C3.
- OLIVEIRA, G. C. **O direito ao aborto em debate no parlamento.** São Paulo: RedeSaúde; Cfêmea, 2001.
- REDESAÚDE-REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Manifesto de apoio à Norma Técnica: em defesa dos direitos e da cidadania das mulheres. **Jornal da RedeSaúde**, São Paulo, n.18, p.5, 1999.
- SANTIN, M. A. V. **Direitos humanos das mulheres:** Congresso Nacional e Igreja Católica. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1999. (Mimeo). (Trabalho Apresentado ao Seminário de Apresentação dos Projetos do VIII. Concurso de Dotações para Pesquisa sobre Mulheres e Relações de Gênero, 2000).
- VASCONCELLOS, M. **Os significados do aborto:** o labirinto de discursividades na Câmara dos Deputados. 2000. 149f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2000.



# **A questão do aborto e seus aspectos jurídicos**

Miriam Ventura

# *A questão do aborto e seus aspectos jurídicos*

*Miriam Ventura\**

Este texto apresenta uma visão geral da situação jurídica do aborto no Brasil. Após uma breve introdução sobre os pontos mais relevantes da discussão no âmbito ético-jurídico, descrevem-se os aspectos pertinentes do marco jurídico-legal brasileiro, passando-se em seguida aos resultados de um levantamento bibliográfico realizado, que serviu como ponto de partida para identificar os avanços, lacunas e desafios nos estudos do campo jurídico.

Historicamente o exercício da função reprodutiva é objeto de intensa normalização e normatização<sup>1</sup> pelo poder político. Isso pode estar relacionado à posição estratégica que a reprodução humana ocupa na qualidade de vida da população, na possibilidade de riqueza e governabilidade das nações (FOUCAULT, 2005; BIRMAN, 2005). O tratamento normativo dado à reprodução humana desenvolveu-se fortemente como instrumento de controle e dominação do corpo social e a noção de direitos reprodutivos não foi incorporada nas leis e políticas públicas, mas apenas a noção de deveres reprodutivos dos indivíduos, em face do Estado e da sociedade. A conjugação desequilibrada entre direitos e deveres do Estado, da sociedade e dos indivíduos, no âmbito reprodutivo, resultou em um modelo que considera a pessoa como objeto das leis e das políticas públicas, e não propriamente como seu sujeito. Na prática, isso implica converter o dever do Estado de proteção da liberdade e dos direitos da pessoa, no âmbito da vida privada, em um tipo de "direito do Estado" de prescrever e impor uma conduta sexual e reprodutiva do cidadão, sob pena de sanção, em caso de violação da imposição.

O Direito e a Saúde Pública ocupam um papel importante na formulação dessas normas, como campos de atuação do Estado. Constata-se que os conflitos éticos e jurídicos mais comuns relacionados à reprodução humana têm como fonte principal as restrições à autonomia dos sujeitos, impostas por normas legais e/ou sanitárias, e justificadas como necessárias para o bem-estar coletivo, a proteção e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. No entanto, em geral, as normas coercitivas e controladoras dos corpos não são eficazes para alcançar as finalidades

---

\* Advogada, consultora jurídica, Professora de Direito de Família e Bioética, doutoranda em Saúde Pública na Ensp/Fiocruz.

<sup>1</sup> Normalização e normatização são relacionadas aos adjetivos normal e normativo, que derivam do substantivo norma. A normalidade se refere ao normal, comumente relacionada a um estado fisiológico cujo funcionamento e estrutura são comuns a seus análogos, estabelecidos a partir de quadro classificatório. A normatividade implica um determinado modelo ou procedimento que deve ser seguido, ou pode referir-se a um comportamento-padrão. A normatividade e a normalidade, segundo Foucault, não são estabelecidas com base em evidências e constatações relacionadas à fisiologia e/ou a determinado comportamento-padrão social, mas são expressões do poder: pelo uso dos saberes, exerce-se o controle e a dominação do corpo social pela disciplina dos corpos. Nesse sentido, o processo de regulação pode ser um instrumento de poder e dominação (FOUCAULT, 2005; BIRMAN, 2005) e não de constituição e garantia de direitos legítimos.

de bem-estar, proteção e melhoria da qualidade de vida. Ao contrário, podem resultar em prejuízo à vida e à saúde da pessoa. O uso de leis incriminadoras do aborto, ou outras que restringem o acesso à contracepção ou concepção, são exemplares desse modelo que se consolidou, que ainda vige em diversos ordenamentos jurídicos e que se pretende alterar com a incorporação da noção de direitos reprodutivos.

A posição reservada às mulheres no âmbito dessas normas constitui um dos pontos de maior tensão no momento de sua elaboração e/ou aplicação. As leis e políticas públicas, especialmente as criminais, de saúde e de família, estruturam-se envolvendo, preferencialmente, a capacidade e a responsabilidade reprodutiva feminina, restringindo sua autonomia e, até mesmo, priorizando a procriação ou a não-procriação em detrimento dos direitos e liberdades individuais das mulheres. O resultado é que se passa a atribuir mais deveres às mulheres do que aos homens, aumentando a vulnerabilidade feminina (social e pessoal) em relação à procriação e aprofundando-se com isso as desigualdades sociais entre os gêneros. O peso dessas normas é, concretamente, muito maior na vida das mulheres do que na vida dos homens.

Somente nos anos 1990, no âmbito internacional, as Conferências das Nações Unidas de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (1994), e da Mulher, em Pequim (1995), reconhecem que as restrições impostas à autonomia reprodutiva, por diversas leis e políticas públicas, violam os direitos humanos, em especial, os direitos das mulheres; reconhecem ainda que tais leis não contribuem para o desenvolvimento econômico e humano das populações. Nesse sentido, os documentos resultantes das Conferências incorporam a concepção de direitos reprodutivos como prerrogativas dos sujeitos; e, fundamentados nos direitos humanos, recomendam que os países reformulem suas leis e políticas públicas, de forma a garantir: a) o direito das pessoas à não-intervenção em suas escolhas individuais relativas ao exercício da reprodução e sexualidade; b) o acesso às informações e aos meios adequados para o exercício da autonomia sexual e reprodutiva, com especial atenção para a vulnerabilidade feminina nessas relações. Uma recomendação especial é destacada: os países devem rever suas leis restritivas em relação ao aborto provocado e voluntário, considerando que a prática clandestina e insegura do abortamento constitui um grave problema de saúde pública, com sérias repercussões para as mulheres, as famílias e a sociedade.

Nesse amplo processo de discussão de reforma das leis restritivas ao aborto voluntário, estudos demonstram que, em geral, a moralidade e legalidade das normas vigentes estão diretamente relacionadas ao tempo de gestação e a circunstâncias específicas, como no caso de gravidez que implique risco à vida e saúde da gestante ou resultante de estupro. A morte de um ser humano em desenvolvimento não é tratada ou considerada da mesma forma que a de um ser

humano nascido (uma pessoa para o Direito). Somente algumas crenças religiosas e posições mais conservadoras – às vezes de grande peso político – atribuem igual valor ao ser humano em qualquer grau de desenvolvimento e defendem a proteção pelo Estado do direito à vida desde a concepção, como um direito natural e absoluto. Esse tipo de defesa da vida do ser humano desde a concepção implica atribuir-se à mulher o dever de gestação como uma obrigação natural, quer seja gravidez resultante de uma relação sexual voluntária ou não. Os mais radicais defendem que mesmo a gravidez que implique risco de vida ou de saúde para a mulher não deve ser interrompida, alegando que os avanços atuais da medicina permitem reduzir os riscos de morte e agravamento do estado de saúde da gestante.

No Brasil, a lei classifica o aborto provocado voluntariamente pela mulher (ou a pedido desta) como crime contra a vida, exceto no caso de gravidez resultante de estupro ou em que a mulher corra risco de morte. A lei penal determina que esse tipo de crime seja julgado em um Tribunal do Júri, tal como os homicídios. A pena para o aborto provocado é muito menor (de 1 a 3 anos) do que a prevista para o homicídio simples (de 6 a 20 anos). Porém, o fato de situar-se o aborto provocado voluntariamente na lei criminal, e no capítulo dos crimes contra a vida, reflete o nível de reprovação moral atribuída à conduta, mesmo que a pena concreta estabelecida seja equivalente às atribuídas aos crimes de menor potencial ofensivo.

É consensual o entendimento de que a vida e dignidade humana constituem o principal bem jurídico a ser protegido. A vida digna passa a ser legitimada como o bem-interesse de maior valor nos estatutos éticos e legais de direitos humanos, consolidados a partir da Modernidade. Contudo, constata-se que no momento de deliberar-se sobre o direito ou não da mulher ao aborto voluntário há, claramente, uma centralidade da discussão do aborto em torno do direito à vida do feto, que é contraposto, na maioria das vezes de forma simplista, ao direito de liberdade de escolha da mulher.

Os opositores da descriminalização do aborto buscam ressaltar o direito absoluto à vida, atribuindo o *status* de pessoa ao nascituro. Assim, consideram que o conflito estabelecido é entre o direito à vida do feto (ou melhor, a seu desenvolvimento biológico ou ao nascimento) *versus* o direito de liberdade de escolha da mulher, e não entre o direito à vida do feto *versus* o direito da mulher à vida digna (que deve incluir seu direito à liberdade de escolha). Nessa formulação é atribuído maior valor ao direito à vida, no caso do não-nascido, considerado como o único direito à vida em jogo. Essa linha argumentativa amplia o conceito de pessoa para definir o nascituro e restringe o sentido ético e jurídico do direito à vida a seus aspectos biológicos, desconsiderando-se a dignidade humana como o valor que dá sentido e deve estabelecer o conteúdo desse direito. Também minimiza (ou mesmo

desconsidera) a vulnerabilidade feminina às normas legais incriminadoras, como, por exemplo, que os riscos e custos da procriação se dão em seus corpos, e que socialmente é atribuída maior responsabilidade à mulher com o cuidado da prole, tratando essas questões como subsidiárias e/ou excepcionais.

Para os segmentos favoráveis à descriminalização e legalização do aborto, ou mesmo àqueles que mais restritamente defendem a ampliação dos permissivos legais, o nascituro possui *status* (moral e jurídico) diferenciado da mulher, e portanto, a proteção legal a ser oferecida aos não-nascidos deve ser de outra ordem. Essa linha argumentativa busca ressaltar aspectos da vulnerabilidade feminina, especialmente as repercussões danosas para a saúde das mulheres, o impacto para a saúde pública e outros efeitos sociais e pessoais relacionados às restrições legais à interrupção voluntária da gravidez. Ou seja, o conflito identificado é entre o direito à vida do não-nascido *versus* o direito da mulher à vida digna.

Considerando esses aspectos gerais do debate, surgem duas questões específicas e relevantes no debate jurídico, relacionadas à fundamentação e justificação do direito da mulher ao aborto. Uma delas é identificar – normalmente a partir de uma base científica das ciências naturais – uma fase do processo de desenvolvimento biológico que possa ser moralmente significativa para justificar as restrições legais à liberdade reprodutiva feminina. A busca de consenso a partir desse ponto vem trazendo muitas dificuldades para a solução do conflito, já que se tenta estabelecê-lo por definições médico-científicas e/ou biológicas do início da vida humana, sobre o quê também não há consenso; e, a partir de tal consenso, tentar-se-ia prescrever o que é moralmente válido, para uma sociedade caracterizada pelo pluralismo moral. As audiências públicas no Supremo Tribunal Federal, ocorridas entre 2005 e 2008, convocadas especialmente para se obterem subsídios para o julgamento de ações judiciais que discutem a legalidade do aborto de fetos anencéfalos e o uso de embriões para pesquisa, são exemplares das dificuldades de se estabelecer um consenso sobre o direito da mulher ao aborto, a partir desse ponto controverso.

Uma segunda questão, não menos difícil, é identificar quem é legítimo para decidir sobre a interrupção da gestação e em que circunstâncias. A mulher, o casal, a sociedade (plebiscito ou não?), as instituições judicial, legislativa, ou médica? Temos ainda a dificuldade de estabelecer um acordo sobre se deve prevalecer uma concepção mais individualista ou liberal do sentido de liberdade e autonomia reprodutiva, garantindo-se o direito ao aborto como uma prerrogativa exclusivamente da mulher, ou uma concepção mais comunitária ou social que, apesar de considerar a autonomia da vontade como condição fundamental da dignidade humana, defende que as liberdades devem ser estabelecidas com base nas formas sociais e situações de convivência prevalentes. Isso implica admitir a legitimidade das restrições legais

impostas à liberdade individual, considerando a moralidade prevalente, mesmo que as ações pessoais não impliquem danos objetivos a outra pessoa. A proposta, por exemplo, de se decidir sobre a legalização do aborto por um plebiscito expressa essa concepção menos liberal, de que os limites e as possibilidades de exercício da liberdade sexual e reprodutiva devem ser determinados pela moralidade dominante, a ser conferida pelo voto da maioria.

### **Marco legal brasileiro e o direito ao aborto**

A Constituição Federal Brasileira de 1988 não estabeleceu o direito à vida desde a concepção, e garantiu o direito de a pessoa decidir livre e responsabilmente sobre o número, espaçamento e a oportunidade de ter filhos. A lei brasileira estabelece, ainda, o planejamento reprodutivo (ou familiar, como denomina) como um direito da pessoa, atribuindo ao Estado o dever de prover os meios e os recursos necessários para tal.

O aborto no Brasil é tratado em uma lei ordinária (ou infraconstitucional). O Código Penal, de 1940, inclui o aborto como crime contra a vida, prevendo punição de um a três anos de detenção para a prática provocada pela gestante ou com seu consentimento (art. 124). Nos casos de aborto provocado por terceiro, sem a anuência da grávida, a pena é de três a dez anos (art. 125). Constata-se que o legislador reduziu significativamente a pena, nos casos de auto-aborto e aborto com o consentimento da gestante, demonstrando o caráter de menor potencial ofensivo desse tipo de conduta, ao menos, como já dito, no momento da fixação da pena para o crime tipificado. O Código prevê ainda duas situações em que esse procedimento não é crime: a) para salvar a vida da mulher (art. 128, I); b) quando a gravidez é resultante de violência sexual (art. 128, II).

A Constituição Federal não faz qualquer referência ao *status* do nascituro como pessoa ou lhe confere personalidade jurídica. A Constituição Federal afirma (art. 5º) que aos brasileiros e estrangeiros residentes no país garante-se a inviolabilidade do direito à vida, liberdade, igualdade, dentre outros. Nos incisos posteriores, em nenhum momento a Constituição Brasileira se refere expressamente ao direito à vida desde a concepção, ou faz qualquer referência aos direitos do nascituro.

O novo Código Civil Brasileiro, vigente a partir de 2002, manteve a disposição anterior de que o início da personalidade<sup>2</sup> civil é o nascimento com vida, mas que

---

<sup>2</sup> Para a lei civil brasileira, pessoa é o conceito que designa o titular do direito. Personalidade corresponde à capacidade de uma pessoa vir a ser sujeito de relações jurídicas. Todas as pessoas têm personalidade jurídica, mas a lei estabelece restrições para algumas pessoas agirem, visando sua proteção, como por exemplo a criança e as pessoas com deficiências que impeçam o exercício de sua autonomia, aos quais é reconhecida a capacidade de direito, mas não a de ação. A figura jurídica da capacidade de agir permite não retirar das pessoas incapazes a capacidade de aquisição de direito, mas tão somente estabelecer uma forma especial de exercício, mediada ou a ser estabelecida por um representante.

os direitos do nascituro estão protegidos, desde a concepção (art. 2º). Isso não significa que a lei civil conferiu personalidade ou *status* de pessoa ao nascituro, mas que estabelece uma qualificação jurídica específica e diferenciada para este (que não é pessoa, mas também não é coisa, é um "nascituro"). Essa norma civil tem grande importância prática, pois possibilita à gestante ou seu representante legal garantir a preservação de direitos para o não-nascido, que só serão adquiridos no momento do nascimento com vida, como os direitos de herança, alimentos, previdenciários e outros. Essa é a interpretação que se entende adequada e harmonizada com as leis brasileiras, defendendo-se que, com base no Código Civil, não há qualquer empecilho para se aprovar lei favorável ao aborto voluntário.

Porém, para uma parcela de juristas brasileiros, os dispositivos constitucional e civil referidos, bem como a Convenção Interamericana de Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), adotada pelo Brasil, garantem o direito à vida desde a concepção. Para essa corrente, o "nascituro" é "pessoa", possui personalidade jurídica própria. A partir desse pressuposto legal afirmam que o direito à inviolabilidade da vida é absoluto, em qualquer estágio do desenvolvimento do ser humano, e, nesse sentido, os permissivos legais do Código Penal Brasileiro (1940) para a realização do aborto voluntário são inconstitucionais e violam os direitos humanos do nascituro. Essa interpretação é considerada extremamente conservadora, ou mesmo uma tentativa de determinado grupo religioso conferir legitimidade jurídica a sua crença sobre a vida humana (LOREA, 2006), e não o resultado de uma análise racional, imparcial e sistemática do sistema jurídico.

Na perspectiva dos direitos reprodutivos, uma das leis federais brasileiras mais importantes é a de n.9.263, de 12/01/96, que regulamenta o direito constitucional ao planejamento familiar, e estabelece um rol de serviços a serem disponibilizados para a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis, o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, de mama e de pênis, sem excluir outros necessários para a atenção integral à saúde sexual e reprodutiva. Esse direito foi reiterado no Código Civil de 2002, no art. 1565 parágrafo 2º.

A lei de planejamento familiar não trata do direito à interrupção voluntária da gravidez no âmbito do planejamento reprodutivo. Esse aspecto é importante, se considerarmos que a lei brasileira seguiu a recomendação internacional no sentido de que o aborto não deve ser adotado como método de planejamento reprodutivo, e que sua necessidade deve ser reduzida, por meio: (a) do acesso a métodos contraceptivos; (b) da orientação e assistência médica adequada, inclusive contraceptiva, nos casos de complicações derivadas de aborto; (c) da melhoria da qualidade do pré e pós-natal; e (d) pela assistência integral à saúde da mulher. Contudo, é inevitável reconhecer que o aborto é, de fato, um recurso extraordinário

utilizado pelas mulheres para interromper a gravidez indesejada, e sua discussão no âmbito das políticas de planejamento reprodutivo é necessária.

A tentativa de alteração da lei criminal por meio de processo legislativo não tem obtido êxito. Os projetos de leis para a ampliação dos permissivos legais para o abortamento, ou aqueles que prevêm a retirada do aborto do rol de crimes, ou a legalização da prática, são sistematicamente arquivados (ROCHA, 2006).

No âmbito do poder executivo, constatam-se avanços no plano legal-institucional com a implementação de algumas ações importantes, como por exemplo a aprovação de normas, pelo gestor federal do sistema público (Ministério da Saúde), de atenção à saúde da mulher para o acesso ao aborto permitido por lei e para o atendimento àquelas que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento espontâneo ou induzido; e, ainda, o compromisso do governo federal expresso no Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH II), de 2002, de apoiar reformas legais que visem à ampliação dos permissivos legais para o aborto.

Embora iniciativas pontuais já existissem em alguns municípios, estados e universidades desde o fim dos anos 1980, na esfera federal a regulamentação do acesso ao aborto no sistema público de saúde brasileiro, nos casos de gravidez decorrente de violência sexual, teve início com a Resolução 258, de 06/11/1997, do Conselho Nacional de Saúde – quase 50 anos após a aprovação dos permissivos legais no Código Penal (1940). Essa Resolução foi efetivamente cumprida pelo governo federal com a expedição da *Norma técnica sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes no SUS* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999<sup>3</sup>), que inclui não só o acesso ao aborto, mas também o tratamento e prevenção aos agravos resultantes da violência sexual, como profilaxia para DST/HIV, contracepção de emergência, apoio psicossocial e assistência integral de saúde à vítima.

No entanto, devido à elevada prevalência de aborto inseguro, visto como importante causa de morte materna, e às persistentes dificuldades no acolhimento e na atenção à saúde das mulheres em situação de abortamento que procuram os serviços, o Ministério expediu, nos últimos dias de 2004, a *Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Essa norma orienta e reafirma o dever ético e legal de sigilo dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à mulher. Destaca que a leis brasileiras vedam a revelação de fatos íntimos e desobrigam os profissionais de saúde a denunciar pessoas atendidas por atos que tenham conhecimento no âmbito da assistência e que venham a expô-las à perseguição criminal. A norma brasileira considera que o receio da paciente de ser denunciada e de sofrer sanções legais pode levá-la a não buscar assistência médica, vindo a causar dano à sua saúde ou mesmo risco de morte,

---

<sup>3</sup> A norma foi mais tarde revisada e ampliada (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

preferindo assim dar prioridade ao direito à vida e à saúde do possível infrator do que à sua perseguição criminal. Nesse sentido, o Código de Ética Médica e as leis civis e penais brasileiras só admitem a quebra de sigilo profissional e a denúncia à autoridade policial pelos profissionais de saúde, se essa revelação for indispensável para prevenir danos à vida e à saúde de outras pessoas, ou para a proteção do próprio assistido.

O Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH II), aprovado também no âmbito do poder executivo, com ampla participação da sociedade civil em sua formulação, afirma o compromisso governamental de apoiar a alteração dos dispositivos do Código Penal referentes à ampliação dos permissivos para o aborto voluntário e garantir a realização do procedimento médico no SUS – Sistema Único de Saúde, nos casos autorizados pela lei, como uma questão de direitos humanos relevante. O programa federal fundamenta-se nos compromissos assumidos pelo Brasil no plano internacional, especialmente nas Conferências do Cairo e de Pequim.

Várias outras ações pontuais, do setor saúde e de promoção de políticas para as mulheres no âmbito federal, têm revelado a disposição governamental de discutir e avançar na revisão das leis restritivas. A discussão no âmbito do judiciário, onde também se podem identificar alguns avanços, vem contribuindo para dar maior legitimidade às ações do poder executivo para o alargamento dos permissivos legais.

### **A discussão judicial do aborto como direito da mulher**

O debate judicial sobre o aborto chegou ao Supremo Tribunal Federal. Trata-se de uma argüição de descumprimento de preceito constitucional (ADPF) proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde – CNTS, em articulação com a organização não- governamental feminista Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (SARMENTO, 2007). A CNTS requer a declaração judicial sobre a legalidade da intervenção médica denominada “antecipação terapêutica do parto”, nos casos de gestação de fetos anencéfalos, ou seja, requer que se declare que esse tipo de procedimento médico não configura o crime de aborto, disposto no Código Penal. Os principais fundamentos fáticos da ação são: a inviabilidade de vida extra-uterina do feto, e que a “antecipação terapêutica do parto” constitui um recurso médico adequado para reduzir o sofrimento da gestante, bem como os possíveis riscos e custos de uma gestação, cujo resultado será um natimorto ou a morte imediata do nascido. Nesse sentido, fundamentam juridicamente o pedido judicial no direito constitucional da gestante à saúde, à liberdade, e ao tratamento digno e humano (FERNANDES, 2007).

A ADPF é um tipo de ação judicial coletiva que tem como objetivo dar interpretação e aplicação adequada a dispositivo legal, sobre o qual haja divergência significativa passível de violar direitos fundamentais garantidos constitucionalmente. A decisão favorável a essa ADPF tem a vantagem de alargar os permissivos para a interrupção da gravidez, sem que se tenha que aprovar qualquer lei federal específica e, ainda, servir como norma jurídica aplicável a todas as gestantes na mesma situação, sem que haja necessidade de prévia autorização judicial individual. A ADPF proposta é uma possibilidade de pôr fim às divergências ainda existentes sobre a legalidade desse tipo de interrupção da gestação, em face da lei penal vigente.

Vale destacar fatos anteriores à ADPF que serviram para motivar sua propositura e que ilustram bem as dificuldades e os atores envolvidos no debate judicial. Desde os anos 1990 vem se registrando um crescente número de decisões judiciais individuais que admitem a legalidade do aborto, a pedido da gestante, no caso de fetos inviáveis, como o de fetos anencéfalos e com outras anomalias graves. Alguns estudos referem-se a mais de três mil autorizações judiciais autorizando o procedimento. A prática de os médicos buscarem amparo judicial para realizar o aborto nesses casos foi recomendada pelos Conselhos Regionais de Medicina, considerando que não está expressamente prevista na lei essa possibilidade e que há dúvidas sobre sua legalidade. Além disso, consideraram a necessidade de se motivar uma reformulação da lei, ou uma interpretação judicial mais adequada sobre a prática da interrupção da gravidez, em face do desenvolvimento da Medicina Fetal (FRIGÉRIO *et al.*, 2002).

A vantagem prática da demanda judicial para esse tipo de conflito entre o sujeito de direitos e a norma jurídica vigente é que possibilita um tipo de aplicação ponderada da norma, buscando relacionar os meios disponíveis, os fins estabelecidos pelo ordenamento jurídico e os efeitos concretos da norma jurídica discutida para a proteção da pessoa. O resultado desse processo interpretativo judicial pode ser replicado e constituir-se, após reiteradas decisões, em jurisprudência, que servirá como normativa válida no sistema jurídico vigente, sem que necessariamente se produza uma lei específica ou expressa. Nesse sentido, a demanda judicial serve para prevenir ou mesmo evitar a perpetuação de uma determinada violação de direitos, por ausência ou morosidade na reforma das leis.

As sentenças favoráveis à legalidade do aborto no caso de fetos inviáveis reconhecem a existência de um conflito de direitos e de interesses entre a gestante e o feto e, aplicando o método da ponderação, decidem que o direito da mulher à saúde, liberdade e dignidade deve prevalecer sobre o direito do feto ao desenvolvimento biológico e ao nascimento (FERNANDES, 2007). Isso implica considerar abstratamente que ambos (gestante e feto) têm direitos, mas que não são absolutos, somente válidos *prima facie* e, nesse sentido, diante do conflito,

deve-se estabelecer uma ponderação que priorize o direito e/ou interesse de uma das partes sobre a outra, desde que justificada de forma racional, razoável e consistente com o sistema jurídico vigente.

As reiteradas e crescentes decisões favoráveis ao aborto no caso de anomalias fetais graves parece ter incomodado os segmentos religiosos mais conservadores, motivando o Padre Luiz Carlos Lodi da Cruz (movimento pró-vida de Goiás) a impetrar um *habeas corpus* (HC 32159 STJ) a favor de um feto anencéfalo, com o propósito de anular uma decisão favorável do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. O *habeas corpus* a favor do feto foi deferido pelo Superior Tribunal de Justiça – STJ e motivou um outro *habeas corpus* (HC 84.025-6 STF), agora a favor da gestante, proposto no Superior Tribunal Federal por organizações feministas (Anis e Themis). O *habeas corpus* a favor da gestante não chegou a ser julgado, em razão do nascimento seguido da morte da criança. Porém, a notícia do nascimento e da morte da criança chegou durante a sessão de julgamento, após o ministro-relator ter apresentado seu voto favorável à gestante (GOMES, 2007) e outros ministros terem se manifestado favoráveis. O caso motivou a busca de uma estratégia judicial, de caráter coletivo, que permitisse o STF decidir sobre a legalidade da interrupção da gravidez no caso de gestação de fetos anencéfalos, assegurando o acesso ao procedimento médico a todas as mulheres que dele necessitarem. A ação judicial encontra-se ainda em tramitação, mas o efeito da discussão do tema no STF teve a vantagem de ampliar a discussão sobre aborto no Brasil – e de mantê-la aquecida.

A casuística judicial em geral aponta no sentido de que as possíveis ampliações dos permissivos legais para o aborto no Brasil estão sendo fundamentadas, basicamente, no direito à saúde da mulher e, também, como uma questão relevante para a saúde pública. A necessária tutela da medicina ou do conhecimento médico-científico para legitimar o direito da mulher ao aborto é um aspecto importante nesse debate e que merece aprofundamento adequado nos estudos jurídicos. De fato, autorizar o aborto com base em uma prescrição médica não demonstra um avanço substancial do direito da mulher ao aborto, como uma prerrogativa pessoal ou um direito de liberdade no sentido mais amplo, mas, sim, uma formulação favorável à ampliação da autonomia reprodutiva, em um contexto legal bastante restritivo. Nesse sentido, as decisões judiciais constituem um avanço por transformar uma espécie de dever absoluto da mulher à gestação, historicamente consolidado, em um direito da mulher à gestação. em um direito da mulher à gestação, mesmo que tutelada pela Medicina. Porém, o debate público deve perseguir avanços mais substanciais, ou melhor, sem tutelas, em relação à liberdade reprodutiva feminina.

Os aspectos constitucionais sobre a possibilidade ou não da descriminalização e legalização do aborto contam com um número razoável de pesquisas e estudos que, em sua maioria, se restringem à análise dos aspectos

jurídicos do que vem sendo tratado pela jurisprudência nacional ou no debate legislativo, como se verá a seguir.

### **Estudos e pesquisas recentes**

Como ponto de partida para as reflexões aqui apresentadas, foi realizado um levantamento bibliográfico dos últimos cinco anos com o termo “aborto”, em três diretórios virtuais: Banco de Teses da Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, na RBVI – Rede Brasileira Virtual de Bibliotecas e na SciELO - Scientific Electronic Library Online. Listas das referências localizadas são apresentadas nos Anexos a este capítulo.

O Banco de Teses da Capes reúne informações sobre as pesquisas desenvolvidas nos principais cursos de mestrado e doutorado, nas diversas áreas do conhecimento, e permite verificar quais os aspectos que vêm estimulando o trabalho dos novos acadêmicos. O período pesquisado foi de 2001 a 2006 (último ano disponível). A RBVI reúne informações sobre o acervo bibliográfico dos Tribunais Superiores Federais, Senado Federal, Procuradorias Gerais da República, Ministério da Justiça, Câmara dos Deputados, Senado Federal e Advocacia Geral da União, além de bibliotecas de outros órgãos governamentais, e constitui uma referência importante dos estudos e pesquisas jurídicas disponíveis nesses órgãos. A SciELO mantém uma seleção de periódicos científicos do campo da saúde e das ciências humanas e sociais. O período pesquisado nessas duas últimas bases foi de 2002 até 24 de agosto de 2007.

As informações disponíveis permitem uma visão panorâmica e bastante genérica da produção científica no campo específico do Direito e de outros estudos que se situam na interface do Direito com as áreas da saúde, ciências sociais e humanas. Os achados representam um conjunto de artigos, títulos e documentos encontrados nos sistemas de busca, a partir de um único descritor previamente estabelecido – aborto. O conteúdo dos artigos identificados não foi analisado, apenas os resumos disponíveis nas bases, exceto alguns trabalhos já conhecidos em sua íntegra, em razão de estudos anteriores. Não é possível afirmar que o levantamento expressa a realidade de toda a produção científica sobre a temática, mas que constitui o conjunto das informações que se pode apreender a partir desse descritor nas vias escolhidas. Nesse sentido, as fontes são válidas e satisfatórias para se apontarem os principais aspectos dos estudos sobre o aborto no Brasil.

Este trabalho preliminar aponta para a necessidade de se realizar uma revisão sistemática da bibliografia sobre aborto no campo jurídico, para permitir aprofundar a análise crítica das tendências teóricas jurídicas atuais, favoráveis ou não à descriminalização e/ou legalização do aborto induzido e voluntário.

## **A produção dos novos acadêmicos**

No Banco da Capes (Anexo 1) foram identificadas um total de 11 teses de doutorado em 2001, 13 em 2002, 25 em 2003, 17 em 2004, 25 em 2005 e 31 em 2006 (último ano disponível), buscando-se o termo *aborto*. Foram analisados os resumos das teses e encontradas apenas quatro que tratam de algum aspecto jurídico do aborto. Destas, duas, provenientes de cursos de Direito, fazem uma análise dos aspectos bioéticos e jurídicos do aborto eugênico (2003) e dos meios de defesa dos direitos do nascituro, com ênfase nas novas técnicas de reprodução assistida e aborto (2004); as outras duas foram defendidas na pós-graduação interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociologia, respectivamente, e ambas tratam das relações e dos discursos religiosos e sua incidência no debate legislativo sobre o aborto (2005 e 2006).

As dissertações de mestrado identificadas no período pesquisado (2001-2006) foram:

- Em 2001, de um total de 48 trabalhos, 4 referem-se a aspectos jurídicos do aborto, dos quais 3 oriundos da pós-graduação em Direito; duas dissertações desenvolvem uma análise teórica do *status* jurídico dos embriões, em uma perspectiva constitucional e penal e a terceira analisa as decisões judiciais que autorizam o aborto em razão de anomalias fetais, nas mesmas perspectivas. A quarta dissertação é do campo da Sociologia e analisa também os argumentos judiciais, prós e contra o crime de aborto.
- Em 2002, do total de 52 dissertações, novamente 4 versavam sobre questões jurídicas: 1) "aborto eugênico", expressão utilizada com freqüência nas dissertações sobre aborto provocado por anomalia fetal grave, a pedido da gestante; 2) personalidade jurídica do embrião; 3) aspectos gerais ético-jurídicos do aborto; e 4) o discurso médico sobre aborto provocado. Os três primeiros estudos são do campo jurídico e analisaram a questão na perspectiva dos direitos fundamentais, direito civil e bioética; o último é do campo da Sociologia.
- Em 2003 foi encontrado um total de 48 dissertações. As quatro selecionadas são de cursos de pós-graduação em Direito. Os temas tratados são: aspectos criminais e constitucionais do aborto por anomalia fetal, e dos permissivos legais para a prática do aborto voluntário. Um trabalho defende a tese da inconstitucionalidade dos dispositivos penais existentes que incriminam o aborto voluntário, com base em uma análise dos direitos fundamentais da mulher e do princípio da subsidiariedade do direito penal. Esse estudo (Anexo 1, SARMENTO, 2003) é singular no conjunto de estudos identificados,

representando uma proposta teórica interessante e inovadora no contexto nacional, para o enfrentamento dessa problemática jurídica.

- Em 2004 o total de dissertações foi 63, das quais 4 sobre questões jurídicas. Duas oriundas de cursos de História e Medicina (Tocoginecologia) e as outras de cursos de Direito. Os trabalhos tratam: 1) do discurso jurídico na passagem do século XIX a XX sobre aborto; 2) do conhecimento e opinião dos profissionais médicos sobre a legislação referente ao aborto; 3) do “aborto eugênico” na perspectiva dos direitos fundamentais; e 4) do tratamento legal dado ao concurso de pessoas (quando outra pessoa auxilia ou instiga de alguma forma a prática de crime) no crime de auto-aborto no Código Penal.
- Em 2005 contou-se um total de 69 dissertações, das quais 10 no campo de interesse aqui, sendo que uma oriunda de curso de História. Os objetos dos estudos são o direito do nascituro e a antecipação do parto de feto anencéfalo e portador de outras anomalias fetais; e aspectos gerais ético-jurídicos da legalização e da política criminal do aborto.
- No ano 2006 identificaram-se 67 dissertações, sendo 8 sobre questões jurídicas: 6 do curso de Direito, uma das Ciências da Saúde e outra da Bioética. Os temas se repetem: aspectos jurídico-constitucionais da legalização do aborto de feto anencefálico, *status* jurídico dos embriões. Destaca-se um estudo sobre a cassação de profissionais médicos por seus conselhos profissionais, figurando o aborto como uma das causas; e outro sobre a temática da influência religiosa nas proposições legislativas no Congresso Nacional.

Tem-se, assim, num período de 6 anos, um total de 4 teses de doutorado e 34 dissertações de mestrado refletindo sobre questões jurídico-legislativas referentes ao aborto.

### **A produção científica em periódicos e livros**

Na RBVI foram identificadas 325 ocorrências com o termo aborto. Para os fins do presente texto, de apontar os principais aspectos dos estudos sobre a temática em questão, foram considerados apenas os artigos publicados em revistas jurídicas e livros específicos sobre o aborto. Assim, optou-se por excluir matérias jornalísticas, que não se referem necessariamente a estudos científicos, e capítulos de coletâneas de Direito Penal, por entender que não refletem um interesse específico, mas sim uma informação obrigatória, já que o aborto é crime no Brasil.

Com base nesses critérios estabelecidos, foram selecionados e analisados os resumos de 152 artigos publicados no período de 2003 a 2007, indexados na RBVI. O resultado da pesquisa é:

- 82 trabalhos discutem o aborto nos casos de gravidez de feto anencefálo ou com outras anomalias fetais graves. A perspectiva predominante das análises é a penal-constitucional e a discussão se concentra na tipicidade da conduta, ou seja, se a interrupção da gravidez nesses casos constitui o crime de aborto definido na lei penal ou não, e sobre a necessidade e possibilidade de autorização judicial para realizá-lo, vez que não há permissivo legal expresso.
- 40 publicações tratam de aspectos gerais da legalização e/ou a descriminalização do aborto, sendo possível verificar que as perspectivas adotadas são as mesmas identificadas nas teses e dissertações, ou seja, a perspectiva constitucional, dos direitos fundamentais da pessoa humana, a penal, inclusive penal-constitucional, e de novos campos de estudo, como a Bioética e o Biodireito. O direito à saúde física e mental da mulher e a recomendação médica favorável à realização da intervenção é um dos pontos mais reforçados nos resumos dos trabalhos.
- 19 artigos tratam dos direitos do nascituro e a qualificação jurídica do embrião, no âmbito do direito civil e constitucional, e relacionam as temáticas à problemática jurídica do aborto, ao uso das técnicas de reprodução humana assistida e às pesquisas em embriões.
- Seis artigos discutem os aspectos jurídicos do aborto legal nos casos de violência sexual.
- E cinco estudos tratam da influência das religiões e a legalização do aborto.

Na biblioteca virtual da SciELO aparecem 172 ocorrências de títulos brasileiros, tendo sido selecionados 18 artigos (Anexo 2), dos quais: 9 são estudos qualitativos sobre a aplicação da lei, referindo-se à assistência à vítima de violência sexual e ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre a possibilidade de aborto legal; 4 estudos tratam de aspectos mais gerais do conhecimento e opinião de profissionais de saúde sobre aborto induzido; 3 tratam do aborto por inviabilidade fetal; um único artigo elabora uma síntese da discussão político-legislativa sobre aborto; e outro relaciona as dificuldades de acesso ao aborto à forte influência religiosa no debate.

Os estudos, em geral, apontam para a importância da definição do *status* jurídico do nascituro no enfrentamento da problemática jurídica do aborto. A maioria

analisa os respaldos jurídicos (materiais e processuais) da casuística judicial e legislativa, bem como aspectos do aborto relacionados às técnicas médicas de reprodução humana, que envolvem a manipulação de embriões e a necessidade de realizar aborto, no caso de gravidez múltipla.

A tendência majoritária dos estudos é o reconhecimento do direito à tutela constitucional da vida intra-uterina, atribuindo a esta uma proteção menor do que a concedida à pessoa. As posições radicais, que equiparam a tutela conferida ao embrião à da mulher, ou que negam qualquer proteção legal ao nascituro, são minoritárias no debate jurídico.

Os trabalhos do campo criminal que defendem a não-aplicação e/ou a inadequação da lei penal para os casos de aborto em razão de anomalias fetais graves utilizam argumentos fundamentados nos seguintes princípios jurídicos: a) *idoneidade* – só se deve incriminar uma conduta quando existe prévia demonstração de que sua criminalização seja um meio útil para preveni-la, ou seja, evitar sua ocorrência; b) *subsidiaridade* – deve haver uma prévia demonstração de que não existem outras alternativas para controlar o problema social que se pretende evitar; c) *racionalidade ou razoabilidade* – para se criminalizar uma conduta faz-se necessário identificar o custo/benefício social da norma e comprovar que é potencialmente positiva a ação penal (TORRES, 2005). Os estudos contrários defendem a impossibilidade de ampliação de permissivos penais pelo Judiciário, considerando a taxatividade da lei penal, fundamentada na segurança jurídica que impõe interpretação restritiva aos dispositivos penais, e a competência exclusiva do poder legislativo para alterá-los.

Identifica-se, ainda, uma crescente tendência de adotar uma perspectiva puramente constitucional e ético-jurídica para analisar os direitos do feto e da gestante envolvidos na problemática do aborto. As teses favoráveis que adotam essa perspectiva fundamentam-se em valores, princípios, direitos e garantias constitucionais, defendendo a possibilidade de garantir-se o aborto em determinadas circunstâncias, de forma relativamente independente da existência de um dispositivo legal expresso, recorrendo à aplicação direta, imediata e ponderada dos dispositivos constitucionais. O critério norteador normalmente utilizado na ponderação é um balanceamento de bens e interesses envolvidos protegidos pelo Direito, de forma que se garanta que o bem-interesse sacrificado – no caso, o desenvolvimento biológico e o nascimento do feto – encerre menor valor que o bem-interesse atendido, ou seja, a vida, saúde e liberdade da gestante. Nesse sentido, argumenta-se que o aborto é um meio justo para alcançar uma finalidade igualmente justa para o Direito, a dignidade da mulher (SARMENTO, 2007).

A relação desfavorável da norma incriminadora do aborto com as questões de saúde pública é um forte respaldo na defesa da utilidade social da ampliação dos

permissivos legais para o aborto. A maioria dos trabalhos favoráveis à ampliação enfatiza as estimativas de mortalidade e morbidade feminina relacionadas à forma insegura com que o procedimento é realizado, e outras conseqüências sociais e pessoais graves, como a desestruturação das famílias e desamparo dos filhos em razão da morte feminina. Também dados estatísticos comparativos são trazidos para comprovar que, nos países em que o aborto voluntário passou a ser permitido, não houve aumento significativo da prática e, portanto, a legislação repressiva não serve de instrumento para desestimular a mulher a realizar o aborto mas, ao contrário, cria entraves significativos para se estabelecer uma política de saúde mais ampla e eficiente de prevenção de abortos futuros.

Os estudos que defendem uma legislação restritiva sustentam, igualmente a partir de uma perspectiva constitucional, que o aborto fere o princípio da inviolabilidade do direito à vida e defendem que qualquer lei que o permita é um atentado à dignidade da pessoa humana, pois dispõe da vida humana como um mero meio para o alcance de interesses e conveniências individuais. Defendem, ainda, a concepção de que a vida é um direito natural, concedido por Deus ou pela natureza e, por essa razão, um direito absoluto, que protege um bem que não pode ser disponibilizado por qualquer lei ou autoridade constituída.

Nota-se que o princípio moral e jurídico da dignidade da pessoa humana é de uso comum tanto às teses favoráveis como às contrárias ao direito ao aborto. Ambas as linhas argumentativas recorrem à filosofia moral kantiana que dá fundamento e formula o princípio de que o ser humano não tem preço, mas sim um valor – a dignidade – e, nesse sentido, nenhuma pessoa, nem por outra, nem sequer por si mesma, pode ser tratada como mero instrumento para alcançar um determinado fim, pois a pessoa tem um valor intrínseco diferenciado dos demais bens jurídicos protegidos.

A diferença é que os segmentos mais liberais relacionam a dignidade da pessoa ao seu completo bem-estar, ou melhor, sustentam que o bem-estar e a liberdade de escolha são elementos constitutivos da noção de dignidade, justificando-se dessa forma determinados atos, na medida em que estes sejam indispensáveis (ou o único meio) para o alcance dessa dignidade, e não prejudiquem os outros. A tese contrária considera que, no caso do aborto, a vida de um ser humano será disponibilizada para o alcance de um bem de menor valor, que é o direito de liberdade da mulher no âmbito da reprodução. Reforçam, assim, a defesa do direito à vida desde a concepção como um direito absoluto, não admitindo qualquer ponderação ou relativização com outros direitos envolvidos. Defendem essa linha argumentativa alguns segmentos religiosos, notadamente a instituição católica, com importantes representantes no meio jurídico. Esse fato tem mobilizado o debate sobre a laicidade do Estado, o dever de imparcialidade dos agentes estatais e os

mecanismos legais de controle dos atos de autoridades motivados, única e exclusivamente, por crenças e ideologias pessoais (LOREA, 2006).

Alguns autores apontam para as diferentes tendências com que historicamente vêm sendo tratadas as questões relacionadas ao aborto. A primeira caracteriza-se pelo uso de *leis criminais* como instrumento de proteção de grau máximo da vida humana. Uma segunda tendência é a de regular o acesso ao abortamento por *leis de saúde*, relacionando as questões de reprodução humana ao direito à saúde, e não como um direito autônomo de escolha (de liberdade, da vida privada). Uma terceira tendência é o uso de *leis constitucionais* e convenções internacionais dos direitos humanos, que associam o direito ao aborto aos direitos e garantias individuais (liberdade, intimidade, privacidade, autonomia reprodutiva), e sociais (saúde), defendendo o direito da mulher ao aborto voluntário (DINIZ, 2005).

No Brasil o discurso jurídico predominante favorável é o de defesa do direito ao aborto voluntário como um direito à saúde, considerando-se o direito à saúde como um direito fundamental, ao lado dos demais direitos e garantias individuais. O acervo de estudos identificado sugere que estamos na travessia de um modelo criminal para o de saúde, com forte tendência à constitucionalização do debate e à aplicação ponderada de valores, princípios e direitos, para atualizar a legislação vigente às necessidades atuais. Nesse sentido, os estudos jurídicos brasileiros acompanham a tendência jurídica atual, predominante nos estados de direito democráticos, como é o brasileiro, de constitucionalização dos direitos fundamentais e sua aplicação no tratamento das diversas relações privadas e públicas, bem como na interpretação e aplicação adequada das normas expressas no sistema legal.

Nesse sentido, podemos afirmar que avançamos, mas que cada avanço implica ainda muitos desafios teóricos e políticos no campo jurídico. A casuística nacional e internacional, por exemplo, tem favorecido a ampla discussão pública sobre a solução mais adequada para a problemática do aborto. Porém, apesar de necessária, não é suficiente para a consolidação de um modelo mais adequado para o tratamento dessa problemática. Ou seja, o tratamento jurídico, concentrado e a partir da demanda judicial, como aponta o levantamento bibliográfico realizado, é insuficiente e instável. Há que se ampliar o desenvolvimento de estudos teóricos que forneçam as bases conceituais para a consolidação de uma doutrina jurídica nacional, que trate da problemática do aborto voluntário de forma mais adequada e não-contingente, e oriente a reforma da lei nacional.

### **Avanços e desafios no debate jurídico sobre o aborto no Brasil**

No plano político-judicial, é animador o crescimento da demanda judicial das mulheres por ampliação dos permissivos legais para o aborto, como já referido. As

decisões favoráveis em grande número vêm impulsionando um amplo debate sobre a necessidade de adequação e reformulação das normas vigentes às novas necessidades pessoais e sociais, relacionadas à reprodução humana. Mesmo tratando-se de um debate restrito ao caso das gestações de fetos com graves anomalias ou inviáveis, a demanda judicial vem possibilitando alterações significativas na reflexão jurídica sobre o aborto, antes restrita à área criminal. Outrossim, a demanda atual coloca a mulher em uma nova posição no Judiciário, já que antes figurava apenas como ré nas ações criminais, e agora assume o papel de autora, reivindicante de direitos próprios; mesmo considerando que a posição da mulher como autora implique a tutela da Medicina, a conexão entre saúde e direito tem alargado os espaços de autonomia reprodutiva feminina.

É também animadora a tendência crescente de se adotar uma perspectiva constitucional, baseada na teoria dos direitos fundamentais, e ético-jurídica, fundamentada nos direitos humanos internacionais e em princípios éticos, para tratar a problemática do aborto no âmbito judicial e acadêmico. O uso cada dia maior das Convenções e outros acordos de direitos humanos como norma ético-jurídica válida e de cumprimento obrigatório no âmbito judicial, legislativo e executivo é um passo importante no contexto brasileiro, e tem permitido dar nova e mais adequada aplicação da doutrina dos direitos fundamentais à lei criminal, pela via judicial, como ocorreu em diversos países. Esse deslocamento do campo estritamente criminal para o dos direitos humanos e constitucionais significa também a legitimação dos argumentos feministas no âmbito jurídico-acadêmico brasileiro; estas, desde os anos 1970, relacionam a problemática do aborto às liberdades democráticas e à justiça social, denunciando a inadequação do modelo criminal ou exclusivamente sanitário para tratar do aborto voluntário.

A penetração da Bioética no discurso jurídico tem, igualmente, favorecido a reflexão jurídica e a aplicação ética das normas vigentes. A Bioética é um novo campo de conhecimento, desenvolvido em âmbito interdisciplinar com ferramentas teóricas e práticas que favorecem e contribuem significativamente para a reflexão e argumentação ética sobre os valores morais e as justificativas das práticas humanas relacionadas às novas possibilidades científicas e tecnológicas que afetam os processos vitais (SCHRAMM, 2002). Nesse sentido, sua relação com o Direito e sua atuação nesse campo tem contribuído e servido como chave interpretativa e conectora, principalmente, na relação entre o Direito e as “ciências da vida”, em especial na árdua tarefa de proteger e promover valores éticos, considerados importantes para o desenvolvimento e bem-estar humano, frente à aplicação dos avanços biotecnocientíficos, no campo da reprodução humana. A Bioética tem ainda contribuído na elaboração de abordagens mais críticas dos argumentos científicos e acadêmicos (LOYOLA, 2005) apresentados no debate político-legislativo e judicial sobre a problemática do aborto, especialmente, na reformulação de algumas

categorias jurídicas historicamente naturalizadas, como as do conceito de vida e morte, amplamente discutidas nos debates sobre aborto.

Mas cada avanço apontado também indica desafios pela frente. Se a crescente judicialização<sup>4</sup> da demanda das mulheres para a ampliação dos permissivos para o aborto significa um avanço significativo, o principal critério judicial definidor do direito da mulher ao acesso ao aborto voluntário ainda é o do aborto como necessidade terapêutica ou de saúde. Isso implica considerar a comprovação do diagnóstico de inviabilidade fetal e da recomendação médica como obrigatória para a realização do procedimento, que se convencionou chamar de “antecipação terapêutica do parto”, dando maior enfoque ao caráter médico da intervenção e não à voluntariedade do aborto. Ou seja, dá-se maior ênfase, mesmo que indiretamente, ao direito de autonomia profissional do médico e do saber médico-científico para deliberação da questão, do que ao direito da mulher à autodeterminação reprodutiva. O desafio apontado na análise não nega os avanços substanciais que a estratégia judicial e argumentativa tem alcançado, tampouco busca desestimular a demanda nesse sentido. As decisões judiciais favoráveis ao direito da mulher ao aborto nessas circunstâncias constituem, sem dúvida, um avanço na ampliação dos permissivos legais para o aborto que sem alterar a lei penal, altera sua aplicação e, ainda, introduz um novo padrão de reflexão da problemática no Judiciário, servindo, ainda, para estimular ações judiciais futuras mais amplas. A crítica tem o objetivo de apontar para a necessidade de se buscar inverter essa orientação normativa, privilegiando a voluntariedade do ato à sua necessidade terapêutica.

O ponto controvertido central no debate jurídico sobre a legalidade do aborto se situa entre a necessária e devida proteção do Estado à vida humana como direito fundamental da pessoa e, por outro lado, à vida humana enquanto um bem objetivo, universalmente considerado, independentemente de seus titulares. Nesse sentido, historicamente, Direito e Medicina (ou ciências da vida) estabelecem fortes relações na busca de soluções normativas para a proteção da vida humana em seu duplo sentido. Constata-se que há uma grande dificuldade do Direito ultrapassar esse tipo de “estratégia naturalizadora” (HESPANHA, 1998), que busca sempre “justificar a

---

<sup>4</sup> O termo *judicialização* ou “politização da justiça” é de uso recente e relativamente comum no âmbito acadêmico e coloquial (PIMENTEL, 2003). Ele indica um tipo de fenômeno contemporâneo relacionado ao surgimento e ao crescimento de demandas judiciais - individuais, coletivas e/ou difusas -, que buscam garantir, promover e implementar determinados direitos, ou reconhecer direitos que não se encontram expressamente legislados, ou que não eram discutidos nesse âmbito. Expressa, portanto, os efeitos da expansão do Poder Judiciário ou, mais precisamente, do uso do sistema de justiça - Judiciário, Ministério Público, advocacia pública estatal e dos cidadãos (defensorias públicas), advocacia privada - nos processos decisórios das democracias contemporâneas. Mas expressa também uma mudança no padrão de reflexão de determinadas questões, adotando-se o uso de modelos típicos da decisão judicial e/ou de deliberação ética na resolução de disputas e demandas, até então reservadas às arenas políticas ou privadas (MACIEL; KOERNER, 2002). A problemática do aborto em razão de inviabilidade fetal pode ser situada no âmbito dessa perspectiva de análise, porém, não foram identificados estudos que relacionassem esses dois temas de forma direta, apesar do grande debate sobre *judicialização* da saúde.

incidência de tais ou quais normas por meio de uma suposta 'naturalidade'" (KONDER, 2003). Ocorre que, ao estabelecer essa relação direta e imediata entre linguagem médica/biológica e jurídica/ética, o Direito passa a utilizar critérios naturalizados ou biologizantes para estabelecer o momento e o tipo de tutela do direito à vida humana, restringindo o sentido de vida humana a aspectos meramente biológicos. Além disso, esse tipo de argumentação comete um recorrente equívoco, uma "falha [de] raciocínio [que se] funda na errônea crença na existência de uma ordem conceitual perfeita" (KONDER, 2003) entre, de um lado, qualidades biológicas e/ou características naturais do objeto e, de outro, a legitimidade moral e legal das ações humanas. O desafio é que, ao se restringir a formulação da questão do aborto a uma lógica naturalista e/ou a um método empírico das ciências naturais, supostamente capazes de conferir a fidedignidade necessária às percepções sobre a problemática do aborto, confundem-se racionalidades distintas (AYRES, 2007), fatos e valores, ou ainda o que "é" do que "deve ser" (SCHRAMM, 2005). A confusão resulta em uma deliberação nem sempre adequada, como a atribuição, em algumas circunstâncias, de maior valor ao desenvolvimento do feto e a seu nascimento do que à vida da mulher, ou a dar peso bem menor à vulnerabilidade feminina e aos direitos de liberdade do que ao desenvolvimento biológico do feto. Essa confusão é bastante evidente quando se discute, por exemplo, o estatuto do embrião (SCHRAMM, 2005). Há, sem dúvida, uma necessária reformulação das questões que envolvem ciências da vida, Ética e Direito. O desafio não é trivial para o Direito, pois a proposta implica uma completa reformulação da lógica tradicional com que este se relaciona com as ciências da vida, que implicará um rompimento com uma ética naturalista que sustenta a doutrina do direito natural.

O desafio anterior reflete-se diretamente no desafio de ampliar e consolidar a noção de "direitos reprodutivos" para o tratamento da problemática do aborto, que exige muito mais do que simplesmente ampliar os permissivos legais para a realização do aborto em algumas circunstâncias consideradas necessárias para a saúde das mulheres, e a reboque dos avanços tecnocientíficos aplicados nesse âmbito. Apesar da importância jurídica, nacional e internacional, da afirmação dos "direitos reprodutivos" como fundamento para a ampla discussão sobre a descriminalização e/ou legalização do aborto, constata-se que o uso mais comum do conceito "direitos reprodutivos" não se dá no campo jurídico ou como doutrina jurídica. O uso dessa concepção vem sendo introduzido pelo campo da saúde, para tratar as questões de saúde reprodutiva, incorporando-se em diversas normas sanitárias brasileiras (VENTURA, 2005). Ou seja, o que se identifica (e constitui um avanço significativo) é o uso da formulação "direitos reprodutivos" para a compreensão e aplicação adequada das normas legais existentes – criminais, civis, sanitárias etc. – relacionadas ao exercício da função reprodutiva. O *status* dos direitos reprodutivos no campo jurídico nacional é ainda o de uma nova proposta

hermenêutica, advinda da saúde e dos direitos humanos, capaz de estabelecer uma melhor conjugação dos direitos e liberdades individuais e responsabilidades (ou mesmo deveres) no âmbito reprodutivo. E, nesse sentido, é bastante promissora. Porém, isso não significa que haja propriamente o reconhecimento de um campo específico de estudo, como ocorre com os direitos ambientais, do consumidor, da criança e do adolescente, tampouco se identifica a vigência de um debate sobre a pertinência ou não de desenvolvê-lo como um campo específico para o estudo jurídico, o que parece ser interessante (VENTURA, 2004).

No debate político-jurídico, a conexão da saúde reprodutiva com os direitos reprodutivos tem sido uma preocupação das feministas. A crítica principal com a qual essa apresentação se alinha é a restrição da problemática do aborto às questões de saúde reprodutiva, que vem resultando em um *deficit* de formulações mais amplas do direito ao aborto voluntário, no âmbito, por exemplo, dos direitos civis das mulheres, ou mesmo da problemática da liberdade e autonomia corporal dos sujeitos, no âmbito dos cuidados de sua saúde e do exercício de sua sexualidade e reprodução. Porém, apesar de considerada insuficiente, há concordância de que a articulação dos direitos reprodutivos (e do direito ao acesso ao aborto voluntário como um desses direitos) com o direito à saúde e, em especial, do aborto com uma questão de saúde pública, é útil, estratégica e necessária, especialmente no Brasil, cuja formulação constitucional do direito à saúde constitui uma categoria jurídica favorável à promoção e garantia de uma série de direitos para além da assistência à saúde (VENTURA, 2004; BARSTED, 2003; PIMENTEL, 2003; CORRÊA; ÁVILA, 2003). Ou seja, o grande desafio para as advogadas e teóricas feministas é o de não se perderem as vantagens dessa conexão favorável com a saúde, mas consolidar o direito ao aborto como um direito de liberdade da mulher.

Por fim, identifica-se o desafio de aprofundarem estudos sobre a laicidade do Estado e a problemática jurídica do aborto, como um aspecto central na consolidação do estado de direito democrático. A expressão "estado laico" pode ser definida genericamente como a separação entre poder político-estatal e poder político-religioso, e comumente vem expressa na vedação legal de interferência do poder religioso (ou de argumentos religiosos) nas questões e decisões do Estado. Na constituição de um estado democrático moderno, a laicidade é um pressuposto de existência, ou seja, nas democracias modernas deve se adotar um conjunto de valores, princípios e direitos fundados em razões públicas (argumentos racionais/valores éticos de determinada sociedade, princípios jurídicos e direitos legais reconhecidos democraticamente por uma determinada sociedade) que possam ser compartilhados por todos, e não direitos ou obrigações fundamentados em dogmas específicos (argumentos religiosos ou metafísicos), que não possam ser refutados racionalmente. A questão desafiante para o Direito é como avaliar, limitar, ou mesmo coibir a interferência de instituições e concepções religiosas nos poderes

políticos, inclusive no âmbito do Judiciário, de modo que não viole o princípio de liberdade de expressão e de opinião – inclusive, religiosa. Sem dúvida, é necessário explorar-se mais o aspecto de que a legitimidade das decisões judiciais está diretamente relacionada à racionalidade dos argumentos jurídicos, e buscar desvendar os argumentos dogmáticos no âmbito das decisões judiciais e fundamentos legais, bem como os prejuízos potenciais e reais para a democracia quando se permite essa penetração.

## **Conclusão**

Para concluir, parece importante reiterar que:

- As restrições à autonomia reprodutiva, dentre as quais a incriminação do aborto voluntário, são incompatíveis com as normas éticas e jurídicas reconhecidas como legítimas, ao menos em uma sociedade que se pretende democrática, pluralista e fundamentada nos direitos humanos.
- A redemocratização do Brasil criou as condições jurídicas, éticas e políticas básicas para a afirmação do direito da mulher ao acesso ao aborto voluntário, como um direito reprodutivo. O marco objetivo jurídico dessa nova fase é a Constituição Federal Brasileira, de 1988, que reformulou completamente nosso sistema jurídico-legal, com alterações estruturais e metodológicas importantes, o que permite uma tradução e incorporação contínua de valores e princípios éticos e jurídicos para a adequada aplicação da lei. Nesse sentido, a alteração do tratamento legal dado ao aborto voluntário no Brasil é um imperativo constitucional (VENTURA, 2006).
- A problemática do aborto deve ser analisada na perspectiva dos “direitos reprodutivos”, como direitos humanos, e ainda ser reforçada a teoria dos direitos fundamentais da pessoa humana para o tratamento da questão.
- Para se equacionar de forma satisfatória a problemática do aborto, no campo teórico e prático, deve-se adotar uma perspectiva capaz de aproximar e harmonizar os aspectos éticos, políticos, jurídicos e das ciências da vida, que envolvem o reconhecimento do acesso ao aborto voluntário como um direito humano fundamental da pessoa.

Ética, Política e Direito, como dimensões da razão prática, mantêm conexões metodológicas e materiais que orientam as deliberações normativas sobre o agir humano. Portanto, solucionar “analítica e satisfatoriamente o problema da associação dos indivíduos, [buscando] assegurar a satisfação de suas necessidades”

(VAZ, 2002) depende da compreensão de como se relacionam essas dimensões, e de estabelecer uma harmonização entre elas no momento da elaboração e aplicação de determinada lei e política pública. A Bioética e os direitos humanos podem influenciar de forma bastante positiva essa empreitada.

Além disso, temos o desafio de relacionar essas dimensões da razão prática com os saberes tecnocientíficos das ciências da vida, na formulação de uma base normativa satisfatória para a problemática. No campo específico do cuidado da saúde, a proposta de promover “a reconstrução de conceitos e práticas de saúde” sem abandonar os juízos da racionalidade instrumental da biomedicina, mas sim, recolocá-los a serviço da racionalidade prática, invertendo a tendência dominante até então (AYRES, 2007) é bastante promissora. A proposta metodológica formulada para tratar questões de cuidado no campo da saúde parece bastante promissora para aplicação no campo do Direito, no sentido de se elaborar uma abordagem crítica aos argumentos “naturalizantes” ou “biologizantes”, que já se mostram insuficientes na prática da saúde.

## Referências

- AYRES, J. R. C M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.43-62, jan./abr.2007.
- BARSTED, L. L. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.
- BIRMAN, J. Arquivo da biopolítica: reprodução e gênero na sociedade contemporânea. In: LOYOLA, M. A. (Org.). **Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília: Letras Livres, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Brasília, 2005.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Norma técnica sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, 1999.
- COOK, R.; DICKENS, B. M.; FATHALLA, M. **Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.
- CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.
- DINIZ, D. Aborto e inviabilidade fetal: el debate brasileño. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.634-639, mar./abr.2005.
- FERNANDES, M. C. Interrupção de gravidez de feto anencefálico: uma análise constitucional. In: SARMENTO, D.; PIOVESAN, F. (Org.). **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2007.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 21.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.
- FRIGÉRIO, V. *et al.* Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. In: PEREIRA, I. G. *et al.* **Aborto legal: implicações éticas e religiosas**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002.
- GOMES, J. B. Voto proferido pelo Ministro Joaquim Barbosa Gomes HC n.84.025/04. In: SARMENTO, D.; PIOVESAN, F. (Org.). **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2007.
- HESPANHA, A. M. **Panorama histórico da cultura jurídica européia**. 2.ed. Lisboa: Europa-América, 1998.

- KONDER, C. N. P. O consentimento no biodireito: os casos dos transexuais e dos *wannabes*. **Revista Trimestral de Direito Civil**, Rio de Janeiro, v.15, p.41-71, 2003.
- LOREA, R. A. Acesso ao aborto e liberdades laicas. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.12, n.26, p.185-201, jul./dez.2006.
- LOYOLA, M. A. (Org.). Introdução. In: \_\_\_\_\_. **Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília: Letras Livres, 2005.
- MACIEL, D. A.; KOERNER, A. Sentidos da judicialização da política: duas análises. **Lua Nova**, São Paulo, n.57, p.113-33, 2002.
- PIMENTEL, S. **Direitos reprodutivos**: fragmentos de reflexões. São Paulo: CLADEM, 2003. (Mimeo). (Comunicação Apresentada ao III Seminário Regional sobre Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Direitos Humanos).
- ROCHA, M. I. B. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.23, n.2, p.369-374, jul./dez.2006.
- SARMENTO, D. Legalização do aborto e constituição. In: \_\_\_\_\_. **Nos limites da vida**: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.
- SCHRAMM, F. R. **O estatuto do embrião**. Rio de Janeiro, 2005. (Mimeo). (Comunicação Apresentada à II Jornada de Bioética da Sociedade Brasileira de Bioética do Rio de Janeiro, 7-8 abr. 2005).
- \_\_\_\_\_. Bioética para quê? **Revista Camiliana da Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.14-21, 2002.
- TORRES, J. H. Mesa "Direitos humanos e saúde reprodutiva". In: SEMINÁRIO DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS, 2005, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Advocaci, 2005.
- VAZ, H. C. L. **Ética e direito**. São Paulo: Landy, 2002. (Parte 2).
- VENTURA, M. Descriminalização do aborto: um imperativo constitucional. In: CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. (Org.). **Em defesa da vida**: aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.
- \_\_\_\_\_. Direitos reprodutivos? De que direitos estamos falando? In: LOYOLA, M. A. (Org.). **Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília: Letras Livres, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 2.ed. Brasília: UNFPA, 2004.

## **Anexo 1 - Dissertações e teses localizadas no Banco de Teses da Capes, 2001-2006**

### **Dissertações**

BALBINOT, R. A. A. **Discutir o aborto: um desafio ético.** 2002. 160f. Dissertação (Mestrado em Direitos) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CORRÊA, W. G. H. **Estudo sociológico das relações entre a formação de padrões morais e a aplicação da norma legal: o caso do aborto voluntário no poder judiciário do Rio Grande do Sul.** 2001. 187f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

CÔRTEZ, G. R. **O discurso médico sobre o aborto provocado.** 2002. 191f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – UNESP, Araraquara, 2002.

CUELLAR, K. I. P. **A legalização do aborto e os direitos fundamentais.** 2005. 148f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Centro Universitário FIEO, Osasco, 2005.

ELIAS, T. M. **Direito à vida e à saúde no Estatuto da Criança e do Adolescente.** 2005. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FARIA, D. O. C. **A proteção do produto da fecundação no ordenamento jurídico brasileiro: o aborto e a questão do anencéfalo.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Sistema Constitucional Instituto Toledo de Ensino, Bauru, 2006.

FERREIRA, A. F. **Direito do nascituro e a antecipação do parto de feto anencefálico.** 2005. 104f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2005.

FIGUEIREDO, M. P. V. **Descriminalização do aborto: uma perspectiva constitucional.** 2006. Dissertação (Mestrado em Direito) - PUC-SP, São Paulo, 2006.

GONÇALVES, S. V. G. **Aspectos jurídicos da clonagem humana terapêutica sob o prisma dos direitos da personalidade.** 2003. 253f. Dissertação (Mestrado em Direito) – UEM, Maringá, 2003.

HOPPE, F. O. M. **Abordagem jurídica da eutanásia.** 2005. 178f. Dissertação (Mestrado em Direito) – UNIMEP, Piracicaba, 2005.

LIRA, M. J. S. **A fundamentação da sentença de abortamento eugênico no Brasil: uma busca de fundamentação no sentimento de altruísmo.** 2003. 170f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

- LÔBO, C. E. A. **Interrupção da gestação de feto anencéfalo em face do princípio da dignidade da pessoa humana.** 2005. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.
- LUFT, S. **Aborto eugênico:** uma discussão necessária. 2001. 132f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- MARÇAL, R. E. M. **Conflito intra-princípio da dignidade humana e a questão do aborto eugênico.** 2002. 81f. Dissertação (Mestrado em Direito) - UNAERP, Ribeirão Preto, 2002.
- MARQUES FILHO, J. **A pena máxima:** cassação do exercício profissional médico; análise, sob o olhar da Bioética, dos processos de cassação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2006.
- NASCIMENTO, M. R. P. **O direito à vida e os aspectos éticos-legais do aborto eugênico.** 2004. 150f. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) - UNIFOR, Fortaleza, 2004.
- NOSTRE, G. A. M. **Bioética e direito:** aspectos jurídico-penais da manipulação embrionária, do aborto e da eutanásia. 2001. 265f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- OLIVEIRA, E. C. R. **Aborto:** violação do direito fundamental à vida? 2006. Dissertação (Mestrado em Direito) - Centro Universitário FIEO, Osasco, 2006.
- OLSEN, A. C. L. **A eficácia dos direitos fundamentais sociais frente à reserva do possível.** 2006. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.
- PASSARINHO, L. E. V. **A influência religiosa nas proposições legislativas no Congresso Nacional:** a clonagem terapêutica como estudo de caso. 2006. 53f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- PEREIRA, M. M. **O concurso de pessoas no crime de auto-aborto.** 2004. Dissertação (Mestrado em Direito) - PUC-SP, São Paulo, 2004.
- PEREIRA, S. T. **A doutrina norte-americana do devido processo substantivo (substantive due process).** 2006. Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica) - UNIVALI, Itajaí, 2006.
- PLEM, G. G. H. **Mais cruéis do que as próprias feras:** aborto e infanticídio nos Campos Gerais entre o século XIX e o século XX. 2005. 189f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

- PUSSE, W. A. **A personalidade jurídica do nascituro.** 2002. Dissertação (Mestrado em Direito) – UEM, Maringá, 2002.
- RODRIGUES, F. C. M. **Os crimes das mulheres:** aborto e infanticídio no direito na passagem à modernidade no Brasil, 1890-1916. 2004. 176f. Dissertação (Mestrado em História) – UFF, Niterói, 2004.
- SARMENTO, P. H. M. **Aborto:** dos limites e da subsidiariedade do direito penal frente aos direitos fundamentais da mulher. 2003. 128f. Dissertação (Mestrado em Direito) – UNIMEP, Piracicaba, 2003.
- SIMONETI, R. M. **Legislação brasileira sobre o aborto:** conhecimento e opinião de tocoginecologistas. 2004. 75f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- TEODORO, F. J. **Aborto eugênico:** delito qualificado pelo preconceito ou discriminação. 2005. 315f. Dissertação (Mestrado em Direito) - PUC-SP, São Paulo, 2005.
- TESSARO, A. **Aborto, bem jurídico e direitos fundamentais.** Porto Alegre, 2006. 138f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) - PUC-RS, Rio Grande do Sul, 2006.
- THEODORO, L. M. M. **A política criminal e a criminalização do aborto.** 2005. 193f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- TRANQUILIM, C. **A terapia gênica na perspectiva dos direitos fundamentais.** 2005. 167f. Dissertação (Mestrado em Direito) – UNIMEP, Piracicaba, 2005.
- VIGGIANO, F. B. **Abortamento eugênico.** 2003. 150f. Dissertação (Mestrado em Direito) – UFGO, Goiânia, 2003.
- WINCKLER, D. I. **Reprodução humana assistida:** o estatuto jurídico dos embriões resultantes da concepção extracorpórea. 2001. 110f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- ZIMATH, M. L. B. **Os direitos da mulher e o princípio da liberdade:** aspectos das práticas abortivas e a concepção ética. 2005. 115f. Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica) – UNIVALI, Itajaí, 2005.

## Teses

SANTIN, M. A. V. **Sexualidade e reprodução, da natureza aos direitos:** a incidência da Igreja Católica na tramitação do PL 20/91 - Aborto legal e PL 1151/95 - União civil entre pessoas do mesmo sexo. 2005. 408f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SANTOS, J. B. **Conflito e novas identidades no campo religioso brasileiro:** feminismo, aborto, homossexualidade e eutanásia. 2006. 355f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

SANTOS, M. N. M. **O aborto eugênico à luz da Bioética e do Biodireito.** 2003. 165f. Tese (Doutorado em Direito) – UGF, Rio de Janeiro, 2003.

ZAINAGHI, M. C. **Os meios de defesa dos direitos do nascituro.** 2004. 214f. Tese (Doutorado em Direito) - PUC-SP, São Paulo, 2004.

## **Anexo 2 - Artigos de periódicos científicos localizados na Base de Dados SciELO, 2002-2007**

BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.465-469, fev.2007.

DINIZ, D. Aborto e saúde pública no Brasil [Editorial]. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.1992-1993, set.2007.

\_\_\_\_\_. Aborto e inviabilidade fetal: el debate brasileño. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.634-639, mar./abr.2005.

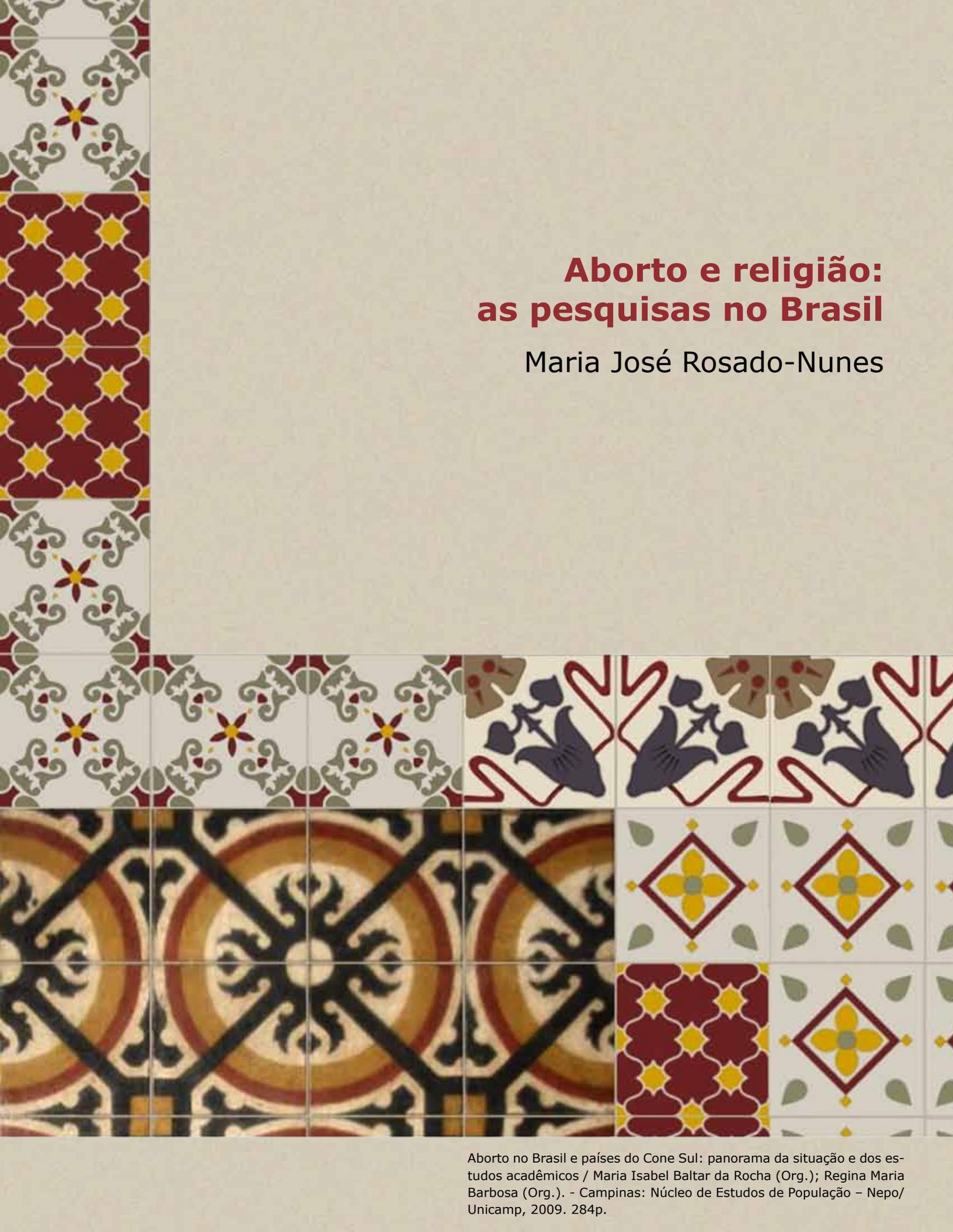
\_\_\_\_\_. Fórum: aborto en Brasil, Colombia y Uruguay. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, mar./abr.2005.

FAÚNDES, A. *et al.* Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.29, n.4, p.192-199, abr.2007.

\_\_\_\_\_. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about Brazilian legislation on abortion. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.6-18, mar.2007.

\_\_\_\_\_. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.26, n.2, p.89-96, mar.2004.

- KALSING, V. S. S. O debate do aborto: a votação do aborto legal no Rio Grande do Sul. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.19, p.279-314, 2002.
- LOREA, R. A. Acesso ao aborto e liberdades laicas. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.12, n.26, p.185-201, jul./dez.2006.
- LOUREIRO, D. C.; VIEIRA, E. M. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.679-688, maio/jun.2004.
- MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p.20-26, jan./fev.2007.
- MATTAR, R. *et al.* Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.459-464, fev.2007.
- OLIVEIRA, E. M. *et al.* Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p.376-382, jun.2005.
- PENNA, M. L. F. Anencefalia e morte cerebral (neurológica). **Physis**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.95-106, jan./jun.2005.
- ROCHA, M. I. B. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.23, n.2, p.369-374, jul./dez.2006.
- SCHMITT, J. A. M. Z. Histórias sobre aborto e infanticídio no século XX. **Rev Est Femin**, Florianópolis, v.12, n.1, p.337-339, abr.2004.
- SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.S399-S406, 2003.
- VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.471-475, fev.2007.



## **Aborto e religião: as pesquisas no Brasil**

Maria José Rosado-Nunes

# *Aborto e religião: as pesquisas no Brasil*

*Maria José Rosado-Nunes\**

Em passado recente, o relativo silêncio da reflexão acadêmica sobre o aborto correspondia ao silêncio social imposto às mulheres quanto à sua experiência. O aborto pode ser tomado, nesse sentido, como um indicador das relações de poder que atravessam os processos de elaboração do saber. A predominância dos homens na produção do conhecimento científico deixou de fora dessa produção temas e questões fundamentais para a população feminina. Sabemos que o processo de seleção do que merece ser pesquisado, a escolha dos objetos a serem submetidos ao crivo do método científico direciona e limita o que chegamos a saber. Schienbinger (2001, p.292) lembra que “o gênero estrutura a ciência em diferentes níveis: às vezes no nível das teorias, às vezes em nomenclaturas ou taxonomias, às vezes em prioridades de pesquisa, às vezes nos objetos escolhidos para estudo”. Mais adiante, a autora afirma: “é geralmente ao estabelecer prioridades sobre o que será e o que não será conhecido que o gênero tem um impacto sobre a ciência” (p.328). É nesse sentido que a escassez de pesquisas sobre o aborto<sup>1</sup> se torna reveladora da dinâmica social e, em especial, da dinâmica das relações de gênero.

Somente nas duas últimas décadas, no país, o tema “aborto” ganhou espaço como objeto da pesquisa acadêmica. Em recente balanço crítico sobre as pesquisas realizadas no campo da sexualidade e dos direitos sexuais no país, entre 1990 e 2002, Citeli (2005) refere a importância dos estudos sobre aborto, quando se trata da saúde reprodutiva<sup>2</sup>. De forma semelhante, Portella (2005) reconhece o avanço das formulações teóricas e críticas feministas “sobre os direitos reprodutivos, sobre os direitos sexuais e, na confluência desses dois campos, também sobre o aborto” (p.282). A mesma autora, no entanto, afirma:

---

“É verdade que, comparado a outros temas do feminismo, o aborto parece não ter sido ainda suficientemente investigado a partir de todos os focos que nos parecem necessários” (p.281).

---

Reconhece-se pois a necessidade de mais investimento acadêmico sobre esse objeto. Há desafios e lacunas a serem preenchidas no nível analítico e discutidas em suas conseqüências para a ação política.

---

\* Socióloga, Profa. da PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, pesquisadora do CNPq; fundadora e coordenadora da ONG feminista CDD-Br, Católicas pelo Direito de Decidir.

<sup>1</sup> Analisando a área das Ciências Sociais, Ardaillon (2005), referindo-se aos anos 1990, queixava-se dessa escassez. Também Scavone, em texto de 2004 (no capítulo O aborto pelas lentes da Sociologia), refere a dificuldade de obtenção de dados sobre a realidade do aborto no país.

<sup>2</sup> Estudo coordenado por Diniz e Corrêa (2008 – divulgado após o Seminário que deu origem ao presente texto) realiza um amplo levantamento de trabalhos dedicados ao aborto nos últimos 20 anos e analisa cerca de 400 pesquisas, sobretudo do campo da saúde coletiva.

## Um campo de disputa conceitual e política

Considerando o aborto especificamente em suas inter-relações com as religiões, constata-se um quadro mais deficitário. Em pesquisa publicada em 1999, sobre os estudos de religião na área de Ciências Sociais, no Brasil, tomando os diretórios dos grupos de pesquisa do CNPq como fonte, ainda que “gênero e religião” figure entre as sete grandes áreas de maior interesse de pesquisadoras/es, a temática aborto-e-religião não aparece entre os resultados apresentados (HERRERA, 1999, p.109-s)<sup>3</sup>. No entanto, se a bibliografia específica e totalmente dedicada ao binômio aborto e religião é quantitativamente pouco significativa, as referências à religião, e em especial à Igreja Católica, perpassam os mais variados textos sobre o tema, como pôde ser percebido na elaboração deste mapeamento. A questão da religião, em suas múltiplas e complexas interferências no que se pensa a respeito do aborto, como se o pratica e como o Estado atua nessa área, permeia as pesquisas que tratam dessa problemática, indicando sua difícil dissociação, especialmente em contextos como o do Brasil e da América Latina, em que prevalece um *ethos* religioso extremamente forte e uma presença política significativa das igrejas cristãs, em particular da Igreja Católica.

Podemos assim dizer que trabalhar o binômio aborto e religião coloca de imediato questões conceituais e políticas. Trata-se de uma articulação de temas por si problemática. Parece reproduzir-se no campo da produção do conhecimento a tensão política estabelecida entre o campo do feminismo e o das religiões, em particular, no caso do Ocidente, entre o ideário feminista e o catolicismo. O ideário católico sobre as mulheres continua a diferir radicalmente daquele das feministas e entra em conflito com suas reivindicações, invocando fundamentalmente seus direitos, relativos a todos os âmbitos de sua vida – privada e pública. Enquanto o feminismo construiu um novo campo de legalidades, incluindo a sexualidade e a reprodução entre os direitos humanos fundamentais das pessoas, especialmente das mulheres, no campo católico, e em parte do campo protestante e evangélico, as concepções tradicionais sobre sexo e sobre o agenciamento humano na reprodução devem-se à inscrição dessas áreas da vida humana na “natureza”, dada por Deus e imutável. Essas concepções religiosas opõem-se à construção feminista da reprodução

como campo de direitos e de efetivação da cidadania<sup>4</sup>. Buscando compreender as tensões entre o catolicismo e as lutas das mulheres por autonomia, Segers (1996, p.604) afirma que “assim como o liberalismo desafiou a visão de mundo católica no século XIX e

---

<sup>3</sup> Os dados analisados são parciais. Referem-se apenas a pesquisas em andamento e a grupos de pesquisa de universidades brasileiras, catalogados no diretório do CNPq.

<sup>4</sup> Segundo Zurutuza (2001, p.193) “cabe lembrar os danos causados pelas posições dogmáticas que, longe de respeitar direitos, buscam impor normas e castigos, como os da hierarquia católica e seus adeptos. Isso é particularmente importante no tema em questão: em nossas sociedades, atuam ideologias contraditórias que, em muitos casos, brandindo fantasmas associados a uma suposta imoralidade, têm por efeito reforçar o *status quo* de desrespeito e entrave ao livre exercício da sexualidade e da reprodução”.

início do XX, o feminismo constitui certamente um grande desafio à cristandade católica no final do século XX”<sup>5</sup>.

O aborto revela-se, assim, não apenas como um tema de pesquisa, mas como um campo de disputas e uma arena de luta política.

### **Aborto e religião: mapeamento provisório**

O mapeamento realizado, sem qualquer pretensão de ser exaustivo, buscou identificar pesquisas e estudos brasileiros que articulassem, seja na análise, seja pelos dados do campo empírico, o binômio aborto e religião. A tentativa inicial de referir também estudos desenvolvidos em outros países da América Latina acabou frustrada pelo constrangimento da autora de apresentar um panorama que não fizesse jus à produção existente, devido à impossibilidade de se realizar um mapeamento confiável, dados os limites do presente estudo.

Ainda que se trate de um levantamento exploratório, não-exaustivo, os resultados permitem uma visão panorâmica do tratamento desse binômio no Brasil. Espera-se assim contribuir para a elaboração de um estado da questão, que deverá posteriormente ser completado e atualizado por outras pesquisas, para que se possa elaborar um quadro completo e abrangente do tratamento das pesquisas nesse campo temático. Objetiva-se abrir pistas para futuras investigações que desvendem de forma consistente as inter-relações existentes entre aborto e religiões em nosso país, mas também oferecendo elementos para um balanço das pesquisas existentes em outros países da América Latina.

Os resultados encontrados indicam recorrências temáticas, apontando áreas cobertas, lacunas existentes, religiões estudadas, direcionamento predominante nesses estudos, seja em termos dos campos disciplinares aos quais se referem, seja quanto ao ângulo de análise adotado.

### **Aspectos metodológicos do levantamento dos dados**

Uma primeira decisão relativa aos parâmetros deste mapeamento foi sua delimitação cronológica. A proposta inicial previa a inclusão de pesquisas e estudos realizados no Brasil nos últimos cinco anos. Contudo, logo percebemos que essa periodização seria insuficiente para se traçar a evolução de tais estudos. Resolvemos então utilizar todos os dados que encontrássemos, uma vez que a produção significativa sobre o binômio aborto e religião data da década de 1990, apenas um trabalho tendo sido encontrado anteriormente.

O instrumento privilegiado de busca foi a internet. De início, foi utilizado o buscador *Google*, utilizando-se os seguintes descritores: aborto, interrupção da gravidez, direitos reprodutivos, sempre referidos aos termos religião, catolicismo,

---

<sup>5</sup> Just as liberalism challenged the Catholic worldview in the nineteenth and early twentieth centuries, feminism is surely a major challenge to Catholic Christianity in the last quarter of the twentieth century.

Igreja Católica. Desse buscador, partimos para outros *sites* de caráter estritamente acadêmico, como o Portal da Capes, CNPQ, ANPOCS e CEBRAP. Alguns outros *sites* foram local de pesquisa por serem reconhecidos como espaços de produção feminista, podendo-se supor serem também fontes de dados adequadas para o mapeamento pretendido. Neste caso, encontram-se o Prosare – Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva – acessado pela página da Comissão de Cidadania e Reprodução; Fazendo Gênero, *site* que reúne estudos e pesquisas apresentadas em evento bianual, realizado na UFSC<sup>6</sup>; e o do CLAM, Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos.

Uma outra fonte à qual se recorreu para a elaboração do presente mapeamento foram obras de autoras/es reconhecidas/os nesse campo de pesquisa. Assim, além dos *sites* acima referidos, foi feita uma pesquisa consultando-se livros, capítulos de coletâneas e artigos que trabalham o tema em questão ou de alguma forma o referem, bem como os textos indicados nas listas de referências bibliográficas das obras consultadas. Os textos foram selecionados de forma mais ou menos aleatória, considerando-se, inclusive, o acesso às obras. Por essa razão, uma das fontes de pesquisa foi a biblioteca pessoal da autora deste texto e da ONG Católicas pelo Direito de Decidir.

Como acontece em todo trabalho deste tipo, foi necessário fazer algumas escolhas para a realização do presente mapeamento. Foram excluídos, por exemplo, textos de caráter filosófico ou teológico, com duas exceções apenas. Uma, de um texto da área de Teologia Moral, por ser resultado de uma das primeiras pesquisas realizadas no Brasil sobre o tema (ANJOS, 1976). Outro, da área bíblico-teológica, por se tratar de texto apresentado no seminário Fazendo Gênero, em 2006. A exclusão apontada acima deve-se à escolha por privilegiar textos que, preferivelmente, resultassem de pesquisa empírica e conceitual na área das ciências humanas.

Ao contrário, foram incluídos textos que, apesar de não contarem com aborto e religião como descritores ou palavras-chaves, faziam alguma referência à religião ao tratarem da questão do aborto. Nesse caso, de fato, uma seleção aleatória foi feita, pois seria impossível recolher todos os textos, uma vez que, em nosso país, a discussão sobre o aborto é praticamente indissociável da problemática religiosa.

É necessário porém observar que, como acontece em pesquisas restritas, realizadas em função da elaboração de artigo específico, há um momento em que se define a finalização da busca, sem que isso signifique o esgotamento das possibilidades de encontrar outros resultados. Conseqüentemente, falhas poderão ser detectadas no presente mapeamento. Espera-se que balanços futuros, mais completos, sistemáticos e abrangentes, certamente supram essas lacunas.

---

<sup>6</sup> Os endereços eletrônicos visitados encontram-se listados ao final das referências.

## Estudos localizados

As pesquisas e os estudos localizados são aqui apresentados por ordem cronológica, seguindo a forma como foram pesquisados, isto é, primeiro alguns resultados das buscas na internet e, depois, os da pesquisa bibliográfica.

## Pesquisa virtual

No *site* da ANPOCS, a busca foi realizada nos resumos de encontros anuais de 1998 a 2006 (anos que constavam no *site*) especialmente nos GTs: Família e Sociedade; Pessoa, Corpo e Saúde; Religião e Sociedade; Pessoa e Corpo: Novas Tecnologias Biológicas e Novas Configurações Ideológicas; Corpo, Biotecnologia e Saúde; Pessoa, Família e *Ethos* Religioso; Gênero na Contemporaneidade; Juventude: sexualidade, gênero e reprodução. No GT Família e Sociedade, foi encontrada uma única pesquisa que refere o aborto (Lucila Scavone, 1999, *Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero*), mas não trata da interferência da religião. Nos demais GTs, o *site* não traz os resumos dos trabalhos apresentados e somente um deles tem religião em seu título. Os trabalhos são de Danielle Ardaillon (*E a carne se fez verbo: abortos como versões e como metáforas*, 1998), Lia Zanotta Machado (*Os novos contextos e os novos termos do debate contemporâneo sobre o aborto: entre as questões de gênero e os efeitos das narrativas biológicas, jurídicas e religiosas*, 2005) e Ana Paula dos Reis, Cecilia McCallum e Greice Menezes (*Práticas e concepções sobre o aborto em uma maternidade pública de Salvador, BA*, 2006). Parece assim que, à exceção da pesquisa de Zanotta, que refere religião em seu título, nenhuma outra foi apresentada na Anpocs relacionando diretamente aborto e religião.

No *site* do CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, na área de População e Sociedade – linha de pesquisa onde se poderia melhor encontrar o binômio buscado – nada foi encontrado, nem pesquisas em andamento ou pesquisas concluídas. Também na biblioteca virtual que dá acesso aos artigos publicados na revista *Novos Estudos*, do CEBRAP, não há referência que inclua aborto, em geral, ou que o relacione à religião.

O *site* do CEBRAP oferece o *link* para a CCR – Comissão de Cidadania e Reprodução, fundada em 1991 e instalada desde então nesse Centro. Segundo a página de abertura da CCR, sua principal meta de trabalho é "a defesa do respeito à liberdade e à dignidade da população brasileira no campo da sexualidade, saúde e direitos reprodutivos". A CCR desenvolve, desde 2003, um programa específico de apoio a pesquisas na área da sexualidade e da reprodução humanas, o Prosare – Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva, de abrangência nacional, que fomenta projetos de organizações não-governamentais (ONGs) e de instituições de pesquisa e ensino. Entre 2003 e 2007, encontramos dez projetos que têm a religião como objeto. A descrição dos projetos não é acessível em todos eles; tomamos assim os títulos como indicadores. Em quatro desses projetos os termos aborto e religião aparecem no título; em outros três, direitos reprodutivos e religião; dois projetos incluem "valores religiosos" no título e um deles associa religião, ciência e mídia,

indicando como foco da análise “discursos e atores em disputa”. O caráter dos projetos é diversificado, indo da pesquisa de caráter acadêmico à pesquisa de opinião e a propostas de intervenção; referem-se às áreas jurídica, médica, científica, à mídia e ao Parlamento.

Entre os grupos de pesquisa relacionados no *site* do CNPq, utilizando-se os descritores aborto e religião, nenhum grupo foi selecionado. Se tomamos os termos direitos reprodutivos e religião, dois grupos são apresentados: Gênero, Religião e Política – Grepo, da PUC-SP, na área de Sociologia; e o Grupo de Pesquisa em Direitos Humanos e Políticas Públicas da UFRJ, alocado em Serviço Social.

O Portal da Capes indica, entre 1987 e 2006, 11 teses e dissertações em resposta aos termos de busca aborto e religião. Já com o termo direitos reprodutivos associado à religião aparecem três dissertações, enquanto associado à Igreja Católica, duas. Se utilizamos os descritores aborto e catolicismo, o resultado é zero. Analisando palavras-chave e resumos disponíveis, apenas uma tese de doutorado, na área de História, pela USP, e uma de mestrado em Ciências Penais, pela Universidade Federal de Goiás, apresentam os termos religião e aborto. As outras apresentam o termo aborto em seus resumos, mas este não constitui foco da pesquisa. No entanto, deve-se observar que o Banco de Teses da Capes não contempla o total de dissertações e teses defendidas no país. Sua abrangência é limitada, pois depende do envio dos dados pelas universidades e do tempo necessário para sua disponibilização no *site*.

Um outro espaço de busca acessado foi o do evento bianual denominado Fazendo Gênero. Trata-se de um espaço acadêmico de debate e troca interdisciplinar criado na Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis, em 1994. Dentre os sete encontros já realizados, dos três primeiros, realizados até 1998, não há informações disponíveis eletronicamente. Em 2000, o evento incorpora pesquisadoras estrangeiras e seu nome muda para Encontro Internacional Fazendo Gênero. E a partir de 2002 passa a ser denominado Seminário Internacional Interdisciplinar que, segundo o *site*, reúne “pesquisadoras e pesquisadores do Brasil e de universidades na América Latina, Estados Unidos e Europa com pesquisas e publicações no campo dos estudos de gênero e dos estudos feministas”.

No encontro de 2000, que corresponde ao 4<sup>o</sup> realizado, no GT Contracepção, Direitos Reprodutivos e Aborto há uma comunicação em cujo título e resumo aparece o binômio aborto e religião, de Myriam Santin (que veio a ser publicado: SANTIN, 2000). Uma outra comunicação, de Marlene Tamanini, trata de Igreja Católica e contracepção, não explicitando o aborto no título ou no resumo (*Representações e práticas sobre contracepção: as agentes de Pastoral da Saúde escutam a Igreja Católica?*). Nos dois encontros seguintes, de 2002 e de 2004, constam duas sessões sobre o tema gênero e religiosidade. Em 2002, há 61 comunicações listadas, mas não há ocorrência dos termos religião e aborto nos títulos; no encontro de 2004 também não há ocorrências nessa sessão. Na sessão Políticas e Direitos Reprodutivos (2002) há outra comunicação de Myriam Santin (*Direitos sexuais, direitos reprodutivos: interesses em conflito*). Ainda que não refira explicitamente o aborto, o resumo fala em “concepções filosófico-

religiosas”; pode-se supor que, em se tratando do Brasil, os interesses em conflito impliquem grupos religiosos que se posicionam contrários à prática do abortamento e à sua legalização. Em 2004, dentre as 45 sessões de comunicação, na sessão Gênero e Reprodução, a mesma pesquisadora, Myriam Santin, apresenta uma comunicação (*Defesa da vida: embate político, hierarquia católica e movimento feminista*), porém não há acesso aos resumos.

Em 2006, no 7<sup>o</sup> seminário, são propostos 58 seminários temáticos (ST). Entre eles, destaca-se o ST11 - Aborto: conquistas e desafios, em que constam 23 trabalhos; dentre os 11 eixos temáticos, um era “aspectos religiosos do aborto”. Desse total, um trabalho, acima mencionado, tem seu foco diretamente sobre a questão religiosa, tratando-a em perspectiva bíblico-teológica: *Errâncias e itinerários da sexualidade, dos direitos reprodutivos e do aborto: abordagens bíblico-teológicas*, de autoria da teóloga Elaine Neuenfeldt; 12 trabalhos referem, seja a Igreja Católica, seja discursos e concepções religiosas. Desses, um é de uma pesquisadora chilena e dois de pesquisadoras argentinas. Um dos resumos fala de forças contrárias e outro, de tradições culturais, não se tendo porém, nesses dois casos, acesso aos textos completos.

Ainda no Fazendo Gênero 2006, dois seminários temáticos tinham como tema gênero e religião. Nesses, uma pesquisa – de Rosângela Talib (*Um (im)possível diálogo entre a moral da Igreja Católica Apostólica Romana e a posição ética dos profissionais que atuam nos serviços de aborto legal*) –, embora tendo seu resumo publicado, não foi apresentada por encontrar-se à época em fase de elaboração, segundo informação oral da própria autora. Um outro ST, Gênero, religião e poder, não contou com propostas sobre a temática em questão.

### **Pesquisa bibliográfica**

A pesquisa de material impresso, como já aludido, não teve qualquer pretensão de exaustividade: foram arrolados livros, coletâneas, capítulos de livros e artigos, selecionados segundo o critério da abordagem do binômio religião e aborto. O resultado, seguindo esse critério, é bastante reduzido. De 1976 encontra-se a obra já referida, *Argumento moral e aborto*, de Anjos (1976). O livro é resultado de uma dissertação de mestrado defendida na Universidade Gregoriana de Roma. Trata da argumentação católica em torno da problemática do aborto, tomando como base o chamado “magistério da Igreja”, isto é, textos e documentos emanados de autoridades eclesiais. Contempla também outras propostas argumentativas no campo da moral.

Na década de 1980, apenas duas referências foram encontradas, tratando especificamente dessa unidade temática: o livro Verardo (1987), *Aborto: um direito ou um crime?* que, em um dos capítulos, aborda o tratamento do aborto por algumas religiões; e um artigo de Muraro (1989), que situa a problemática no contexto da América Latina, percorre historicamente o pensamento cristão a respeito do aborto e termina sugerindo mudanças na Igreja Católica que levem em conta as necessidades reais das mulheres.

No início dos anos 1990, Maria José Rosado Nunes, em pesquisa de caráter sociológico, investigou corpos argumentativos católicos sobre o aborto: aquele oficial presente nos documentos da Igreja e o contra-discurso, oriundo igualmente do campo católico, mas que afirma a validade ética da decisão pelo aborto. Explicita, assim, as contradições existentes no interior do campo católico em torno da manutenção da condenação absoluta do ato abortivo e sua justificativa. Uma versão reduzida de relatório dessa investigação aparece no texto em co-autoria com Regina Jurkewicz (ROSADO-NUNES; JURKEWICZ, 1999).

Em 1994, em coletânea da Fundação Carlos Chagas, Lúcia Ribeiro publica um artigo resultante de pesquisa realizada com mulheres de Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) da Igreja Católica, de Nova Iguaçu, no estado do Rio de Janeiro, salientando, no discurso dessas mulheres, a ambigüidade da condenação associada à atitude de “compreensão e flexibilidade”. O direito de escolha individual, que aparece referido à esterilização, não é parte dos argumentos das entrevistadas, para o caso do aborto. Na mesma coletânea, o capítulo de Rosado-Nunes (1994) investiga concepções e práticas contraceptivas de líderes de CEBs da periferia de São Paulo, valendo-se de entrevistas associadas à observação de campo. Mesmo reticentes em relação ao aborto, tratando-se de práticas contraceptivas essas mulheres distanciam-se dos argumentos devedores do *ethos* cristão e aproximam-se do ideário feminista, afirmando o direito à autonomia individual.

As práticas reprodutivas de mulheres católicas voltam a ser objeto de pesquisa de Ribeiro, em co-autoria com Luçan (1997): *Entre (in)certezas e contradições: práticas reprodutivas entre mulheres das Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica*. Ainda no campo católico, a mesma pesquisadora, em um dos capítulos de *Sexualidade e reprodução* (RIBEIRO, 2001), expõe resultados de pesquisa realizada na Baixada Fluminense, desta vez para recolher o discurso e a prática pastoral de padres católicos em relação ao aborto. Segundo a pesquisadora, confrontados com a realidade, os padres consideram o aborto “uma mal inevitável” e, embora o condenem, procuram compreender as mulheres que o praticam, reportando-se às condições de pobreza em que vivem. Assim, a autora reconhece uma diversidade de soluções pastorais diante da realidade das mulheres que buscam os padres por haverem abortado.

*A opinião dos evangélicos sobre o aborto*, de Cecília Mariz, muda o foco do campo católico. Publicada na coletânea *Novo nascimento: os evangélicos em casa, na igreja e na política* (FERNANDES *et al.*, 1998), a investigação é parte de ampla pesquisa realizada na região metropolitana do Rio de Janeiro pelo ISER – Instituto de Estudos da Religião – em 1994. Com base em 1.332 questionários aplicados a uma amostra representativa de evangélicos de denominações diversas – históricos e pentecostais –, Cecília Mariz analisa opiniões e práticas de mulheres em relação ao aborto, assim como opiniões de pastores. Os dados coletados levam-na a concluir que, embora uma maioria das pessoas evangélicas entrevistadas aceite o aborto em casos especiais, de modo geral sua posição é contrária a essa prática. Para a pesquisadora, a variável religião talvez não seja a mais importante para explicar essa posição, uma vez que as pessoas criadas nessa religião são mais tolerantes do que as que foram socializadas em outra religião

e migraram – “converteram-se” – mais tarde. Sua hipótese é de que outros fatores, além da adesão religiosa, interferem para explicar a atitude em relação ao aborto entre as camadas mais pobres, como o nível de instrução e renda, o desconhecimento da legislação e a excessiva valorização da maternidade.

Maria das Dores Machado (1997b) pesquisou fiéis de duas igrejas pentecostais: Assembléia de Deus (AD) e Igreja Universal do Reino de Deus (IURD). As entrevistas realizadas e a análise da atuação da bancada evangélica no Congresso Nacional indicam que tanto na AD quanto na IURD, embora genericamente contrários à prática abortiva, as lideranças acabam por ter posições flexibilizadas em relação a casos considerados específicos, enquanto as e os fiéis reconhecem sua necessidade nas situações de risco para a vida da mulher e, em menor número, em caso de estupro e de “doenças transmissíveis que podem afetar o feto”. Mas a condenação é unânime quando a razão apresentada decorre de questões financeiras ou emocionais. A mesma autora (MACHADO, 1996; 1997a) havia comparado o comportamento reprodutivo entre fiéis católicos da Renovação Carismática e Pentecostais, mulheres e homens, focalizando a contracepção e o aborto. Segundo seus dados, a justificativa para a realização do aborto decorre da situação financeira precária. Tanto pastores quanto padres e fiéis condenam esse recurso, ainda que as fiéis a ele recorram, tanto entre as católicas quanto entre as pentecostais. Mesmo dentro desse contínuo de condenação, porém, a autora reconhece maior abertura e sintonia com o movimento da sociedade no grupo pentecostal e do protestantismo histórico. Há nesses casos respeito às normas legais que permitem a interrupção da gravidez e mesmo defesa pública de sua descriminalização por um pastor da IURD e por uma pastora luterana (MACHADO, 1997a, p.190). Já no caso católico, a condenação é total; há tentativa de interferência na legislação vigente no sentido de torná-la *mais* restritiva. Apenas um grupo católico – Católicas pelo Direito de Decidir – é citado como a favor da legalização do aborto.

No campo do protestantismo, encontramos ainda a tese de doutorado de Rocha (1997), em Antropologia Social. Embora não seja o objeto mesmo da tese, o aborto é tratado em um capítulo em que a autora busca diferenciar as posições de teólogas católicas e protestantes sobre o tema em questão.

Raras são as pesquisas que analisam o comportamento de pessoas de outras religiões, além do campo cristão. Na segunda parte de seu livro (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004) os médicos Anibal Faúndes e José Barzelatto buscam identificar a influência de valores religiosos sobre o comportamento das pessoas em relação ao aborto e também sobre as legislações de diversos países. Abordam as seguintes religiões: catolicismo, protestantismo, judaísmo, islamismo, hinduísmo, budismo, confucionismo e taoísmo. Outra pesquisa, feita por um grupo liderado por Faúndes, examina a influência da religiosidade na atuação de obstetras e ginecologistas. Numa população de mais de 3.000 entrevistados, os médicos declararam ser católicos, protestantes, evangélicos, ou espíritas; nenhum referiu outras religiões. Em sua conclusão, os autores referem o desconforto desses profissionais frente ao aborto, “que representa um grande potencial de conflito interno, gerado pelo conjunto de valores que constitui [sua] visão de mundo,

principalmente os valores religiosos” (tivemos acesso apenas ao resumo dessa pesquisa, publicado em FAÚNDES *et al.*, 2006).

Uma outra pesquisa que aborda a área médica, porém do ponto de vista histórico, é a de Vailati (2005). No capítulo 6 de sua tese, “O discurso médico”, o autor trata das representações sobre a morte infantil no Brasil, incluindo aí a problemática do aborto. Trabalha a oposição entre uma concepção secular e outra religiosa da morte infantil e, conseqüentemente, as divergências e aproximações entre o discurso médico e as proposições da Igreja Católica em relação à prioridade da vida da gestante ou do feto. Vailati nota que motivações espirituais e seculares estão presentes em ambas as argumentações. Percorre os diferentes discursos produzidos em torno da humanidade ou não do feto, da necessidade de sua salvação espiritual, do direito da gestante, fazendo emergir os cenários que tornam possíveis tais discursos<sup>7</sup>.

Os discursos religiosos sobre o aborto são examinados por Cristiani da Silva e colaboradoras (SILVA *et al.*, 2003) tendo a Igreja Católica e discursos dissonantes da hierarquia como seu foco, em capítulo intitulado *A prática do aborto sob falas autorizadas: seus usos e abusos na mídia impressa brasileira*. A mídia é enfocada também em dois artigos que se referem à Igreja Católica e constam da coletânea *Saúde reprodutiva na esfera pública e política* (OLIVEIRA; ROCHA, 2001). Um, de autoria da argentina Claudia Laudano (2001), salienta em vários momentos do texto a intervenção da Igreja Católica, concluindo pela consolidação da presença de setores católicos contrários ao direito do recurso ao aborto, assim como das organizações de mulheres favoráveis a esse direito. O outro intitula-se *Aborto na imprensa brasileira* (MELO, 2001) e apresenta resultados parciais de pesquisa desenvolvida em 1995 sobre matérias publicadas em quatro jornais brasileiros, em relação ao tema do aborto; a autora identifica a referência constante da mídia à hierarquia da Igreja Católica, mas salienta também a presença de “novos protagonistas”, entre os quais Católicas pelo Direito de Decidir, que se consolidam como presença na mídia, contrapondo-se no debate ético-religioso ao discurso oficial da Igreja, colocando-se no campo do feminismo.

Machado (2000), por sua vez, pesquisou *O tema do aborto na mídia pentecostal* entre 1996 e 1997, enfocando a Assembléia de Deus e a Igreja Universal do Reino de Deus, para “verificar a participação desse segmento religioso no debate sobre o aborto”. A conclusão reitera a posição mais liberal de líderes pentecostais e neo-pentecostais em relação ao aborto, ainda que em meio a contradições e dificuldades. Há pouca discussão interna sobre o tema nas igrejas e desconhecimento dessa posição flexibilizada da liderança por parte de fiéis. O fortalecimento das posições liberais no pentecostalismo dependeria, em parte, do embate com a Igreja Católica.

A interferência católica no Congresso Nacional é objeto de pesquisas específicas, como a já referida, de Santin (2000), em que a autora analisou a tramitação de um projeto de lei (PL 20/91) que visava regulamentar os casos do chamado “aborto legal”, tendo como foco as formas pelas quais a Igreja intentou

---

<sup>7</sup> Agradeço ao Prof. Dr. Fernando Torres Londoño essa referência.

intervir em sua tramitação e os argumentos utilizados em seu discurso para esse fim. Essa questão foi posteriormente enfocada em sua tese de doutorado que, em relação ao aborto, deteve-se ainda na Proposta de Emenda Constitucional (PEC2595) sobre a proibição do aborto na própria Constituição do país (SANTIN, 2005).

Também Maria Isabel Baltar da Rocha, em suas pesquisas de seguimento dos debates acerca do aborto no Congresso Nacional desde os anos 1940, trata das formas de atuação do *lobby* católico e da própria hierarquia eclesiástica, com o objetivo de influir na tramitação dos projetos de lei (ROCHA, 1996; ROCHA; ANDALAF NETO, 2003).

Ainda no campo da política, Kalsing (2002), em texto derivado de sua dissertação de mestrado, discute os argumentos religiosos oriundos dos campos protestante e católico, assim como de feministas, utilizados nos debates relativos a projeto de lei sobre o aborto legal, no parlamento gaúcho. Sua compreensão é de que há uma disputa pelo “monopólio da verdade”, em que acaba prevalecendo a visão religiosa.

A coletânea *Sexualidade, família e ethos religioso* (HEILBORN *et al.*, 2005) recolhe reflexões e análises do seminário de mesmo nome realizado no Rio de Janeiro em 2004 sobre relações familiares, sexualidade e religião. A reprodução é contemplada em seus vínculos com a religião em dois capítulos. Duarte (2005) propõe uma abordagem complexa das formas como as religiões, em especial a católica, interferem nas decisões reprodutivas. O autor trabalha “o religioso” como “visão de mundo” estruturante. Desenvolve a hipótese segundo a qual a “vivência geral” pode sobrepor-se ao conteúdo doutrinário de diferentes denominações religiosas, na determinação das escolhas contraceptivas e/ou reprodutivas. Outro capítulo, de Couto (2005), trabalha dados parciais de pesquisa empírica mais ampla, coletados em bairro da periferia do Recife, realizada entre 1999 e 2000. Busca compreender os efeitos da conversão religiosa sobre a sexualidade e a vida reprodutiva de famílias que vivem em arranjos plurais em tempos religiosos. Na mesma linha de Luís Fernando Duarte, a autora conclui pela conjugação de elementos de autonomia de escolha e pertencimento religioso. Em relação ao aborto, a pesquisa corrobora dados anteriores sobre a forte influência do ideário religioso na manutenção de sua condenação. O aborto inscreve-se, ao mesmo tempo, no âmbito das práticas criminosas e no âmbito de uma moralidade religiosa que o condena. No entanto, não se coloca a concepção da prática abortiva como pecaminosa.

Em outro texto, de 2006, o mesmo Luiz Fernando Duarte desenvolve, para uma questão mais ampla do que o aborto – família e sexualidade –, a hipótese segundo a qual se deveria inverter a equação: em vez de “Dize-me a tua religião e dir-te-ei o que pensas sobre o aborto”, seria “Dize-me o que pensas sobre o aborto e te direi a que religião te filiaste”. Simplista, mas não caricaturalmente, é mais ou menos isso o que propõe o autor, invocando resultados de pesquisas empíricas em torno do tema. Em suas palavras (DUARTE, 2006, p.16):

---

[...] É a disposição de *ethos* abraçada pelos sujeitos sociais nas sociedades liberais modernas que os impele a uma aproximação a uma determinada opção confessional, à eventual adoção de uma reserva subjetiva em relação às determinações de sua religião atribuída ou à disposição de viverem afastados de qualquer instituição religiosa formal, e não o oposto.

---

Para Duarte, as concepções sobre a vida e a natureza definiriam as posições favoráveis ou contrárias ao acesso legal ao aborto. Invocando pesquisas sobre diferentes filiações religiosas, o autor propõe que a ênfase no subjetivismo levaria à afirmação da autonomia das mulheres a respeito de seu corpo, enquanto o respeito genérico à vida ou à natureza induziria a uma atitude de resistência ao aborto.

### **Considerações finais: recorrências, lacunas e desafios**

Estas são conclusões provisórias, a partir do que foi possível recolher, tendo-se em conta os limites do mapeamento realizado.

Dentre as pesquisas encontradas e a bibliografia percorrida, a problemática religiosa está presente em um número significativo como um tema inescapável, dada a forma como o elemento religioso impregna o *ethos* cultural da região e do país. Considerou-se para o presente balanço tanto estudos que têm o binômio aborto e religião como objeto central de pesquisa, em menor número, quanto aqueles que abordam a questão religiosa, sem tê-la como seu eixo principal. Em grande parte dos casos, aborto e religião aparecem associados em um capítulo, ou em parte de textos sobre sexualidade e reprodução. Para a maioria das pesquisas, a religião privilegiada é o catolicismo. O protestantismo é tratado pelo ângulo das igrejas pentecostais. As denominações históricas não constituem objeto de pesquisa, senão em alguns poucos casos. Religiões como o espiritismo, judaísmo e o islamismo, o candomblé, a umbanda, mesmo sendo significativas no cenário religioso brasileiro, não são objeto de pesquisas específicas. Algumas delas aparecem referidas, porém em geral de forma bastante marginal, rápida e fragmentada. A exceção talvez seja o livro organizado por Giumbelli (2005), *Religião e sexualidade*, que mostra como diferentes religiões lidam com o tema da sexualidade na sociedade contemporânea e como importantes bandeiras da luta pelos direitos sexuais, como a união civil entre pessoas do mesmo sexo e o direito ao aborto, são contempladas por certas crenças religiosas.

A predominância das pesquisas envolvendo o catolicismo é explicável por razões várias, de caráter histórico e político. Essa religião foi hegemônica por quase 400 anos, sendo religião oficial do Estado até o final do século XIX, quando, com a República, instituiu-se o Estado laico no Brasil. Assim, ao poder político da Igreja Católica, que se mantém, mesmo após a separação oficial Igreja-Estado, corresponde a formação de uma cultura impregnada de valores do cristianismo. O tratamento da sexualidade e da capacidade humana reprodutiva mantém-se na Igreja Católica como

uma área de confronto com propostas liberalizantes, que tratam essas questões no registro do direito e da realização da liberdade individual, no âmbito da vida privada. A manutenção da condenação do aborto pelo catolicismo, em qualquer circunstância, abre um imenso campo de transgressão para as mulheres, mas também de culpabilização e de impossibilidade de pensar o recurso a esse procedimento sob outro registro que não o da moralidade religiosa.

Quanto ao ângulo de abordagem, o predomínio é das Ciências Humanas, em especial das Ciências Sociais, incluindo Sociologia, Antropologia e Sociologia da Religião. Existem também estudos e pesquisas em outras áreas, como Direito, Ciências Biológicas, Genética, que não foram consideradas neste mapeamento.

Tematicamente, as pesquisas encontradas apresentam caráter bastante diversificado. O mesmo objeto abre um campo de possibilidades muito variado: incidência política das religiões sobre as legislações; grau de influência religiosa na orientação do comportamento individual em relação ao aborto; elementos constitutivos dos discursos religiosos sobre a questão; práticas cotidianas de agentes religiosos junto a fiéis em torno da decisão e/ou da prática do abortamento; semelhanças e diferenças entre as religiões dominantes – catolicismo e as denominações pentecostais, no campo protestante – em seus posicionamentos frente ao aborto; estudos históricos do tratamento do aborto no cristianismo. Estes são alguns dos temas que aparecem na bibliografia encontrada, seja em pesquisas específicas, seja como parte de estudos que, de alguma forma, abordam as relações complexas entre aborto e religião. É interessante notar, porém, como o acirramento da disputa pública em torno do aborto, nos últimos anos, acabou por trazer à cena um tema novo no país: a questão da laicidade do Estado e da legitimidade da ação pública de grupos religiosos, em contextos democráticos e secularizados. Nos debates, como nas publicações, as liberdades laicas, os direitos de cidadania, a histórica separação Igreja-Estado são invocados como garantia do direito de acesso ao aborto legal e seguro. Coloca-se assim uma pauta de pesquisa e de reivindicação política<sup>8</sup>. É verdade que a reflexão feminista já se voltara para a discussão sobre o aborto, no campo da realização das liberdades democráticas, da cidadania e dos direitos<sup>9</sup>. É a essas proposições que vem juntar-se a afirmação da laicidade do Estado como condição de efetivação da democracia.

Na maioria dos textos encontrados, tanto a autoria quanto a população privilegiada nas pesquisas é de mulheres. Pode-se pensar que tal predominância se deve ao fato de serem elas a recorrerem ao abortamento, à forte incidência do discurso religioso sobre a população feminina, à facilidade maior de acesso às mulheres para se recolher os dados, à dificuldade de se tratar temas da vida reprodutiva com os homens, entre outros fatores. No entanto, outros objetos, tão “particulares” quanto esse, não recebem o mesmo tratamento. Essa constatação indica a necessidade do aprofundamento das dinâmicas de gênero presentes na situação do

---

<sup>8</sup> Cf, entre outros, Batista e Maia (2006); Lorea (2008).

<sup>9</sup> Especialmente, Ávila (2005) e Barsted (2005).

aborto, inclusive por meio de pesquisas que envolvam comparativamente a população masculina e feminina<sup>10</sup>. Alguns dos textos localizados neste mapeamento, no entanto, ainda que em número reduzido, têm pesquisadores como seus autores. Encontramos também, pesquisas que têm homens como sua população, seja fiéis – como nas pesquisas de Maria das Dores Machado – seja médicos, como na pesquisa de Anibal Faúndes e colaboradores, ou padres católicos, como no caso de Lúcia Ribeiro<sup>11</sup>.

Pode-se notar que a discussão acadêmica desse tema no Brasil é bem recente. Embora a polêmica em torno do aborto seja antiga, sua abordagem pela via da pesquisa acadêmica somente apresenta produção significativa nas duas últimas décadas. Com relação ao local onde as pesquisas foram realizadas, a região Sudeste continua sendo predominante. No entanto, um olhar mais acurado sobre pesquisas apresentadas nos seminários Fazendo Gênero, por exemplo, aponta para uma tendência à diversificação das pesquisas em termos geográficos, nos últimos anos.

Ainda que pesquisas indiquem que é menos a religião e mais o nível educacional, i.e., o grau de instrução, o definidor da posição favorável ou contrária ao direito ao aborto, dados de *surveys*, pesquisas de opinião pública e outros indicam ainda uma forte influência da adesão religiosa sobre o comportamento e sobre o discurso relativo ao aborto. A complexificação dessa problemática permite aproximações instigantes, como aquela que revisita as relações entre decisões relativas a aspectos considerados da vida privada, a partir da análise de concepções e comportamentos relativos à reprodução, adesão religiosa e *ethos* moderno. O conjunto de pesquisas e textos encontrados permite ainda perceber tentativas de oferecer explicações para as inter-relações estabelecidas entre o pensamento sobre o aborto, sua prática e as crenças e doutrinas religiosas; e, ainda, de explicitar a dinâmica das instituições religiosas em contextos modernos secularizados, apontando áreas cristalizadas e transformações em curso.

Nesse sentido, um desafio colocado para esse campo de pesquisas é a possibilidade de se construírem séries históricas que permitam acompanhar evoluções e mudanças, no nível, por exemplo, das estratégias argumentativas dos campos favoráveis e contrários ao direito de escolha, como também no nível da ação política, no Estado como na sociedade civil, considerando-se especialmente o movimento feminista e os grupos religiosos “dissidentes”. Nessa linha de uma continuidade temática que permita tal construção, encontramos estudos como os realizados por Maria Isabel Baltar da Rocha e por Myriam Santin, que acompanham as iniciativas em

---

<sup>10</sup> Ramírez-Gálvez (2005, p.250) chama a atenção para essa questão: a configuração desse campo como essencialmente feminino pode ter levado à limitação do entendimento da participação masculina, excluindo-a do debate, aspecto que particularmente considero fundamental rever, quando se trata de promover relações mais equitativas de modo a superar a assimetria social, que atribui às mulheres os custos e as responsabilidades da reprodução.

<sup>11</sup> Sobre a questão da predominância feminina e da ausência masculina, Ramirez-Gálvez (2005) apresenta interessantes resultados de pesquisa realizada com homens. Embora observando o avanço da discussão sobre a participação masculina no campo reprodutivo, a autora fala do aborto como um assunto de mulheres, tanto no plano da mobilização política quanto no da produção de saberes.

relação ao aborto no Congresso Nacional, incluindo aquelas provenientes de parlamentares vinculados a grupos religiosos.

O acúmulo do conhecimento na área, de forma a se identificar a constituição de um campo organizado nitidamente focado, exige ainda o aprofundamento qualitativo e quantitativo de dossiês que não apenas forneçam um número significativo de dados empíricos, mas que permitam a elaboração de hipóteses explicativas. Uma série de dados, colhidos em momentos e espaços diferentes, com populações específicas, e de caráter comparativo, possibilitariam detectar a manutenção, o aumento ou a diminuição do grau de influência e os efeitos de filiações religiosas distintas sobre práticas e discursos relativos ao aborto. A continuidade e ampliação de pesquisas comparativas como as de Maria das Dores Machado é, nesse sentido, fundamental à ampliação do saber sobre as relações entre práticas abortivas, concepções sobre o aborto e religiões.

Finalmente, com base no levantamento aqui feito, pode-se dizer que o binômio aborto-religião apresenta-se como um objeto instigante para a pesquisa, ainda com lacunas a serem cobertas. Além do que foi apontado antes, pode-se lembrar a necessidade de pesquisas que abordem a ação, organização interna, discurso público, estratégias políticas e argumentação de grupos e movimentos religiosos contrários à legalização do aborto<sup>12</sup>. Também não foram registrados estudos cujo direcionamento político-ideológico indicasse tal posição. Essa ausência pode ser atribuída aos limites do presente trabalho. Mas pode-se notar também que a estratégia política de intervenção pública de grupos e pessoas opostos ao direito de escolha, no caso do aborto, apontam para o investimento fora do campo da religião. As áreas da Medicina, da Bioética, da Genética têm sido privilegiadas por esses grupos, que negam estar discutindo ou apresentando idéias oriundas de doutrinas religiosas, ou de suas posições pessoais nesse campo, como bem mostra Vaggione (2005).

Em outro nível, o binômio temático aborto-religião oferece um campo provocativo de reflexão sobre as chances de se repensarem questões como a objetividade e as relações sujeito-objeto, nas pesquisas. Dada a inserção desse objeto num campo polêmico de decisões individuais e de investimento estatal, sobre o qual se fazem e refazem julgamentos de ordem moral, não há como não reconhecer a "contaminação" do objeto. É possível, em praticamente todos os casos, identificar a posição pessoal do/a pesquisador/a. É evidente que isso não se verifica apenas no caso deste objeto. Porém, com o aborto, uma vez que há posições extremas quanto à sua inscrição no campo da efetivação das liberdades individuais, da cidadania e dos direitos, contra aquelas que o situam no campo criminal, como um ato homicida, e no campo religioso e moral como "pecado", esse envolvimento do/a pesquisador/a é mais imediato. Assim, a construção do objeto "aborto" aparece carregado política e ideologicamente.

---

<sup>12</sup> Neste mesmo mapeamento, encontrou-se apenas uma pesquisa, realizada em 2005, que aborda a ação e a organização interna de grupos e movimentos religiosos contrários à legalização do aborto, sua ação pública, associações, estratégias políticas e os argumentos utilizados. No entanto, a pedido das autoras, a pesquisa, ainda inédita, não pode ser referenciada.

Em termos metodológicos, talvez nenhum outro objeto de investigação seja tão adequado quanto este para tratar o problema complexo da articulação entre militância e academia, entre teoria, pesquisa e intervenção política, questão cara de maneira especial ao feminismo<sup>13</sup>. Se não cabe aqui uma incursão pelas bases epistemológicas da perspectiva feminista, vale ao menos lembrar as repercussões políticas dos estudos sobre o aborto. “Entre pesquisar e militar”, no trânsito entre teoria e política, o aborto aparece como um campo de disputa<sup>14</sup>. O que, afinal, está em questão são os nossos corpos, os corpos das mulheres e sua capacidade de fazer novos seres humanos. Se por um lado, tornam-se explícitos o controle e a submissão que incidem nas situações do aborto ilegal, por outro lado explicitam-se também as formas da rebeldia feminina, expressa na desobediência às normas tanto religiosas quanto civis.

Aborto-e-religião constitui um campo de investigação aberto, como “um objeto à procura de autoras/es”. Há toda uma realidade a ser conhecida; contextos empíricos a serem trabalhados e direcionamentos analíticos a serem explicitados, interrogados e propostos. O presente texto não pretendeu, de forma alguma, esgotar a discussão, mas ao contrário, provocá-la, esperando que as lacunas e equívocos se tornem objeto de novas reflexões.

### **Agradecimentos**

Agradeço à Dra. Maria Isabel Baltar da Rocha a oportunidade de participar do evento organizado pelo NEPO/UNICAMP, que deu origem a este texto. Ainda que as idéias aqui expostas sejam de inteira responsabilidade da autora, quero agradecer os comentários críticos e sugestões da mesa e das pesquisadoras presentes ao evento, muitos dos quais pude incorporar a esta redação final. Agradeço ainda a Tânia Vizachri e Luciano Abe que, como bolsistas IC do CNPq-PUC, colaboraram na coleta e análise dos dados. Também a Eliane da Costa Nunes Brito, pela revisão técnica do texto. E a Luiz Carlos G. Sá, bolsista AT do CNPq, pelo apoio técnico oferecido. Este texto tem o apoio do CNPq.

---

13 Cf . Corrêa e Vianna (2007); Terragni (1998).

14 Expressão dessa disputa é a interferência religiosa na própria possibilidade da pesquisa sobre o tema em questão. Em publicação recente sobre liberdade de cátedra no Brasil, Diniz; Buglione e Rios (2006) referem os limites colocados para a pesquisa sobre o aborto no contexto de universidades confessionais.

## Referências

- ANJOS, M. F. **Argumento moral e aborto:** da argumentação sobre a moralidade do aborto ao modo justo de se argumentar em Teologia Moral. São Paulo: Loyola, 1976.
- ARDAILLON, D. O aborto nas pesquisas das Ciências Sociais: objeto ou instrumento? In: ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. (Org.). **Novas legalidades e democratização da vida social:** família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- ÁVILA, M. B. Liberdade e legalidade: uma relação dialética (Prefácio). In: \_\_\_\_\_; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. (Org.). **Novas legalidades e democratização da vida social:** família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BARSTED, L. L. Novas legalidades e novos sujeitos de direitos (Introdução). In: ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. (Org.). **Novas legalidades e democratização da vida social:** família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BATISTA, C.; MAIA, M. (Org.). **Estado laico e liberdades democráticas.** Recife: SOS Corpo, 2006.
- CITELI, M. T. **A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002):** revisão crítica. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CLAM, 2005. Disponível em: <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=5>.
- CORREA, S.; VIANNA, A. Teoria e práxis em gênero e sexualidade: trânsitos, avanços, dramas e pontos cegos. In: BONETTI, A.; FLEISCHET, S. (Org.). **Dossiê:** entre pesquisar e militar; contribuições e limites dos trânsitos entre pesquisa e militância feministas. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 2007.
- COUTO, M. T. Gênero e comportamento reprodutivo no contexto das famílias em pluralismo religioso. In: HEILBORN, M. L. *et al.* (Org.). **Sexualidade, família e ethos religioso.** Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- DINIZ, D.; CORRÊA, M. **Aborto e saúde pública:** 20 anos de pesquisa no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto\\_e\\_saude\\_publica\\_vs\\_preliminar.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto_e_saude_publica_vs_preliminar.pdf).
- \_\_\_\_\_; BUGLIONE, S.; RIOS, R. R. (Org.). **Entre a dúvida e o dogma:** liberdade de cátedra e universidades confessionais. Brasília: LetrasLivres; Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.
- DUARTE, L. F. D. Família, reprodução e ethos religioso. In: DUARTE, L. F. D. *et al.* (Org.). **Família e religião.** Rio de Janeiro: Contracapa, 2006.
- \_\_\_\_\_. *et al.* (Org.). **Família e religião.** Rio de Janeiro: Contracapa, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ethos privado e justificação religiosa: negociações da reprodução na sociedade brasileira. In: HEILBORN, M. L. *et al.* (Org.). **Sexualidade, família e ethos religioso.** Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FAÚNDES, A. *et al.* O papel da religiosidade na perspectiva e no agir de médicos ginecologistas em relação ao aborto previsto por lei, à anticoncepção de emergência e ao DIU. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, Rio de Janeiro, n.22, mar.2006. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/revista/mar06.html>.

\_\_\_\_\_; BARZELATTO, J. **O drama do aborto**: em busca de um consenso. Campinas: Komedi, 2004. (Especialmente capítulo 8 - Valores religiosos).

FERNANDES, R. C. *et al.* **Novo nascimento**: os evangélicos em casa, na igreja e na política. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

GIUMBELLI, E. (Org.). **Religião e sexualidade**: convicções e responsabilidades. Rio de Janeiro: CLAM; Garamond, 2005.

HEILBORN, M. L. *et al.* (Org.). **Sexualidade, família e ethos religioso**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

HERRERA, S. R. Os estudos de religião no Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.109-28, 1999.

KALSING, V. S. S. O debate do aborto: a votação legal no Rio Grande do Sul. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.19, p.279-314, 2002.

LAUDANO, C. Direitos reprodutivos e aborto na mídia. In: OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. (Org.). **Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina**. Campinas: NEPO/UNICAMP; Editora da UNICAMP, 2001.

LOREA, R. A. **Em defesa das liberdades laicas**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

MARIZ, C. A opinião dos evangélicos sobre o aborto. In: FERNANDES, R. C. *et al.* (Org.). **Novo nascimento**: os evangélicos em casa, na igreja e na política. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

MACHADO, M. D. C. O tema do aborto na mídia pentecostal: notas de uma pesquisa. **Rev Est Femin**, Florianópolis, v.8, n.1, p.200-211, 2000.

\_\_\_\_\_. Identidade religiosa e moralidade sexual entre católicos e evangélicos. In: COSTA, A. O. (Org.). **Direitos tardios**: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo: Prodir; FCC; Ed.34, 1997a.

\_\_\_\_\_. Mulheres: da prédica pentecostal ao debate sobre sexualidade, aborto e planejamento familiar. In: SCHPUN, M. R. (Org.). **Gênero sem fronteiras**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1997b.

\_\_\_\_\_. **Carismáticos e pentecostais**: adesão religiosa na esfera familiar. Campinas: Autores Associados; São Paulo: ANPOCS, 1996.

MELO, J. Aborto na imprensa brasileira. In: OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. (Org.). **Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina**. Campinas: NEPO/UNICAMP; Editora da UNICAMP, 2001.

MURARO, R. M. El aborto y la fé religiosa em América Latina. In: PORTUGAL, A. M. (Ed.). **Mujeres e iglesia: sexualidad y aborto en América Latina**. México: Fontamara, 1989.

OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. (Org.). **Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina**. Campinas: NEPO/UNICAMP; Editora da UNICAMP, 2001.

PORTELLA, A. P. Produção de conhecimento sobre aborto: questões para o debate. In: ÁVILA, M. B.; \_\_\_\_\_; FERREIRA, V. (Org.). **Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, M. C. Preeminências femininas e ausências masculinas no aborto voluntário. In: VILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. (Org.). **Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

RIBEIRO, L. **Sexualidade e reprodução: o que os padres dizem e deixam de dizer**. Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. LUÇAN, S. **Entre (in) certezas e contradições: práticas reprodutivas entre mulheres das Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica**. Rio de Janeiro: ISER; NAU, 1997.

\_\_\_\_\_. Anticoncepção e Comunidades Eclesiais de Base. In: COSTA, A. O.; AMADO, T. (Org.). **Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: Prodir; FCC; Ed.34, 1994.

ROCHA, C. L. R. **Teólogas brasileiras e os direitos reprodutivos**. São Paulo, 1997. 221f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ROCHA, M. I. B.; ANDALAF NETO, J. A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: NEPO/UNICAMP; Editora da UNICAMP, 2003.

\_\_\_\_\_. A questão do aborto no Brasil: um estudo sobre o debate no Congresso. **Rev Est Femin**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.381-98, 1996.

ROSADO-NUNES, M. J. F.; JURKEWICZ, R. S. Aborto: un tema en discusión en la Iglesia Católica; el surgimento de las "Católicas por el derecho de decidir". In: SCAVONE, L. (Org.). **Género y salud reproductiva en América Latina**. San José de Costa Rica: LUR, 1999.

\_\_\_\_\_. De mulheres, sexo e igreja: uma pesquisa e muitas interrogações. In: COSTA, A. O.; AMADO, T. (Org.). **Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: Prodir; FCC; Ed.34, 1994.

SANTIN, M. A. V. **Sexualidade e reprodução: da natureza aos direitos; a incidência da Igreja Católica na tramitação do Projeto de Lei 20/91 – aborto legal e Projeto de Lei 1151/95 – união civil entre pessoas do mesmo sexo**. 2005. 408f. Tese (Doutorado) -

Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

\_\_\_\_\_. **Aborto legal:** Igreja Católica e o Congresso Nacional. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2000.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida:** feminismo e Ciências Sociais. São Paulo: Editora da UNESP, 2004.

SCHIENBINGER, L. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru: EdUSC, 2001.

SEGRS, M. C. Feminism, liberalism, and catholicism. In: CURRAN, C. E.; FARLEY, M. A.; McCORMICK, R. S. J. **Feminist ethics and the Catholic moral tradition.** New York: Paulist Press, 1996. (Readings in Moral Theology, 9).

SILVA, C. B. *et al.* A prática do aborto sob falas autorizadas: seus usos e abusos na mídia impressa brasileira. In: PEDRO, J. M. (Org.). **Práticas proibidas:** práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

TERRAGNI, L. A pesquisa de gênero. In: MELUCCI, A. **Por uma sociologia reflexiva:** pesquisa qualitativa e cultura. Petrópolis: Vozes, 2005.

VAGGIONE, J. M. Los roles políticos de la religión: género y sexualidad más allá del secularismo. In: VASSALLO, M. *et al.* **En nombre de la vida.** Córdoba: Católicas por el Derecho a Decidir, 2005.

VAILATI, L. L. **A morte menina:** práticas e representações da morte infantil no Brasil dos Oitocentos (Rio de Janeiro e São Paulo). 2005. 261f. Tese (Doutorado em História Social) – FFLCH, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

VERARDO, M. T. **Aborto:** um direito ou um crime. São Paulo: Moderna, 1987.

ZURUTUZA, C. Para uma convenção interamericana pelos direitos sexuais e reprodutivos. In: OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. (Org.). **Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina.** Campinas: NEPO/UNICAMP; Editora da Unicamp, 2001.

**Outras fontes:** Sites consultados

<http://www.anpocs.org.br>

<http://www.capes.gov.br/servicos/bancoteses.html>

<http://www.cebrap.org.br/index.asp>

[http://www.ccr.org.br/a\\_sobre\\_prosare.asp](http://www.ccr.org.br/a_sobre_prosare.asp)

<http://www.cnpq.br/gpesq>

<http://www.ipas.org.br/revista/mar06.html>

[http://www.fazendogenero.ufsc.br/st\\_38\\_B.html](http://www.fazendogenero.ufsc.br/st_38_B.html)

<http://www.fazendogenero7.ufsc.br/>

<http://www.google.com.br>

<http://www.clam.org.br>



# O movimento de mulheres e o debate sobre o aborto

Leila Linhares Barsted

## *O movimento de mulheres e o debate sobre o aborto*

*Leila Linhares Barsted\**

Vamos obter um direito que ninguém quer usar, mas de qualquer modo nos é devido (...) perspectiva que ninguém deseja para si, mas liberdade de que, surgindo a necessidade, ninguém nos pode razoavelmente privar (Carmen da Silva, 1983)<sup>1</sup>.

Este texto tem como objetivo sintetizar e refletir o debate promovido sobre a questão do aborto pelos movimentos de mulheres, desde fins da década de 1970, procurando, na medida do possível, apontar tendências, estratégias, interlocutores, impasses e algumas lacunas, sem, contudo, ter qualquer pretensão exaustiva. Procuo resgatar e dar continuidade a textos anteriores (BARSTED, 1992; 1998; 2005) sobre a trajetória do movimento de mulheres na tentativa de recuperar, em parte, o rico debate promovido no Brasil por esse movimento nas últimas três décadas.

Levantamento sobre a situação da pesquisa no campo da sexualidade e dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, realizado por Citeli (2005), destaca o aborto como o objeto de maior número de estudos localizados no tema da saúde reprodutiva, analisado sob diversos ângulos, incluindo os estudos relativos ao debate sobre o aborto na sociedade, em especial no movimento de mulheres.

Certamente, essa prevalência do tema deve-se ao fato de o aborto ser criminalizado pela lei e, ao mesmo tempo, recorrentemente utilizado pelas mulheres, de forma clandestina, para a interrupção voluntária da gravidez, com grande risco para suas vidas. Nesse sentido, explica-se por que o polêmico tema do aborto, desde o início da década de 1980, tem constituído uma questão e uma demanda pela descriminalização ou legalização, por parte dos movimentos de mulheres.

Em trabalho anterior (BARSTED, 1992) destaquei que a questão do aborto no Brasil surgiu no bojo de um movimento social cuja história se iniciou em plena ditadura militar e em uma sociedade onde o ideário e as práticas democráticas ainda não estavam presentes em nossas tradições políticas, sociais e culturais. Apesar dessas características adversas, tanto em 1992 como ainda hoje, considero que a demanda por autodeterminação e, em particular, por autodeterminação reprodutiva, incluindo o direito ao aborto, já na década de 1980 não representava uma idéia fora de lugar.

---

\*Advogada, diretora da CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação, membro do Comitê de Especialistas da OEA para o Monitoramento da Convenção de Belém do Pará.

<sup>1</sup> Trecho de artigo de Carmen da Silva, escritora feminista, na Revista Cláudia de 26 de junho de 1983.

O movimento feminista, como uma das reações sociais ao conservadorismo e à repressão política, introduzia no debate público o que a sociedade, em especial as mulheres, já indicava como necessidades e demandas de liberdade, de vida e de saúde.

Ao lado da luta contra a interferência histórica do Estado sobre os corpos femininos, as feministas se engajaram no processo de redemocratização do país, embora fossem olhadas com desconfiança pelos demais setores opostos do regime militar, incluindo os militantes de esquerda, que desconsideravam como políticas as questões específicas no campo da sexualidade, especialmente quando colocadas pelas feministas como questões que diziam respeito a direitos individuais, inerentes à liberdade e autonomia do indivíduo.

Essa rejeição, ou timidez, na defesa dos direitos individuais no campo da sexualidade marca até hoje o debate sobre o aborto, com conseqüências mesmo dentro dos movimentos de mulheres (BARSTED, 1998; ARDAILLON, 1997). De fato, a argumentação mais forte na defesa da interrupção voluntária da gravidez tem sido aquela relativa às seqüelas do aborto sobre a saúde das mulheres e seu impacto sobre a mortalidade materna, particularmente das mulheres mais pobres, no bojo, portanto, de questões no campo do direito à saúde e não do direito à autodeterminação.

Tal fenômeno não é específico aos movimentos de mulheres no Brasil. De fato, tomando como parâmetro o debate internacional a partir da década de 1990, Correa (1999) chama atenção que o debate sobre direitos sexuais e reprodutivos está diretamente relacionado à luta pelo direito ao aborto legal e em condições de segurança, indicando que esse foi um ponto duramente debatido nas Conferências do Cairo e de Beijing, espaços políticos onde se avançou na caracterização do aborto como uma questão de saúde pública, dando-se visibilidade aos alarmantes índices de morbimortalidade materna e à violência sexual contra as mulheres.

Assim, a preocupação com a clandestinidade do aborto no que se refere aos agravos à saúde tem sido um argumento de grande importância no debate sobre a interrupção voluntária da gravidez<sup>2</sup>.

O Estado brasileiro nunca respondeu de forma adequada à questão da gravidez não desejada e, muito menos, da interrupção voluntária da gravidez como uma questão de autodeterminação ou como um problema social de grande escala e de graves conseqüências para a vida das mulheres e de suas famílias.

Compreender a ação do movimento de mulheres, em especial na defesa do direito ao aborto, permite não apenas observar a constituição de um sujeito e de um

---

<sup>2</sup> Situado entre os países com legislação restritiva nessa questão, o Brasil tem altas taxas de ocorrência de abortos clandestinos cujas seqüelas os tornam a quarta causa de morte materna no país.

campo político, mas, também, pode constituir um exercício de avaliação sobre os limites da democracia e da laicidade do Estado no Brasil.

### **Relembrando o debate**

Esta breve retrospectiva acompanha o debate por décadas, procurando destacar as ênfases dadas em cada período no tratamento da questão.

### **A década de 1970**

A introdução da questão do aborto no Brasil, ainda na década de 1970, ocorreu pela realização de estudos acadêmicos na área da saúde pública (MILANESI, 1970; FALCONI, 1975; MARTINE, 1975). Alguns desses estudos já indicavam a incidência do aborto voluntário ou provocado correlacionada à hospitalização por seqüelas decorrentes de práticas rudimentares de abortamento provocado. Com base nessa constatação, sugeriam maior rigor tanto para desestimular a prática do aborto (FALCONI, 1975) quanto para uma espécie de institucionalização informal do aborto, com grande participação de médicos nesses procedimentos (MILANESI, 1970). Tais estudos estimulavam, também, maior rigor quanto ao cumprimento da ética profissional dos médicos. Em outra perspectiva, Martine (1975) pesquisou os comportamentos sobre planejamento familiar e constatou que a prática do aborto era praticamente a única opção contraceptiva das mulheres de baixa renda<sup>3</sup>.

Assim, o debate sobre o aborto não se iniciou em nosso país por ação dos movimentos de mulheres<sup>4</sup>. Embora os estudos acima mencionados tenham tido pouca repercussão fora do espaço acadêmico, certamente foram considerados pelas feministas, pois, pela primeira vez, esses estudos propiciaram dados sobre a incidência de aborto entre as mulheres das camadas populares e os efeitos sobre sua saúde.

Ainda na década de 1970, podemos registrar talvez a primeira manifestação da

---

<sup>3</sup> De fato, a Lei de Contravenções Penais, de 1941, em seu artigo 20 punia "o ato de anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto ou evitar gravidez". Apesar disso, é fato incontestável a atuação de instituições privadas controlistas que atuavam em vários estados brasileiros à revelia dessa lei. Em 1979, foi aprovada a alteração desse artigo para retirar de seu texto a expressão "ou evitar a gravidez", permanecendo como contravenção penal "o ato de anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto".

<sup>4</sup> Não podemos esquecer, contudo, que Rose Marie Muraro, já em 1970, lançava um livro sobre a libertação sexual da mulher brasileira, curiosamente publicado pela Editora Vozes, pertencente à Igreja Católica. Nessa mesma década, a jornalista Carmen da Silva, em sua coluna A Arte de Ser Mulher, na *Revista Cláudia*, sem tratar de questões específicas ao campo do exercício da sexualidade, refletia com suas leitoras questões da autodeterminação das mulheres. A respeito do pioneirismo de Carmen da Silva, ver a biografia elaborada por Duarte (2005).

mídia a favor do aborto, pelo *Opinião*<sup>5</sup>, jornal alternativo à grande imprensa que, em 1973, publicou algumas matérias sobre feminismo, dentre as quais um artigo em defesa do aborto voluntário, esclarecendo as novas e seguras técnicas de abortamento.

Em 1975, aparece no cenário legislativo o primeiro projeto de lei dessa década<sup>6</sup>, de iniciativa do deputado federal João Menezes, para a descriminalização do aborto, evidentemente rejeitado pela Câmara dos Deputados e sem repercussão entre as feministas, então recém-organizadas.

Em 1975, feministas do Rio de Janeiro, já participando de grupos de reflexão e com apoio do escritório local das Nações Unidas, organizaram o primeiro ato público que deu visibilidade a esse movimento no país: o Seminário sobre o Papel e o Comportamento da Mulher na Sociedade Brasileira, realizado na ABI – Associação Brasileira de Imprensa. Em seu documento final, o Seminário apresentou uma análise sucinta da condição da mulher brasileira, destacando, dentre outras, questões relativas ao trabalho, à saúde física e mental, à discriminação racial e à homossexualidade feminina.

Esse documento, no entanto, não incluiu referência ao tema do aborto<sup>7</sup>. Como possível explicação a essa importante omissão, destaca-se o contexto ditatorial de então, quando os grupos de esquerda, nos quais se incluíam as feministas, mantinham estreitas ligações com a Igreja Católica. Desse Seminário surgiu o Centro da Mulher Brasileira, no Rio de Janeiro, que evitava posicionar-se explicitamente sobre o aborto, apesar de muitas de suas associadas terem posições abertas a respeito dessa questão.

Mas, apesar dos constrangimentos políticos vigentes, na década de 1970 a questão do aborto já estava presente nas preocupações de vários grupos feministas mais críticos às limitações da esquerda no debate sobre esse tema. Assim, por exemplo, em 1978, o Grupo Ceres, no âmbito do programa de dotações para pesquisa sobre a mulher da Fundação Carlos Chagas, realizou uma pesquisa sobre identidade social e sexual da mulher brasileira abordando, também, as vivências e percepções sobre o aborto, através de testemunhos de várias mulheres entrevistadas nessa pesquisa (ALVES *et al.*, 1981)<sup>8</sup>.

De forma resumida, pode-se afirmar que, nessa década de 1970, o movimento feminista se deparava com algumas questões que diziam respeito a sua identidade e

---

<sup>5</sup> *Opinião*, Rio de Janeiro, n.19, março de 1973.

<sup>6</sup> Agradeço a Isabel Baltar por me recordar que, em 1965, o deputado federal Eurico de Oliveira apresentou projeto de lei que retirava o caráter criminoso do aborto e autorizava os médicos a praticá-lo.

<sup>7</sup> Ver a programação e a Declaração final do Seminário da ABI em *As singularidades do feminismo* (2005). Disponível em: [www.clam.org.br](http://www.clam.org.br).

<sup>8</sup> As componentes do Grupo Ceres e autoras desse livro eram Branca Moreira Alves, Leila Linhares Barsted, Jacqueline Pitanguy, Mariska Ribeiro e Sandra Azeredo Boschi.

que eram de fundamental importância para seu posicionamento em relação ao aborto, dentre as quais aquelas relativas a sua estreita relação com os movimentos de esquerda, incluindo segmentos da Igreja Católica. Essa origem do surgimento do feminismo brasileiro – grupos de esquerda – em muito contribuiu para, principalmente nessa década, hierarquizar os temas da luta específica das mulheres como ainda subalternos às questões da luta geral contra a ditadura e da luta por um projeto socialista, no qual as reivindicações relativas ao mundo do trabalho, por creches, pela igualdade legal se sobreponham às questões dos direitos individuais e, principalmente, da sexualidade.

Essa questão identitária provocou debates acirrados e mesmo discriminadores contra aquelas militantes que insistiam em destacar que, além das questões objetivas privilegiadas pela esquerda, as mulheres, incluindo as mulheres pobres, vivenciavam uma sexualidade reprimida pela cultura, pela sociedade e pelo Estado<sup>9</sup>.

Essas questões identitárias do movimento de mulheres<sup>10</sup>, e conseqüentes divisões daí advindas, foram se explicitando em fins da década de 1970 em diversos encontros, seminários, publicações.

A descompressão política e a ativa participação das feministas como grupos e/ou como cidadãs nesse processo possibilitou uma abertura nos grupos de esquerda, uma espécie de democratização no espaço de luta contra a ditadura, dando margem a que todas as questões sociais pudessem ser colocadas, mesmo que ainda não tivessem o mesmo *status*.

Assim, foi possível às feministas, na década de 1980, falar sobre a descriminalização do aborto, incluindo falar no parlamento, nos partidos e nas ruas, com forte consenso entre os diversos grupos do movimento de mulheres. Essa possibilidade surgiu a partir de uma característica preciosa de sua identidade social – a autonomia do movimento de mulheres em relação aos partidos políticos, aos grupos de esquerda, aos governos, mesmo quando participando desses espaços.

## **A década de 1980**

No início dessa década, as feministas, ao demandarem o direito das mulheres de ter ou não ter filhos, denunciavam ao mesmo tempo a ação de agências privadas internacionais de controle populacional atuantes no país, sem qualquer desestímulo do

---

<sup>9</sup> Alguns dos grupos de reflexão organizados nesse período eram considerados como formados por “burguesas” que gostavam de falar de sexo. Mariska Ribeiro, psicóloga carioca e feminista histórica, relata que, em 1975, “qualquer movimento de mulheres que não recheasse sua plataforma de reivindicações gerais ligadas ao trabalho, à miséria, às questões socioeconômicas e políticas do Brasil seria considerado inoportuno, inconveniente e divisionista”. A esse respeito, ver Barsted (1992).

<sup>10</sup> A designação “movimento de mulheres” aponta não apenas para a diversidade dos grupos que compõem esse movimento, como também para a existência de distintas concepções que, não necessariamente, se confundem com o feminismo.

Estado autoritário (ver CASTRO, 1980). Demandavam, também, junto a esse mesmo Estado, ser ouvidas a respeito de planos governamentais no campo da concepção e contracepção.

Nesse sentido, a importância dessa década no debate sobre o aborto e sobre as questões em geral no campo da autodeterminação reprodutiva das mulheres é fundante do debate das décadas posteriores. Além disso, nessa década, as feministas, aliadas a amplos setores da sociedade, participavam como força política das mobilizações pelo fim da ditadura, por liberdade e resgate do Estado democrático de direito.

Desde o início da década de 1980, a estratégia política das feministas expressou um duplo encaminhamento em relação à defesa do direito ao aborto: demandar a descriminalização como uma questão de saúde pública e como uma questão intrínseca ao campo do direito à intimidade e à autodeterminação reprodutiva.

O *slogan* “nosso corpo nos pertence” expressava, na década de 1980, uma radicalidade das feministas ao “colocar o bloco na rua”, a despeito da falta de apoio explícito de outros movimentos sociais. É nessa década que, ainda sob o regime ditatorial, movimentos de mulheres e profissionais de saúde imprimiram sua autoria na elaboração do PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que previa uma política universal e integrada, incluindo o direito à concepção e à contracepção, colocando dessa forma a especificidade da saúde da mulher na agenda política nacional. A radicalidade dos movimentos de mulheres no Brasil não se colocava como incompatível com uma visão republicana e com o diálogo com o Estado para o desenho e implementação de políticas sociais.

É importante reconhecer como, nessa década, o movimento se ampliou por todo o país e se diversificou rapidamente, com a incorporação de grupos de lésbicas, de mulheres negras, mulheres de setores populares como parteiras, trabalhadoras urbanas e rurais, empregadas domésticas, que introduziram suas demandas específicas no grande mosaico do movimento de mulheres<sup>11</sup>.

Ao longo da década de 1980, a defesa da descriminalização do aborto foi articulada pelas feministas com várias outras questões e argumentos voltados para ampliar a visibilidade social da interrupção voluntária da gravidez e colocá-la na agenda política nacional. Dentre esses argumentos sobressaem a defesa do direito ao aborto como:

---

<sup>11</sup> Referência específica deve ser feita à organização das mulheres negras nessa década. Iraci (2005) destaca como o I Encontro Nacional de Mulheres Negras, realizado em Valença, RJ, “trouxe para a cena política um olhar crítico sobre os temas fundamentais da agenda feminista, à luz do efeito do racismo e da discriminação racial”.

- direito inerente à autonomia da vontade do indivíduo em oposição à repressão do Estado autoritário, sintetizada no *slogan* “nosso corpo nos pertence”;
- direito necessário à proteção da saúde da mulher, visando reduzir as seqüelas do aborto clandestino, sendo a saúde da mulher um valor maior que a proteção à vida em potencial. A posição contrária a esse argumento foi caracterizada pelas feministas como conservadora e reacionária, pois a clandestinidade penalizava principalmente as mulheres das classes populares;
- direito ao acesso ao avanço da ciência na detecção das anomalias fetais, indicando a possibilidade de ampliação dos permissivos legais e sensibilizando áreas de operadores do direito;
- direito ao acesso a um sistema público de assistência integral à saúde da mulher para lhe possibilitar receber orientação, serviços e métodos contraceptivos e contraceptivos que diminuíssem a incidência do aborto;
- direito de usufruir as garantias de um Estado Laico, introduzido desde a primeira Constituição Republicana, como parte do ideário democrático que deveria orientar a elaboração de uma nova Constituição Federal.

É importante destacar que todos esses argumentos continuaram presentes no debate sobre o aborto promovido pelas feministas nas décadas seguintes<sup>12</sup>.

Faz-se necessário compreender a década de 1980 em diversos períodos – antes, durante e após o processo constituinte. Especificamente os, períodos de 1980-1982; 1983-1987 e 1988-1990. Nesses três momentos, as feministas buscaram o estabelecimento de alianças e apoios, reconhecendo, porém, no início dos anos 1980, sua solidão nesse debate e as limitações dos apoios face à conjuntura política ainda ditatorial, embora já em período de distensão, e à dificuldade da sociedade em polemizar questões relativas à vivência da sexualidade.

Logo no início dessa década, por força da ação policial que prendeu pacientes, enfermeiras e médicos de uma clínica clandestina de aborto no Rio de Janeiro, pela primeira vez as feministas foram às ruas de forma organizada, com manifestações em frente a uma delegacia policial e em frente ao Tribunal de Justiça desse estado, provocando a repercussão do debate sobre o aborto na grande mídia. Esse fato deflagrou uma campanha nacional em feiras livres, levando para donas-de-casa a questão do direito a interromper uma gravidez indesejada.

---

<sup>12</sup> Sarmento (2006, p.164) chama atenção para o argumento do direito à igualdade, ao destacar o caráter androcêntrico da legislação brasileira que trata do aborto, elaborada, segundo ele, “sem nenhuma consideração em relação aos direitos femininos envolvidos, violando, portanto o princípio da igualdade na medida em que gera um impacto desproporcional sobre as mulheres”.

Em 1980, mais uma vez, o deputado João Menezes submeteu à apreciação da Câmara dos Deputados projeto de ampliação dos permissivos legais ao aborto, com duas novas indicações: casos de anomalia fetal grave e a situação social da mulher gestante<sup>13</sup>. Esse projeto colocou para as feministas a necessidade de empreender uma luta legislativa em duas direções – para descriminalizar e/ou para ampliar os permissivos legais.

Em 1981, algumas feministas se pronunciaram através de artigos defendendo o direito ao aborto, posicionando-se publicamente, talvez pela primeira vez, contra a posição da Igreja Católica (PITANGUY, 1981). Saindo para as ruas, para o espaço público, para o diálogo com a mídia e, portanto, com a sociedade em geral, as feministas provocavam a população a se manifestar sobre esse tema tabu, separando a posição de ser contra ao aborto daquela de ser a favor da punição das mulheres pelo Estado. Com essa estratégia, as feministas demonstraram que a população entrevistada em porta de igreja, embora rejeitasse a prática do aborto, não endossava a punição criminal aplicada às mulheres que recorriam a esse procedimento, isentando-as da punibilidade penal do Estado. Ficava claro para as feministas que a palavra de ordem não era a defesa do aborto, mas a defesa de sua descriminalização.

Outro fato de grande repercussão na imprensa do Rio de Janeiro, e que deu visibilidade ao tema do aborto e à ação das feministas, foi o estupro de uma adolescente, menor de idade, por seu padrasto, violência da qual resultou gravidez que a todo custo sua mãe buscou interromper e foi negada pelos médicos, mesmo com a permissão do ato pelo poder judiciário desse estado.

Apesar do apoio e advocacia de renomados advogados criminalistas, o direito de interrupção da gravidez em caso de estupro, previsto desde 1940 no artigo 128, inciso II do Código Penal, mostrou-se letra morta. A gravidez não foi interrompida pelo autoritarismo dos médicos dos diversos hospitais públicos aos quais a menor e sua mãe recorreram. Meses depois, a menina de 14 anos tornou-se forçadamente mãe (ver a respeito PRADO, 1980; BARSTED, 1992). O drama dessa menina apontou para o movimento de mulheres a necessidade de inclusão em suas estratégias da luta pela implementação do aborto legal previsto na lei penal – o que de fato só veio ocorrer a partir de fins da década de 1980.

Em 1980, a Frente de Mulheres de São Paulo publicou o livro *O que é o aborto* (BARROSO; CUNHA, 1980), que tratava esse tema sob diversos ângulos: social, moral, legal e demográfico. Incluía depoimentos de mulheres que abortaram e introduzia o aborto no conjunto de questões do campo da sexualidade e da reprodução, especialmente no que diz respeito ao direito das mulheres de terem condições dignas de existência e também outros direitos, como o direito ao acesso a informações sobre

---

<sup>13</sup> Antecipando-se à apreciação dos parlamentares a revista *Visão*, de 11 de agosto de 1980, prenunciava que o projeto seria rejeitado – o que, de fato, ocorreu.

métodos anticoncepcionais, concluindo que a legalização do aborto poderia contribuir para a melhoria das condições de saúde das mulheres, especialmente as mais pobres. Esse argumento, em tese, poderia sensibilizar os setores de esquerda para um engajamento na defesa da descriminalização do aborto. Tal possibilidade mostrava-se, no entanto, ainda distante.

Buscando envolver grandes instituições do país, especialmente aquelas que se posicionavam contra a ditadura, em 1982 a feminista e advogada Romy Medeiros da Fonseca apresentou na Conferência Nacional da OAB uma tese defendendo a descriminalização do aborto. O então presidente do Conselho Federal da OAB, avaliando a provável rejeição dessa tese na plenária, aconselhou a autora e as demais advogadas feministas a, taticamente, retirarem-na, apresentando-a em outra ocasião (ver a respeito BARSTED, 1992). Tal conselho foi aceito, mas, apesar disso, o confronto entre feministas e conservadores teve repercussões na instituição e na imprensa feminista<sup>14</sup>.

Esse enfrentamento foi publicado pelo jornal *Mulherio* (em sua edição de jul./ago.1982), em entrevista com Romy Medeiros da Fonseca, que criticou duramente a Igreja Católica e questionou o caráter democrático da OAB, ao dizer que “o aborto bate nas batinas dos padres; e, para a OAB, problema do povo é só Constituinte. E as mulheres que morrem, não são povo?” Ainda nessa mesma edição desse jornal feminista, a advogada paulista Zulaiê Cobra Ribeiro, presente à Conferência da OAB, observou:

---

Enquanto se discutiam teses sobre a Lei de Segurança Nacional, Constituinte, justiça agrária, direitos trabalhistas, havia consenso. Mas, quando chega a hora de se falar de igualdade legal entre os sexos (...) a conversa muda de tom e se fala da proteção à vida do feto, mas não se levam em conta as milhares de mulheres que morrem ou ficam mutiladas em consequência do aborto clandestino que vem ocorrendo em grande escala (Zulaiê C. Ribeiro. *Mulherio*, São Paulo, jul./ago.1982).

---

Na busca de aliados, as feministas constataram divisões na OAB, quando algumas seccionais, como a do Rio de Janeiro, manifestaram posições mais liberalizantes, em oposição ao Conselho Federal, que manteve a postura conservadora<sup>15</sup>. Semelhante divisão apresentava-se entre os Conselho Regionais de

---

<sup>14</sup> O surgimento de uma imprensa feminista, a partir de 1975, foi de grande importância para a difusão das demandas de novos direitos das mulheres e para os impasses que o movimento encontra diante de seus opositores.

<sup>15</sup> De 1982 até os dias de hoje, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil omitiu-se, como instituição, na tomada de posição favorável ao aborto, em que pese a experiência internacional por um direito penal menos repressor no campo de questões que envolvem valores de cunho religioso.

Medicina e os partidos políticos, que tiveram atuação fraca nessa questão. Portanto, nesse início dos anos 1980, os aliados das feministas foram apenas indivíduos – advogados, parlamentares, médicos – e não suas instituições.

Por outro lado, além da Igreja Católica, os opositores explícitos também não eram muitos – setores mais conservadores da imprensa e alguns conselhos de medicina e juristas católicos que, no entanto, tinham grande poder em suas instituições, influência no Estado e grande espaço na mídia.

A partir de 1982, com as eleições livres e diretas para governadores de estados, intensificou-se o movimento pela redemocratização do país, o que levou as feministas a iniciarem um diálogo mais articulado com os partidos políticos e, principalmente, com as candidatas feministas às eleições legislativas. O jornal *Mulherio* entrevistou candidatas apoiadas pelo movimento feminista no Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia, pedindo a todas um posicionamento em relação ao aborto. Apesar de algumas nuances, todas foram favoráveis à legalização, alegando a preocupação com a saúde das mulheres pobres<sup>16</sup>.

Nesse mesmo ano organizou-se, no Rio de Janeiro, o Alerta Feminista para as Eleições que, numa postura suprapartidária, encaminhava as demandas feministas aos partidos políticos, destacando a reivindicação pela legalização do aborto, que foi acolhida nas plataformas políticas do PMDB e do PT – espaços partidários que passavam a ter cada vez mais a participação de mulheres.

O ano de 1983 representou o início de um período de grande mobilização das feministas para dar destaque à questão do aborto. No Rio de Janeiro diversos grupos feministas<sup>17</sup> organizaram o Encontro sobre Saúde, Sexualidade, Contracepção e Aborto, que reuniu em diversos painéis expositores de distintas áreas. O objetivo desse Encontro era trazer ao debate a polêmica questão do planejamento familiar e do aborto, por múltiplos enfoques e opiniões. Esse Encontro constituiu um marco do debate público sobre o aborto em face de seu caráter de reunião nacional que, durante três dias, envolveu cerca de 300 representantes de 57 grupos de mulheres de todo o país, além de parlamentares (senadores, deputados federais e estaduais e vereadores)<sup>18</sup>. Nesse Encontro foi definido o dia 28 de setembro como o Dia Nacional de Luta pelo Direito ao Aborto, que foi mantido como marco de mobilização nas décadas seguintes.

Entre 1983 e 1987 o debate sobre o aborto foi intensificado pelas feministas em diferentes meios como imprensa alternativa<sup>19</sup>, encontros, produção cinemato-

---

<sup>16</sup> Ver a respeito *Mulherio*, São Paulo, jul./ago.1982 e Barsted (1992).

<sup>17</sup> Grupo Ceres, Casa da Mulher do Rio de Janeiro, Coletivo de Mulheres do Rio de Janeiro, Projeto Mulher do Idac e Grupo Mulherando.

<sup>18</sup> A esse respeito ver *Mulherio*, maio/jul.1983.

<sup>19</sup> *Mulherio*. Sexo finalmente explícito, publicações diversas do movimento de mulheres, publicações médicas, dentre outros. Ver a respeito Barsted (1992).

gráfica<sup>20</sup>, reportagens na grande mídia<sup>21</sup>, livros<sup>22</sup> e, principalmente, a intensificação do diálogo com o Estado, já democratizado desde 1985, seja com o poder legislativo<sup>23</sup>, com o poder executivo<sup>24</sup> e, também, com setores da área médica e jurídica<sup>25</sup>.

Nesse processo, algumas questões se apresentaram, como por exemplo confusões conceituais entre “descriminalizar” e “legalizar”; divergências estratégicas sobre a avaliação da oportunidade de lançamento de uma campanha nacional pela descriminalização do aborto e sobre o envolvimento de homens nesse processo; defasagem no processo de discussão no interior do movimento já organizado nessa década em diversos estados, mas com forte hegemonia do Rio de Janeiro e de São Paulo.

Em todo esse período, a demanda era pela descriminalização, seja como um direito individual das mulheres, seja como uma questão de saúde pública e resposta necessária em face da morbimortalidade, principalmente das mulheres pobres.

Fato marcante, ainda em 1983, foi a apresentação de projeto de lei ao Congresso Nacional pela deputada federal Cristina Tavares, do PMDB de Pernambuco, para a ampliação dos permissivos legais à interrupção voluntária da gravidez. Para o jornal *Mulherio*, a deputada não pretendia descriminalizar o aborto por considerar essa posição muito polêmica, mas “escolher um caminho de ampliar os aspectos legais das indicações permissivas ao aborto”<sup>26</sup>. Para esse jornal, os grupos de mulheres receberam muito bem esse projeto que, na realidade, ampliava tanto os permissivos que praticamente descriminalizava o aborto. Esse projeto também foi bem recebido por diversas deputadas federais, embora tenha sido rejeitado pelo Congresso.

Também em 1983, no campo de ação do poder executivo federal, ainda sob o regime militar, foi elaborado pelo governo federal o PAISM, já mencionado, que também contou com a participação de feministas e de profissionais de saúde, e que tornou-se política do Inamps em 1986. O PAISM incluía como um de seus objetivos “evitar o aborto provocado mediante a prevenção da gravidez indesejada”.

---

<sup>20</sup> Como o filme *Vida de mãe é assim mesmo?* de Eunice Gutman (1983).

<sup>21</sup> Destacam-se reportagens das revistas *Veja* e *Isto É* (1983) e de jornais como *O Jornal do Brasil* e *Folha de S. Paulo*.

<sup>22</sup> Como o de Suplicy (1983).

<sup>23</sup> O diálogo se deu tanto com o poder legislativo em estados como RJ e SP, principalmente, como com o poder legislativo federal, envolvendo deputadas de diferentes partidos políticos. Destaque-se o diálogo com a deputada federal de Pernambuco Cristina Tavares (ver a respeito BARSTED, 1992; ROCHA, 1996). Ver também reportagens do jornal *Mulherio* de 1983.

<sup>24</sup> O diálogo com o poder executivo se deu inicialmente com os Conselhos Estaduais de Direito da Mulher, especialmente em SP e MG e, particularmente, com o CNDM, criado em 1985.

<sup>25</sup> Destacam-se, nesse campo os posicionamentos do Conselho Regional de Medicina de SP, a Seccional da OAB do Rio de Janeiro, cf. Barsted (1992).

<sup>26</sup> “Congresso discutirá o aborto”. *Mulherio*, São Paulo, maio/jun.1983.

Em 1985, outra frente de luta abria-se com propostas, especialmente no Rio de Janeiro e em São Paulo, voltadas a obrigar a rede pública de saúde a prestar atendimento à mulher nos casos de aborto permitido pelo artigo 128, inciso II, do Código Penal. Essa nova frente de luta articulava o aborto com a violência sexual, resultando no direito de as vítimas dessa violência poderem realizar o chamado aborto legal em unidades públicas de saúde. A apresentação, pela deputada estadual feminista Lucia Arruda, do PT, de um projeto de lei estadual no Rio de Janeiro originou um grande embate público entre as feministas e a cúpula da Igreja Católica no Brasil<sup>27</sup>.

O projeto de Lucia Arruda apoiava-se na posição do Conselho Regional de Medicina de São Paulo que, em 1984, posicionara-se não apenas por um amplo debate na sociedade sobre o aborto, como também a favor da ampliação de outros permissivos legais – risco à saúde e feto “portador de doenças prejudiciais ao seu desenvolvimento”. O projeto foi aprovado em 1985 na Assembléia Legislativa e a lei sancionada pelo governador Leonel Brizola. No entanto, a lei sancionada foi criticada e rejeitada pela Igreja Católica e pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Por outro lado, recebeu apoios importantes do Presidente da Seccional da Ordem dos Advogados do Rio de Janeiro Nilo Batista, de inúmeros parlamentares de diversos estados e municípios e de mais de 60 grupos da sociedade civil, incluindo grupos de mulheres. Apesar de sancionada pelo governador do Estado do RJ, a nova lei foi, quase imediatamente, revogada pela Assembléia Legislativa, por solicitação desse mesmo governador, atendendo a pedido do Cardeal Eugenio Salles.

Em 1987, o Coletivo de Mulheres Negras, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, o Conselho Estadual da Condição Feminina de SP realizaram em São Paulo um seminário que, dentre os temas abordados, discutiu o aborto por anomalia fetal, tese apresentada por parte de um dos expositores da área médica. Nessa ocasião, o debate sobre esse tipo de permissivo foi questionado por setores do feminismo, seja porque a discussão não deveria se restringir a um único permissivo e sim à descriminalização do aborto, seja porque esse único permissivo poderia ser considerado uma postura racista e eugênica<sup>28</sup>.

Ainda em 1987, por meio de uma vitoriosa articulação entre feministas e o prefeito da cidade do Rio de Janeiro, Roberto Saturnino Braga, foi aprovada lei municipal criando dois hospitais de referência para atendimento aos casos de aborto previstos no artigo 128, inciso II do Código Penal, dentre eles o Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, atual Hospital Maternidade Fernando Magalhães. Em

---

<sup>27</sup> Sobre esse embate quase físico entre feministas e fiéis católicos, ver Barsted (1992).

<sup>28</sup> Recorde-se que, ainda, em 1987, o Ministro da Justiça, no âmbito da elaboração de projeto de reforma do Código Penal, manifestou-se favorável à ampliação de permissivo ao aborto em casos de “graves e irreversíveis anomalias físicas ou mentais”.

1989, na cidade de São Paulo, o Hospital Municipal do Jabaquara iniciava um pioneiro Programa de Aborto Legal.

O grande embate dessa década com a Igreja Católica, e também com grupos evangélicos, se deu no processo de elaboração da Constituição Federal, promulgada em 1988, processo no qual a Igreja queria incluir na nova CF a expressão “direito à vida desde a concepção”<sup>29</sup>, em oposição às feministas que, em um primeiro momento, queriam a inclusão do direito ao aborto no texto constitucional e, posteriormente, lutaram, com sucesso, pela rejeição e conseqüente não-inclusão do texto proposto pela Igreja<sup>30</sup>. Estrategicamente, as feministas adotaram a posição de lutar para que a questão do aborto não fosse incluída no texto constitucional, deixando a proposta da legalização do aborto para o momento da revisão da legislação penal. Feghali (2006) assinala que “o direito à vida foi assim recepcionado como um princípio geral e não orientado para a figura do embrião especificamente”.

A Constituição Federal de 1988, sem a inclusão do texto da Igreja, apresentou grandes avanços para os direitos das mulheres, sintetizados na *Carta das Mulheres aos Constituintes*, construída com os movimentos de mulheres e, em grande parte, alcançados através de uma vitoriosa articulação entre o CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher –, os movimentos de mulheres e mulheres constituintes – conhecida como “o lobby do batom”.

Em 1989, o CNDM, com total apoio dos movimentos de mulheres, organizou em Brasília o “Encontro Nacional Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado”, realizado nas dependências do Congresso Nacional e tendo como pauta temas relativos à morbimortalidade materna, assistência ao parto, o problema dos altos índices de partos por cesárea, as questões da concepção, contracepção, da esterilização e do aborto. O tema do aborto recebeu apoios de renomados médicos que se posicionaram sobre a necessidade de ampliação do debate. Recebeu apoio, também, de deputados federais que apresentaram projetos de lei favoráveis à descriminalização. Como resultado desse Encontro, o CNDM elaborou a *Carta das Mulheres em Defesa de seu Direito à Saúde*, que se posicionava pelo direito da mulher de interromper a gravidez, incluía o direito ao aborto voluntário como um como o atendimento à interrupção voluntária da gravidez na rede pública de saúde, e reafirmava a proposta de 1983, de considerar o dia 28 de setembro como Dia Nacional de Luta pela Descriminalização do Aborto.

Em 1989, no I Encontro Nacional sobre a Mulher Trabalhadora, iniciou-se no espaço da CUT – Confederação Única dos Trabalhadores – o debate sobre a

---

<sup>29</sup> A esse respeito Feghali (2006) registra a apresentação de emenda, pelo deputado Meira Filho, durante as discussões da Constituinte em 1988, para incluir um parágrafo ao artigo 6º com a seguinte redação: “todos têm direito à vida desde a concepção, sendo punido como crime doloso o aborto provocado fora dos casos em que a lei indicar”.

<sup>30</sup> A esse respeito ver Barsted (1992).

descriminalização do aborto, envolvendo o movimento sindical em um debate ainda recente para esse importante ator social e provocando a inclusão, na década seguinte, de uma resolução da CUT a favor da luta pela descriminalização e legalização do aborto (LIMA, 1999).

No final da década de 1980, o movimento de mulheres adotou a estratégia de dar seguimento ao debate sobre o aborto visando sua descriminalização ou ampliação dos permissivos legais, bem como exigir o atendimento da interrupção da gravidez em caso de violência sexual na rede pública de saúde – o chamado aborto legal. Para tanto, definiu alguns alvos: persistir no diálogo com o Congresso Nacional para apoio a projetos liberalizantes; influir nas constituições estaduais, em 1989, e nas leis orgânicas municipais, de 1990; influir junto às sucessivas comissões formadas pelo poder executivo para a alteração do Código Penal de forma a incluir a permissão e/ou a ampliação casos de aborto legal; pressionar os poderes executivos estaduais e municipais para a criação de serviços nos hospitais aptos a realizar o aborto legal.

Essa estratégia de diálogo com o Estado, nos diversos níveis da federação, especialmente com o poder legislativo, trouxe ganhos parciais, mas não foi acompanhada, com o mesmo vigor, por um diálogo junto à sociedade, se comparado com as ações da década anterior quando, efetivamente, esse movimento colocou o “bloco na rua” para um diálogo direto e mais amplo com a sociedade.

### **A década de 1990**

No início da década de 1990, o movimento de mulheres deu continuidade às suas ações pelo direito ao aborto apresentando, contudo, uma divisão no interior do movimento, no que se referia ao aborto em face de grave anomalia fetal, pela desconfiança de alguns setores com uma perspectiva racista e eugenística dessa proposta, assim como ao aborto em caso de risco à saúde da mulher, no debate com movimentos de luta contra o HIV/Aids.

Nessa década, o movimento de mulheres deu grande destaque à defesa da implementação de serviços de saúde pública para o atendimento ao aborto legal, em caso de gravidez resultante de violência sexual, para possibilitar o acesso à permissão prevista no artigo 128, II, do Código Penal, desde a década de 1940. As mulheres, mesmo tendo esse direito, continuavam a recorrer às clínicas clandestinas, sem se beneficiar da assistência que, formalmente, o texto legal lhes proporcionava. A ação do movimento de mulheres dirigiu-se, também, a criar as condições legais para a efetivação desse direito, influenciando a elaboração de leis estaduais e municipais que estabeleceram a obrigação da rede pública de saúde de atender às mulheres que se enquadravam nesses casos. Essa reivindicação foi incorporada em muitas das constituições estaduais, em 1989, e em leis orgânicas municipais, em 1990. Atuaram,

também, junto aos profissionais de saúde, para sensibilizá-los sobre a importância desse atendimento. Na defesa do aborto legal, as feministas defendiam a tese da legalidade desse procedimento e exigiam o cumprimento da lei, argumento utilizado em oposição aos setores conservadores, em especial, a Igreja Católica e igrejas evangélicas, contra a legalidade.

No início da década de 1990, uma nova questão no campo da saúde reprodutiva – a esterilização – teve destaque no movimento de mulheres, gerando posições diferenciadas (BARSTED, 1992; BERQUÓ, 1999; BILAC; ROCHA, 1998). A denúncia contra as práticas abusivas partiam, principalmente, das feministas do movimento negro, na medida em que as mulheres negras estariam sendo o grupo populacional mais afetado por tal prática. Surgiram então propostas para a criminalização da esterilização – questão polêmica, na medida em que, até então, o movimento de mulheres lutara por uma legislação descriminalizante em relação ao aborto. Se criminalizada a esterilização voluntária, com o consentimento da mulher, tal posicionamento enfraqueceria a luta pela legalidade do aborto. Por trás dessa polêmica, colocava-se uma questão política e filosófica – o direito do cidadão, do indivíduo, à autonomia da vontade sobre seu próprio corpo. Para muitas feministas, a criminalização seria não apenas uma rejeição a esse princípio do respeito à autonomia da vontade como, certamente, daria lugar, tal como a ilegalidade do aborto, às clínicas clandestinas. Esse debate consumiu um grande esforço do movimento de mulheres até 1995-1996, no processo de elaboração e de aprovação da Lei de Planejamento Familiar, quando, se refez o consenso do movimento de mulheres em torno de questões no campo da reprodução.

Deve-se destacar que, no final da década de 1980, o movimento de mulheres perdeu o grande canal de interlocução direta com o Estado – o CNDM, esvaziado e desvirtuado pelo poder executivo federal de suas posições conquistadas na década de 1980. Além disso, a imprensa feminista, tão vigorosa na década anterior, também perdeu fôlego e financiamento.

Por outro lado, um dado extremamente positivo dessa década foi o surgimento de ONGs especificamente feministas, com recursos da cooperação internacional. À frente de muitas dessas ONGs estavam feministas que atuaram ativamente nas décadas anteriores, que acompanharam todo o processo de redemocratização e souberam manter e ampliar as articulações nacional e internacional entre os movimentos de mulheres. Nessa década, os movimentos se capacitaram, por meio de inúmeros eventos nacionais, para influir nas posições do Estado brasileiro nas Conferências de Direitos Humanos (1993), de População e Desenvolvimento (1994) e IV Conferência Mundial da Mulher (1995), em um diálogo democrático com o Ministério das Relações Exteriores e outros órgãos de Estado<sup>31</sup>. A partir dessa mobilização, o debate sobre a

---

<sup>31</sup> Muitas feministas fizeram parte, oficialmente ou não, das delegações brasileiras a essas Conferências, inclusive atuando como assessoras de fato de diplomatas.

descriminalização do aborto foi incluído numa pauta maior sobre direitos sexuais e reprodutivos<sup>32</sup>.

Também, na década de 1990, se constitui, em 1991, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, hoje Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que propiciou o fortalecimento das articulações do movimento de mulheres nessa temática. Dentre as atuações da Rede destacam-se a defesa da implementação de serviços de assistência integral à saúde da mulher e da redução da morbimortalidade materna, campanhas sobre a questão da feminização do HIV/Aids, debates sobre gravidez na adolescência, sobre violência sexual, sobre direitos de mulheres lésbicas, sobre o aborto, em especial sobre a implementação dos serviços de aborto legal, temas difundidos por diversas e contínuas edições do *Jornal da Rede*.

Em 1998, a Rede elaborou o *Dossiê aborto inseguro*, que traçou um panorama das muitas implicações desse tema (REDESAÚDE, 1998)<sup>33</sup>. A Rede se fez presente em todas as regiões do Brasil e promoveu diversos encontros, seminários e debates sobre saúde da mulher, destacando sempre a temática do aborto, além de, no decorrer dessa década, ter passado a atuar politicamente nos órgãos de controle social do Sistema Único de Saúde.

Em 1995, por meio de uma proposta de emenda constitucional, setores religiosos tentaram promover retrocessos para uma total criminalização do aborto, fato que mobilizou intensamente os movimentos de mulheres em todo o país, visando o apoio parlamentar para impedir a aprovação dessa emenda<sup>34</sup>.

Nessa década, o debate sobre a interrupção da gravidez em casos de anomalia fetal grave e irreversível teve grande destaque, com a entrada em cena das instituições médicas e do poder judiciário. No bojo dessa temática específica o movimento debruçou-se, também, sobre questões no campo da biotecnologia.

Importante ator na década de 1990 na discussão sobre o aborto foi o setor médico que, por meio do Conselho Federal de Medicina e de alguns conselhos regionais, fizeram duas propostas: ampliar os permissivos legais para o caso de comprovada anomalia fetal grave e ampliar os permissivos legais para o caso de gestante portadora do vírus da aids. O argumento apresentado pelas instituições médicas fundava-se explicitamente na defesa do direito da mulher, bem como do casal, de desejar ter filhos com possibilidade de vida plena e, ainda, na defesa da incorporação do avanço científico, da atuação de profissionais e clínicas que já

---

<sup>32</sup> Ver a esse respeito a posição de Ardaillon (1994; 1997).

<sup>33</sup> Vários números do *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, na década de 1990, bem como outros folhetos elaborados pela Rede, deram destaque à questão do aborto. O *Dossiê aborto inseguro*, de 1998, foi revisado e atualizado em 2001 e, em 2005, o assunto foi objeto de novo dossiê (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2005).

<sup>34</sup> Trata-se da PEC 25/1995 que foi rejeitada, em 1996, por ampla maioria da Câmara dos Deputados.

realizam esses abortos sem se considerarem transgressores da ética médica. Ou seja, já existia no Brasil avançada tecnologia para identificação de anomalias fetais que ainda eram desconsideradas pela atual legislação sobre o aborto. Assim, as corporações médicas não se juntaram às feministas na defesa da legalização mais ampla do aborto, ficando restritas à defesa do chamado “aborto piedoso”, feito com a aplicação do conhecimento científico considerado ético por grande parte da comunidade médica.

O diálogo das feministas com as organizações e movimentos do campo do HIV/Aids (BARBOSA, 1996) levou a que um permissivo sobre aborto especificamente para mulheres soropositivas não ganhasse adeptas no movimento de mulheres, que manteve sua postura de defender a ampla descriminalização e o direito à maternidade de mulheres soropositivas.

No caso de anomalia fetal grave e irreversível, ao contrário da década de 1980, o movimento feminista apoiou a inclusão desse permissivo, acompanhando a proposta de instituições médicas como a Febrasgo – Federação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia<sup>35</sup>. Manifestou-se favorável e defendeu publicamente as autorizações judiciais para que as mulheres gestantes nessas condições do feto pudessem interromper a gestação a qualquer tempo, além de se mobilizarem politicamente nesse sentido.

Ao longo dessa década, o movimento de mulheres dialogou com governos estaduais e municipais para a implementação de serviços de saúde de aborto legal. Manteve, também, um diálogo contínuo com o Ministério da Saúde, inclusive por meio da atuação no Conselho Nacional de Saúde, o que propiciou a elaboração, em 1998, de uma norma técnica sobre agravos resultantes da violência sexual (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999) que, além da contracepção de emergência, da profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/Aids, incluiu o direito e o acesso ao aborto legal. O contexto de elaboração da norma técnica coincidiu com a visita do Papa ao Brasil, o que estimulou a cúpula da Igreja Católica no país a fortalecer sua campanha contra políticas liberalizantes no campo do aborto, mesmo do chamado aborto legal (PITANGUY, 1997).

O diálogo com o poder legislativo federal teve continuidade tanto para apoiar diversos projetos sobre descriminalização e/ou legalização do aborto como para barrar propostas de total restrição, apresentadas por setores católicos e evangélicos<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> É importante destacar que profissionais médicos, cada vez mais, individualmente ou como representantes de instituições, tais como a Febrasgo, maternidades públicas e setores universitários, têm se posicionado pelo direito ao aborto legal, já previsto em lei, e pela descriminalização da interrupção voluntária da gravidez.

<sup>36</sup> Ver a esse respeito Rocha (1996) e Rocha e Andalaft Neto (2003); ver também Oliveira (s.d.) e as diversas edições do *Jornal Fêmea*, nessa década (CFEMEA, s.d.).

O debate do movimento de mulheres sobre o aborto voluntário talvez tenha aproveitado pouco os estudos realizados nessa década por Ardaillon (1994 e 1997) sobre a baixa ou quase nenhuma punibilidade pelo poder judiciário do crime de aborto. Seus estudos mostram que a lei que pune o aborto tem tido pouca eficácia prática. Em alguns casos, o júri popular conclui que a transgressão se justifica pelo "estado de necessidade", figura jurídica utilizada para excluir o aspecto criminoso do ato. Essa ineficácia punitiva em relação ao aborto pode ser explicada por diversas razões, que incluem, mesmo, a cumplicidade da polícia com as clínicas clandestinas. Mas, na realidade, não há uma pressão social contra a prática do aborto. Para a maioria das pessoas, esse é um assunto da vida privada, e muito poucas sairiam de suas casas para denunciar quem o pratica à polícia.

Esses diferentes significados e comportamentos em relação à interrupção voluntária da gravidez mostram, também, que não há uma unidade de postura do Estado em relação ao aborto. O poder legislativo federal o condenou, pelo Código Penal que, elaborado pelo executivo sob a ditadura Vargas, foi mantido pelo legislativo mesmo após a redemocratização de 1946<sup>37</sup>. Não se pode esquecer, no entanto, os inúmeros projetos de lei apresentados ao Congresso Nacional por parlamentares que defendem a ampliação dos permissivos legais ou a descriminalização/legalização do aborto (ROCHA, 1996) e a rejeição pelos constituintes, em 1988, de criminalizá-lo totalmente. O poder judiciário mostra-se pouco à vontade para puni-lo, conforme destaca Ardaillon (1994) e, na década seguinte, passa, finalmente, a discutir a possibilidade de um novo permissivo em casos de anencefalia<sup>38</sup>.

O poder executivo federal, por meio do Ministério da Saúde, a partir de meados da década de 1990 vem editando normas técnicas sobre agravos da violência sexual para garantir o atendimento ao aborto legal e, através da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, desde 2003 tem apoiado propostas de descriminalização. Nos níveis estadual e municipal, o poder executivo ora atua com recurso à polícia para reprimir a realização do aborto, ora "fecha os olhos" à existência de clínicas clandestinas e, em alguns poucos estados ou municípios, cria e implementa serviços de saúde para atenção ao aborto legal.

Importa destacar, na década de 1990, a ampliação, no Congresso Nacional, de grupos de parlamentares evangélicos que, junto com parlamentares com vínculos com

---

<sup>37</sup> Feghali (2006) destaca que os Códigos Criminais de 1840 e de 1890 eram bem mais rigorosos, pois não apresentavam qualquer permissivo para o aborto. Paixão (2006), por outro lado, assinala que no Código Penal da República, de 1890, o legislador estabelecia atenuantes nos casos de estupro em que o recurso ao aborto era para "ocultar desonra própria". Esse Código adotava, ainda, o conceito de aborto legal quando não houvesse outro meio de salvar a vida da gestante.

<sup>38</sup> Em 2004, como relator do *habeas corpus* n.84.025, o Ministro do Supremo Tribunal Federal Joaquim Barbosa manifestou-se em favor de uma gestante de feto anencefálico, permitindo-lhe, "assistida por médico, tomar, caso essa seja sua vontade, a decisão de interromper a gravidez". No entanto, o STF por decisão unânime, julgou "prejudicado o *habeas corpus* tendo em vista a ocorrência de fato superveniente que o tornou sem objeto" (ver a respeito [www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp](http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp)). O fato superveniente em questão foi o nascimento de uma criança anencéfala em face da demora da decisão judicial.

a Igreja Católica, passaram a atuar fortemente contra posições liberalizantes em relação ao aborto. Cresceu, assim, nessa década, o campo de oposição religiosa à descriminalização do aborto.

É nessa década que as feministas passam a introduzir e aprofundar em seus encontros e pronunciamentos o debate sobre os fundamentalismos, reconhecendo a existência de uma tendência de retrocesso internacional em relação ao aborto, especialmente nos EUA, e passam a se articular em relação à defesa do Estado laico, questão já colocada em décadas anteriores, mas ainda incipiente no debate público em geral e, particularmente, no debate promovido pelo movimento de mulheres.

Por outro lado, na contramão dos fundamentalismos, na década de 1990, surgem manifestações no campo religioso favoráveis ao aborto e, em 1993, foi fundada, no Brasil, a organização não-governamental Católicas pelo Direito de Decidir, que passou a atuar em articulação com a rede latino-americana Católicas por el Derecho a Decidir e com Catholics for a Free Choice dos Estados Unidos. Essa organização, que tem um importante protagonismo no movimento de mulheres, rebate o monopólio da fé e da ética pela Igreja Católica e posiciona-se favorável ao direito da mulher a interromper uma gravidez não-desejada, introduzindo o debate sobre a ética na perspectiva da dignidade das mulheres (ROSADO-NUNES, 1994).

O surgimento e a atuação das ONGs feministas, especialmente nessa década e na seguinte, foram de importância vital para manter vivo e articulado o debate e a defesa do direito ao aborto, com a ampliação e consolidação de alianças no campo do poder legislativo e do poder executivo, especialmente com o Ministério da Saúde, com profissionais de saúde e instituições médicas, com profissionais do direito e com setores da mídia.

Destaca-se nesse período uma grande produção intelectual publicizada em artigos e livros de ampla circulação, de autoria de feministas com atuação nas áreas acadêmicas e nas ONGs (CITELI, 2005).

Nesse período, de forma mais sistemática, o movimento e as organizações de mulheres passam a acompanhar o posicionamento e envolvimento da mídia no debate sobre o aborto e a se capacitar para melhor dialogar com esse veículo (MELO, 1997; 2001; MACHADO, 2000), preocupação que tem continuidade na década seguinte (ver CCR, 2002).

## **A década de 2000**

Nessa primeira década de 2000, o movimento de mulheres continua a lutar pela descriminalização do aborto por atuações diversas, mantendo os objetivos e as estratégias da década anterior – resistência às propostas de retrocesso promovidas pelos setores religiosos; defesa da norma técnica do Ministério da Saúde relativa aos

agravos da violência sexual, para a implantação e ampliação de serviços de aborto legal; defesa da interrupção da gestação de feto com anencefalia em respeito à dignidade da gestante e com a preocupação com danos à sua saúde física e mental; propositura de projeto de descriminalização do aborto.

Estratégia nova importante foi a organização, em fevereiro de 2004, das Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro, em reunião promovida pela Rede Feminista de Saúde, com o objetivo de: estimular e organizar a mobilização nacional pelo direito ao aborto legal e seguro; apoiar projetos de lei que ampliem os permissivos legais para o aborto; contrapor-se ao projetos de lei que representem retrocessos; ampliar o leque de aliadas/os para a descriminalização/legalização do aborto e promover o debate.

As Jornadas representam uma grande articulação de redes, de organizações e de feministas de quase todos os estados brasileiros, com ampla participação de diferentes setores, associações de trabalhadoras rurais e parceiras e, também, redes latino-americanas como CLADEM e a Rede de Trabalhadoras Rurais da América Latina e do Caribe. As Jornadas também incorporaram como parceiros instituições médicas, associações de *gays*, lésbicas e transgêneros, juristas, jornalistas e profissionais de saúde.

A proposta básica das Jornadas é de mudar o marco legal que criminaliza do aborto. Tal objetivo é justificado considerando-se que a criminalização do aborto repercute nocivamente na saúde física, psicológica e social das mulheres, levando-as a uma prática arriscada e insegura para as mesmas. Essa proposta sustenta-se, ainda, na constatação de que as mais prejudicadas são as mulheres pobres, em sua maioria negras e jovens.

As Jornadas sintetizaram e atualizaram a posição do movimento de mulheres sobre os argumentos para a descriminalização do aborto, com o conseqüente direito das mulheres em realizá-lo em condições seguras. Ao lado desses argumentos, as Jornadas lançaram o *slogan Aborto: as mulheres decidem, a sociedade respeita, o Estado garante*.

Em julho de 2004, a I Conferência Nacional de Mulheres, apoiada pela SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, do Governo Federal – e pelo CNDM, aprovou por unanimidade a proposta de legalização do aborto, decisão que levou a SPM a incluir no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres a revisão da legislação sobre aborto como questão prioritária.

Em abril de 2005, a SPM instituiu e coordenou a Comissão Tripartite<sup>39</sup>, integrada por 18 representantes dos poderes executivo e legislativo e membros da sociedade civil, incluindo a participação de duas representantes das Jornadas, com o

---

<sup>39</sup> Pela Portaria n.4, de 6 abr. 2005.

objetivo de revisar a legislação punitiva sobre a interrupção voluntária da gravidez e elaborar projeto que foi, posteriormente, encaminhado ao Congresso Nacional.

Através de seu grupo jurídico e contando com a cooperação de juristas e parlamentares favoráveis ao aborto, as Jornadas elaboraram proposta de descriminalização/legalização apresentado à SPM e ao Congresso Nacional que, articulada sob a forma de um anteprojeto, propunha a normatização das condições em que o aborto poderá ser realizado pelo Sistema Único de Saúde, definindo prazos diferenciados para a interrupção voluntária da gravidez e recomendando a criminalização apenas nos casos de aborto forçado.

Ao reconhecer o direito ao aborto em caso de gravidez resultante de violência sexual, o Ministério da Saúde, em 2004, revisou a *Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes*, explicitando a não-obrigatoriedade de realização do registro de ocorrência na polícia (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a; ARAÚJO, 2005).

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, também inclui em seu Plano de Ação 2004-2007 o objetivo de atenção humanizada ao abortamento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b), visando garantir uma atenção de qualidade às mulheres que chegam aos serviços em processo de abortamento. O avanço das posições do Ministério da Saúde, desde a segunda metade da década de 1990, em muito foi obtido graças ao diálogo desse Ministério com os movimentos de mulheres e à participação de feministas em seus quadros técnicos, em aliança com profissionais de saúde.

Cumprir destacar que o artigo 11º da Lei 11.340/2006 – Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher – incluiu em seu § 3º:

---

A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual.

---

Incorporou, dessa forma, a orientação da norma técnica do Ministério da Saúde.

Dado relevante no debate sobre o aborto na década de 2000 é intensificação da defesa do Estado laico pelo movimento de mulheres, defesa essa apoiada por outros

movimentos sociais, em especial pelo movimento LGBTT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros.

Na década de 2000, o debate junto ao poder judiciário se intensificou tendo como eixo a interrupção da gravidez por anencefalia, tema que envolveu o movimento de mulheres, mobilizou a mídia de forma positiva e tem grande apoio de instituições médicas e de profissionais de saúde em geral, embora ainda continue sem definição do Supremo Tribunal Federal<sup>40</sup>.

Os pronunciamentos de autoridades públicas, especialmente do Presidente da República, em defesa do estado laico, quando da visita do Papa em 2007, foram considerados pelo movimento de mulheres de grande importância para o debate sobre o aborto<sup>41</sup>.

Com uma postura de grande impacto junto ao movimento de mulheres, o atual Ministro da Saúde José Gomes Temporão tem defendido publicamente o direito ao aborto como forma de reduzir a morbimortalidade materna, especialmente das mulheres pobres, considerando-o como uma questão de saúde pública. Nessa mesma direção, manifestou-se o atual governador do estado do Rio de Janeiro<sup>42</sup>. Tais posicionamentos introduzem por iniciativa do Estado o aborto como tema da agenda pública, reconhecendo argumentos que, desde a década de 1970, o movimento de mulheres vem defendendo.

A recente II Conferência Nacional de Mulheres ratificou a defesa da descriminalização do aborto e ampliou o debate nacional, envolvendo, tal como a I Conferência, grupos e organizações de mulheres de todos os estados brasileiros, incluindo organizações de mulheres rurais. Nessas duas Conferências da década de 2000 fica patente a grande adesão do movimento de mulheres à luta pelo direito ao aborto legal e seguro e sua capacidade de articulação nacional e internacional.

A demanda pelo aborto legal e segura conta com apoio de movimentos de mulheres oriundos de camadas populares e setores sindicais, dentre os quais a Marcha Mundial de Mulheres, criada no Brasil<sup>43</sup> em 2000 e que tem como objetivo lutar contra a pobreza e a violência sexista. A Marcha incluiu em suas reivindicações, ao

---

<sup>40</sup> O STF ainda não apreciou a arguição de descumprimento de preceito fundamental n. 54, interposto pela Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde que, em 2004, questionou a constitucionalidade da incidência do Código Penal na hipótese de interrupção da gravidez de feto anencefálico. Ver a respeito Ventura (2006); Sarmiento (2006) e Fernandes (2007).

<sup>41</sup> No entanto, a recente nomeação em setembro de 2007 para o STF de jurista identificado com grupos católicos coloca em risco tal posicionamento.

<sup>42</sup> Deve-se ressaltar, porém, que alguns pronunciamentos favoráveis à descriminalização do aborto apresentam como sustentação a relação entre permissão para o aborto e redução da criminalidade, em uma velada defesa do controle da reprodução das mulheres pobres.

<sup>43</sup> A Marcha Mundial de Mulheres é uma ação do movimento feminista internacional envolvendo 159 países e territórios. No Brasil, dentre as integrantes da Marcha estão a Comissão de Mulheres da CUT, a Comissão de Mulheres da Contag e a Comissão Setorial de Mulheres da Central de Movimentos Populares. A marcha tem produzido publicações e vídeo em defesa do aborto legal e seguro. Disponível em: [www.sof.org.br/marcha](http://www.sof.org.br/marcha).

lado do cancelamento da dívida de todos os países do Terceiro Mundo, o reconhecimento pelos diversos países do direito da mulher de decidir sobre sua vida, seu corpo e sobre suas funções reprodutivas, dentre outras reivindicações específicas no que se refere aos direitos das mulheres, dentre as quais a legalização do aborto.

O debate promovido pelos movimentos de mulheres<sup>44</sup> sobre a questão do aborto, especialmente nessa última década, envolveu novos aliados além de setores de saúde: sindicalistas, teólogos, juízes, juristas, cientistas, parlamentares, acadêmicas/os e outros setores da intelectualidade brasileira (CAVALCANTI; XAVIER, 2006). O envolvimento de importantes juristas significou apoio técnico e conceitual decisivo para a elaboração de anteprojeto de lei sobre descriminalização do aborto.

Na elaboração desse anteprojeto as feministas foram confrontadas com argumentos que incluíram: reconhecer a existência de vida do feto, o limite conceitual entre aborto e antecipação de parto, assim como as possibilidades de viabilidade do feto a partir de 24 semanas em virtude do desenvolvimento científico no campo da medicina. Essas questões abrem campo para o debate sobre qual bem jurídico deve ter prevalência quanto à proteção a vida plena da mulher ou a vida potencial do feto. Nesse sentido, a elaboração do projeto incluiu um proveitoso debate sobre ética, medicina e direito.

Mesmo reconhecendo que o movimento de mulheres tem se mobilizado através de articulações nacionais no debate sobre o aborto, seja através das redes ou das articulações entre as ONGs, é importante destacar as atuações localizadas em alguns estados que permitem, ao incorporar experiências locais, avançar nesse debate, com a introdução de novas percepções e desafios. Assim, por exemplo, Kalsing (2002) destaca o debate entre a Igreja Católica e o movimento feminista por ocasião da votação de projeto sobre o aborto legal na Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, apontando como o discurso da Igreja está profundamente enraizado no imaginário popular, em oposição aos argumentos das feministas.

### **Algumas conclusões**

A atuação dos movimentos de mulheres tem sido decisiva para o surgimento de direitos no campo da reprodução e da sexualidade. Esse movimento tem dado importantes subsídios para a construção de um novo direito, uma nova linguagem, ainda considerada um corpo estranho na cultura e na legislação, que ainda têm como

---

<sup>44</sup> Esse debate tem sido amplamente difundido, especialmente para o conjunto do movimento, através de publicações, encontros, seminários, congressos, entrevistas na mídia, audiências públicas, dentre outros canais. Destaca-se nessa difusão o *Jornal Fêmea*, da organização não-governamental Cfemea (s.d.), que tem acompanhado, desde a década de 1990, o debate sobre o aborto no poder legislativo federal e os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional.

registro forte componente de moral religiosa, com a conseqüente punição da sexualidade.

Nesse sentido, destaca-se o esforço do movimento de mulheres na construção de um novo direito, tendo como paradigma o respeito à dignidade da pessoa humana, que incorpore as demandas, a ética e a lógica das mulheres. Nessas últimas décadas, muitas contribuições têm sido dadas para a elaboração desse novo direito: a produção teórica de feministas; o trabalho de juristas democráticos; os instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos; a ação política dos movimentos de mulheres e de outros movimentos sociais que a eles se associam.

Mas é inegável que o discurso das feministas e do movimento de mulheres defronta-se com fortes opositores e que, em vista disso, o campo de alianças ainda é muito reduzido.

A trajetória de luta do movimento de mulheres nos levaria a reconhecer, de um lado, o acerto de suas estratégias e, de outro, seus limites e a necessidade de novos avanços e maiores investimentos, inclusive no campo conceitual e político. Nesse campo conceitual destacam-se, por exemplo, questões relativas aos limites da autodeterminação no campo da sexualidade, questão que vem sendo enfrentada por algumas feministas, mas que ainda não foi debatida pelo movimento como um todo<sup>45</sup>.

Apesar de ainda criminalizado, o aborto se tornou tema da sociedade e seu debate no Brasil constituiu um campo político específico nas questões relativas à sexualidade e à reprodução. Qual a força desse campo é uma questão que demandará tempo para ser avaliada. Isso porque a dificuldade de avançar com mais rapidez nesse debate indica que ainda existe um *deficit* de cidadania no país, expresso, dentre outros fatores, na dificuldade de reconhecimento de direitos individuais e sociais em uma sociedade marcada por enormes descompassos e discriminações.

Além disso, conforme assinala em artigo anterior (BARSTED, 1998), no Brasil a articulação entre os direitos individuais e os direitos sociais tem se dado mais como uma oposição do que como uma complementaridade. Há uma forte tendência histórica dos mais diversos setores da sociedade de considerar as demandas por direitos individuais como demandas do liberalismo burguês. É nesse ponto que a luta do movimento feminista em torno do *slogan* "nosso corpo nos pertence" foi considerada, por alguns setores progressistas, como pouco oportuna ou, usando uma terminologia contemporânea, como "politicamente incorreta", diante das temáticas consideradas sociais. Dessa forma, longe de se complementar como pilares básicos da democracia, direitos individuais e direitos sociais foram se tornando quase conceitos antagônicos para os setores progressistas, preocupados com o caráter excludente do Estado brasileiro em relação às grandes massas empobrecidas da população. Daí a dificuldade do

---

45 A esse respeito ver Barsted (1998; 2005; 2008); Ávila (2001); Correa (2001) e Ardaillon (1997), dentre outras autoras feministas que participam do movimento de mulheres.

movimento de mulheres e dos grupos de *gays*, lésbicas e transgêneros de sensibilizarem os chamados setores progressistas para a defesa dos direitos sexuais.

Mas, concordando com a visionária Carmen da Silva, um dia, finalmente, quando o movimento de mulheres romper com sua solidão e alargar o campo de alianças, “vamos obter um direito que ninguém quer usar, mas de qualquer modo nos é devido (...), perspectiva que ninguém deseja para si, mas liberdade de que, surgindo a necessidade, ninguém nos pode razoavelmente privar”.

## Referências

ALVES, B. M. *et al.* **Espelho de Vênus**: identidade social e sexual da mulher. São Paulo: Grupo Ceres; Brasiliense, 1981.

ARAÚJO, M. J. O. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: antigas necessidades e novas perspectivas. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, Porto Alegre, n.27, p.28-30, set.2005. (Encarte "PAISM, 20 anos depois).

ARDAILLON, D. O lugar do íntimo na cidadania de corpo inteiro. **Revista Estudos Feminista**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.376-388, 1997.

\_\_\_\_\_. **Estado, feminismo e corpo feminino**: um estudo da cultura política do aborto no Brasil contemporâneo. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1994. (Relatório parcial apresentado ao Programa de Relações de Gênero na Sociedade Brasileira).

ÁVILA, M. B. Os direitos sexuais devem ser uma pauta constante do feminismo. **Jornal da RedeSaúde**, São Paulo, n.24, p.11-16, 2001. (Entrevista).

BARBOSA, R. Feminismo e Aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abia; Relume Dumará, 1996.

BARROSO, C.; CUNHA, M. J. C. **O que é aborto?** São Paulo: Frente Feminista; Cortez, 1980.

BARSTED, L. L. O reconhecimento dos direitos sexuais: possibilidades e limites. In: SARMENTO, D.; PIOVESAN, F.; IKAWA, D. (Org.). **Igualdade, diferença e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

\_\_\_\_\_. Direitos humanos e descriminalização do aborto. In: SARMENTO, D.; PIOVESAN, F. (Org.). **Nos limites da vida**: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2007.

\_\_\_\_\_. Conquistas da sexualidade no campo do Direito. **Sexualidade, Gênero e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.12, n.especial 23/24/25, p.9-15, 2005.

\_\_\_\_\_. Sexualidade e reprodução: estado e sociedade. In: BILAC, E.; ROCHA, M. I. B. (Org.). **Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe**: temas e problemas. São Paulo: Ed.34, 1998.

\_\_\_\_\_. Legalização e descriminalização do aborto no Brasil: 10 anos de luta feminista. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.0, p.104-130, 1992.

BERQUÓ, E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

- BILAC, E.; ROCHA, M. I. B. (Org.). **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe:** temas e problemas. Campinas: NEPO/UNICAMP; Editora da UNICAMP, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica:** prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2.ed. Brasília, 2005a.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. Brasília, 2005b. (Série Direitos Reprodutivos, 4).
- \_\_\_\_\_. **Direitos sexuais e reprodutivos:** uma prioridade de governo. Brasília, 2005c.
- \_\_\_\_\_. **Norma técnica sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Brasília, 1999.
- CASTRO, M. G. Controle da natalidade, legalização do aborto e feminismo. **Encontros com a Civilização Brasileira**, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, n.26, 1980. (Mulher Hoje).
- CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. (Org.). **Em defesa da vida:** aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.
- CITELI, M. T. **A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002):** revisão crítica. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.
- CCR – COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO. **Olhar sobre a mídia.** São Paulo: CCR; Belo Horizonte: Mazza, 2002.
- CFEMEA – CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIAS. **Jornal Fêmea**, Brasília, n.1, 1992. Disponível em: [www.cfemea.org.br/publicacoes/periodicos.asp#](http://www.cfemea.org.br/publicacoes/periodicos.asp#).
- CORREA, S. Gênero e sexualidade: deslocando o debate da margem para o centro. **Jornal da RedeSaúde**, São Paulo, n.24, p.30-34, 2001.
- \_\_\_\_\_. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- DUARTE, A. R. F. **Carmen da Silva:** o feminismo na imprensa brasileira. Fortaleza: Nudoc; Expressão, 2005.
- FALCONI, F. **Incidencia de aborto en el amparo maternal durante el año de 1967.** 1975. 47f. Dissertação (Mestrado) - São Paulo: Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1975.
- FEGHALI, J. O aborto no Brasil: obstáculos para o avanço da legislação. In: CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. (Org.). **Em defesa da vida:** aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006. FERNANDES, M. C. Interrupção da gravidez de feto anencefálico: uma análise constitucional. In: SARMENTO, D.;

- PIOVESAN, F. (Org.). **Nos limites da vida:** aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2007.
- IRACI, N. Negros tempos para o feminismo. **Sexualidade, Gênero e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.12, n.especial 23/24/25, p.13, 2005.
- KALSING, V. S. S. O debate do aborto: a votação legal no Rio Grande do Sul. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.1, p.279-314, 2002.
- LIMA, M. E. B. O debate sobre aborto na agenda da CUT. **Jornal da RedeSaúde**, São Paulo, n.18, p.30-32, 1999.
- MACHADO, M. D. C. O tema do aborto na mídia pentecostal: notas de uma pesquisa. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.200-211, 2000.
- MARTINE, G. **Formación de la familia y marginalidad urbana en Rio de Janeiro**. Santiago de Chile: CELADE, 1975.
- MELO, J. O aborto na imprensa brasileira. In: OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. (Org.). **Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina**. Campinas: NEPO/UNICAMP; Editora da UNICAMP, 2001.
- \_\_\_\_\_. A polêmica do aborto na imprensa. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.406-412, 1997.
- MILANESI, M. L. **Aborto provocado:** estudo retrospectivo em mulheres não-solteiras, de 15 a 49 anos, residentes no Distrito de São Paulo em 1965. São Paulo: Pioneira; EdUSP, 1970.
- MURARO, R. M. **Libertação sexual da mulher**. Petrópolis: Vozes, 1970.
- OLIVEIRA, G. C. **O direito ao aborto em debate no parlamento**. São Paulo: RedeSaúde; Cfemea, s.d.
- PAIXÃO, I. Aborto: aspectos da legislação brasileira. In: CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. (Org.). **Em defesa da vida:** aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.
- PITANGUY, J. A visita do Vaticano ao Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.403-405, 1997.
- \_\_\_\_\_. O aborto: direito de opção. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, set.1981.
- PRADO, D. **Cícera, um destino de mulher**. São Paulo: Brasiliense, 1980.
- REDESAÚDE – REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê aborto inseguro**. São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/dossies.htm>.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE – REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê aborto:** mortes preveníveis e evitáveis. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/dossies.htm>.

ROCHA, M. I. B.; ANDALAF NETO, J. A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: NEPO/UNICAMP; Editora da UNICAMP, 2003.

\_\_\_\_\_. A questão do aborto no Brasil: o debate no Congresso. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.381-395, 1996.

ROSADO-NUNES, M. J. F. Aborto, maternidade e dignidade da vida das mulheres. In: CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. (Org.). **Em defesa da vida:** aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

\_\_\_\_\_. De mulheres, sexo e igreja: uma pesquisa e muitas interrogações. In: COSTA, A. O.; AMADO, T. (Org.). **Alternativas escassas:** saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo: FCC; Ed. 34, 1994.

SARMENTO, D. Legalização do aborto e Constituição. In: CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. (Org.). **Em defesa da vida:** aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

SUPLICY, M. **Conversando sobre sexo**. São Paulo: Editora da Autora, 1983.

VENTURA, M. Descriminalização do aborto: um imperativo constitucional. In: CAVALCANTE, A.; XAVIER, D. (Org.). **Em defesa da vida:** aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.



## **O médico ginecologista e obstetra frente ao aborto**

Anibal Faúndes  
Maria José Duarte Osis  
Graciana Alves Duarte  
Karla Simônia de Pádua

## *O médico ginecologista e obstetra frente ao aborto*

*Aníbal Faúndes  
Maria José Duarte Osis  
Graciana Alves Duarte  
Karla Simônia de Pádua\**

O aborto é um problema social, pessoal e de saúde pública que afeta a maioria das pessoas, direta ou indiretamente, pelo menos alguma vez na vida. Apesar dos esforços parcialmente bem-sucedidos de reduzir o número de abortos no mundo e no Brasil, as estimativas globais não têm mudado significativamente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) continua informando que no mundo se realizam em torno de 46 milhões de abortos por ano. O mais grave é que cerca de 20 milhões desses abortos são qualificados como inseguros, ou seja, realizados por pessoal não-qualificado e/ou em condições sanitárias inadequadas (WHO, 2004). As melhores estimativas para o Brasil variam em torno de 1.000.000 de abortos anuais, a maior parte dos quais inseguros (MONTEIRO; ADESSE, 2006).

O grau de segurança sanitária com que se realizam os abortos está diretamente relacionado à situação legal no país e ao *status* econômico da pessoa que aborta. A imensa maioria dos abortos inseguros acontece em países onde as leis sobre aborto são muito restritivas, como é o caso do Brasil, e entre as pessoas que não têm condições econômicas para pagar uma clínica clandestina, mas bem preparada para realizar abortos seguros.

O aborto não é penalizado no Brasil em dois casos. A mulher que aborta e o médico que o pratica estão livres de pena se é "a única forma de salvar a vida da mulher grávida" ou se a gravidez é resultado de estupro e a mulher solicita o aborto. Entretanto, até recentemente era absolutamente excepcional que uma mulher que cumprisse essas condições conseguisse interromper sua gravidez num contexto legal em hospital público.

Uma das dificuldades para o cumprimento da lei é o desconhecimento da população e dos médicos das leis e regulamentos sobre o tema. Além disso, a atitude dos médicos pode também ser um obstáculo importante para que as mulheres que preenchem os requisitos legais obtenham um aborto em hospital público. Diversos esforços foram feitos pela FEBRASGO – Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia –, suas associadas e pelo próprio Ministério da Saúde, mediante normas técnicas a esse respeito, para melhorar a informação sobre o tema

---

\* Aníbal Faúndes é médico do Depto. de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas; as demais autoras integram o CEMICAMP – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas.

por parte dos ginecologistas e obstetras (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Desde 1996, com o início das reuniões do Fórum Interprofissional sobre violência contra a mulher e implementação do aborto legal, começou um movimento contínuo e nacional para enfrentar essa questão. Liderados por professores de Ginecologia e Obstetrícia, pela FEBRASGO e pelo CEMICAMP – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas –, com apoio da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos e a posterior adesão do próprio Ministério da Saúde e de diversas secretarias de saúde estaduais e municipais, os fóruns têm contribuído para ampliar o acesso ao aborto legal em quase todo o território nacional (FÓRUNS INTERPROFISSIONAIS, s.d.).

Neste trabalho analisamos algumas informações disponíveis sobre a opinião e a conduta de médicos ginecologistas e obstetras quanto ao aborto, bem como os progressos alcançados no número de hospitais públicos que praticam aborto previsto na lei.

Extraímos as informações a seguir de uma série de publicações resultantes de dois inquéritos sobre conhecimento, atitude e prática, feitos com médicos ginecologistas e obstetras brasileiros afiliados à Febrasgo: o primeiro, em 2003, foi repetido em 2005, incluindo novos quesitos (FAÚNDES *et al.*, 2004a; 2004b). O número de membros da FEBRASGO que responderam o questionário foi de 4.261 em 2003 e de 3.337 em 2005.

Para obter as informações, nas duas ocasiões, utilizou-se um questionário estruturado, para ser auto-respondido, que foi pré-testado com médicos ginecologistas e obstetras. Esse questionário continha somente perguntas pré-codificadas, em que deveriam ser assinaladas as alternativas que os participantes julgassem pertinentes. Maiores detalhes sobre o método usado podem ser encontrados em publicações anteriores (FAÚNDES; ANDALAF NETO; DUARTE, 2004a; FAÚNDES; OLIVATTO; SIMONETI, 2004b; FAÚNDES *et al.*, 2007). Para a situação do atendimento do aborto previsto na lei utilizamos as informações obtidas num estudo em que foram consultadas as secretarias municipais de saúde de todos os municípios de mais de 100.000 habitantes (n=225) e uma amostra de 20% dos restantes (570). Baseados nessas informações e em dados de outras origens, foram entrevistados os responsáveis por esses serviços de 1.395 unidades de saúde (FAÚNDES *et al.*, 2006).

### **Opinião e conduta dos ginecologistas e obstetras frente ao aborto**

Quando perguntados sobre uma possível mudança na atual legislação referente ao aborto, cerca de 66% dos participantes nas duas pesquisas opinaram que as circunstâncias em que o aborto não é punido deveriam ser ampliadas; houve um leve aumento de dois pontos percentuais dos que opinaram que nunca deveria ser crime, chegando a quase 17%. Diminuiu, também, a proporção daqueles que consideram que

a lei não deveria ser modificada – 13,4% em 2003 e 5,5% em 2005. Por outro lado, aumentou a porcentagem dos que opinaram que deveriam aumentar as restrições, de menos de 1% a quase 5% (**Tabela 1**).

<b>Tabela 1</b>				
<b>Opinião de médicos ginecologistas e obstetras a respeito de mudanças nas leis brasileiras sobre aborto, segundo pesquisas nacionais realizadas em 2003 e 2005</b>				
<b>As leis brasileiras deveriam...</b>	<b>2003*</b>		<b>2005†</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
...ampliar as circunstâncias em que o aborto não é punido	2690	65,4	2159	66,5
...deixar de considerar o aborto como crime em qualquer circunstância	598	14,6	539	16,6
... não deveriam ser modificadas	550	13,4	177	5,5
...restringir as circunstâncias em que o aborto não é punido ‡	9	0,2	156	4,8
...considerar o aborto como crime em qualquer circunstância ‡	0,2	0,2	87	2,7
Sem opinião formada	264	6,4	126	3,9
<b>Total</b>	<b>4111</b>	<b>100,0</b>	<b>3244</b>	<b>100,0</b>

\* Faltou informação de 128 participantes e 22 marcaram exclusivamente outras respostas.

† Faltou informação de 52 participantes e 41 marcaram exclusivamente outras respostas.

‡ Alternativa que não constava da pesquisa em 2003, mas foi referida espontaneamente pelos participantes e agregada como alternativa na pesquisa de 2005.

Nos dois inquéritos a maioria dos médicos que responderam o questionário mostraram-se favoráveis a que o aborto fosse permitido nos casos previstos na lei ou pela jurisprudência mais recente, isto é, no caso de a gravidez colocar em grave risco a vida da mulher, se for resultado de estupro ou se o feto apresentar malformação incompatível com a vida fora do útero. Houve muito pouca variação na opinião dos médicos quanto às circunstâncias em que o aborto deveria ser permitido por lei (**Tabela 2**). A proporção que estaria de acordo com o aborto por risco de vida não variou e em caso de malformação fetal grave (incluindo anencefalia) subiu três pontos percentuais, de 87% para 90%; no caso de gravidez por estupro, oscilou de 86% a 85%. Quanto ao aborto por grave risco para a saúde física e psíquica da mulher, não foi perguntado em 2003 e foi respondido positivamente por pouco mais de 60% e quase 40% dos médicos, respectivamente. A concordância com o aborto em demais circunstâncias variou de 2 a 5 pontos percentuais entre 2003 e 2005. A porcentagem favorável ao aborto permitido em qualquer circunstância manteve-se perto de 10% e a

dos médicos que não aceitam o aborto em circunstância alguma, já mínima em 2003, desceu um pouco mais em 2005 (**Tabela 2**).

<b>Tabela 2</b>				
<b>Distribuição dos participantes segundo opinião sobre as circunstâncias nas quais a lei brasileira não deveria punir o aborto (respostas múltiplas)</b>				
<b>Circunstância</b>	<b>Opinião</b>			
	<b>2003*</b>		<b>2005†</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Em caso de risco de vida da gestante	3.745	89,2	2.990	90,5
Feto com qualquer malformação congênita grave incompatível com a vida extra-uterina	3.648	86,9	2.975	90,0
Diagnóstico de anencefalia	‡	‡	2.971	89,9
Gravidez resultante de estupro	3.632	86,5	2.801	84,8
Gravidez traz prejuízos graves à saúde física da mulher	‡	‡	2.028	61,4
Gravidez traz prejuízos graves à saúde psíquica da mulher	‡	‡	1.281	38,8
Mulher ou parceiro HIV positivo	947	22,5	580	17,6
Mulher não tem condições financeiras de ter o bebê	683	16,3	400	12,1
Mulher solteira e parceiro não assume gravidez	505	12,0	356	10,8
Em qualquer circunstância	415	9,9	321	9,7
Em nenhuma circunstância	190	4,5	101	3,1
Mulher sem condições psicológicas/ emocionais de ter o bebê	1.146	27,3	‡	‡
Falha do MAC em uso	587	14,0	‡	‡
<b>Total</b>	<b>4.200</b>	<b>100,0</b>	<b>3.304</b>	<b>100,0</b>

\* Faltou informação de 61 participantes.

† Faltou informação de 21 participantes e 12 marcaram exclusivamente outras respostas.

‡ Alternativa que não constava da pesquisa.

Contrastando com essa alta porcentagem de opinião favorável, apenas 35,8% responderam que fariam o aborto de mulher com gravidez resultante de estupro que o solicitasse, no hospital público onde trabalham. Adicionais 15% declararam que não fariam o aborto, mas prescreveriam misoprostol (dado não mostrado em tabelas).

Perguntados se alguma vez tinham ajudado uma paciente ou uma familiar com gravidez não-desejada a abortar (indicado alguém que faz aborto ou ensinado a usar misoprostol), no estudo de 2005 houve 38,2% que disseram ter ajudado paciente e 42,2% que ajudaram um familiar. No caso de si mesma (se mulher) ou de sua parceira (se homem) encontrar-se nessa situação de gravidez não-desejada, a porcentagem que teria abortado aumentou para cerca de 80% (78,8% e 80,1%, respectivamente).

Avaliada a associação entre religião e conduta frente à mulher que solicita ajuda para abortar, encontrou-se que a porcentagem dos que ajudariam foi maior entre os sem religião, seguidos pelos católicos, sendo que a menor porcentagem que ajudariam a mulher a abortar foi observada entre os médicos com outras religiões, tanto no caso de aborto previsto na lei como não-previstos e tanto para clientes como familiares (**Tabela 3**). Mais uma vez, a religião foi a variável que mais se associou a essas condutas, porém as diferenças segundo a importância dada à religião diminuem consideravelmente quando o problema é em si própria ou na parceira.

É interessante destacar que, apesar da grande associação entre religião e religiosidade com as atitudes e condutas frente ao aborto, 68,8% dos que davam muita importância à religião abortaram quando o problema foi em si mesmo (dado não mostrado em tabela).

<b>Tabela 3</b>									
<b>Porcentagem de médicos que declararam fazer ou ajudar a mulher a fazer aborto legal ou ilegal, em caso de cliente e familiar, segundo religião, Brasil, 2005</b>									
<b>Conduta frente à solicitação de aborto</b>	<b>Religião</b>								
	<b>Católica</b>			<b>Outras</b>			<b>Sem religião</b>		
	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N#</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N#</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Previsto na lei	1.799	952	52,9	512	192	37,5	376	260	69,1
Não previsto na lei pedido por paciente	2.067	769	37,2	616	181	29,4	421	232	55,1
Não previsto na lei pedido por familiar	2064	860	41,7	619	201	32,5	423	251	59,3

### **Progressos na prática do aborto previsto na lei em hospitais públicos do Brasil**

O estudo realizado em 2005 pelo CEMICAMP (FAÚNDES *et al.*, 2006) revelou que 430 dos 884 hospitais ou prontos-socorros consultados (48,6%) declararam fazer aborto previsto na lei por alguma causa, incluindo malformação fetal incompatível com a vida autorizado por juiz. Entretanto, quando esses mesmos estabelecimentos foram consultados sobre quantos abortos legais tinham realizado no ano anterior à pesquisa, apenas 104 dos 884 (11,8%) tinham realizado pelo menos um aborto por essas causas naquele ano. Além desses hospitais e pronto-socorros, três unidades básicas de saúde também declararam ter realizado pelo menos um aborto no período estudado.

Os hospitais estavam distribuídos em todo o país, mas houve três estados onde nenhum serviço tinha realizado aborto legal no ano anterior: Mato Grosso do Sul,

Goiás e Tocantins. O estado com mais hospitais que tinham realizado aborto foi São Paulo, destacando-se também Pernambuco no Nordeste.

## **Discussão**

Salvar vidas é o objetivo principal dos provedores de serviços de saúde e, para aqueles que cuidam de uma mulher grávida, este objetivo inclui tanto a vida da futura mãe como a do produto da concepção. As razões e as circunstâncias que levam um provedor de serviço de saúde à decisão de aceitar ou rejeitar a solicitação da mulher de interromper uma gestação devem ser discutidas levando em conta essa perspectiva.

A maior parte dos jovens que decidem estudar medicina o fazem motivados pelo desejo de ajudar as pessoas, de curar doenças e de salvar vidas. Mais à frente, no momento de decidir-se por uma especialidade, a motivação mais freqüente daqueles que se decidem pela Obstetrícia é a capacidade de contribuir no processo que determina o início de uma nova vida. A vida diária do obstetra está dedicada a cuidar da saúde e da vida do feto tanto quanto da mulher grávida. Desde a primeira visita ao pré-natal, as atenções do obstetra estão dirigidas tanto a verificar a normalidade do desenvolvimento do feto quanto a se assegurar da saúde e bem-estar da gestante.

As mulheres que decidem ter um filho confiam em seu médico a saúde da futura criança, tanto quanto sua própria saúde, e muitas parecem mais preocupadas com seu futuro filho do que com elas mesmas. A reação lógica do obstetra é sentir-se tão ligado ao feto quanto à sua cliente adulta. É preciso entender essa subcultura da prática obstétrica para compreender quão traumática pode ser a idéia do aborto para um médico obstetra.

Esta relação do obstetra com o feto tornou-se mais próxima com o aperfeiçoamento da ultra-sonografia, que é cada vez mais eficiente em permitir "visualizar" o desenvolvimento do embrião e do feto no interior do ventre da mãe. Atualmente, com a tecnologia do ultra-som, é possível "ver e fotografar" o desenvolvimento do embrião tão precocemente como às seis semanas depois da última menstruação da mulher, ou duas semanas depois de faltar a menstruação. A imagem fotográfica do embrião e do feto está passando a fazer parte do álbum fotográfico das crianças nas famílias de hoje. Essa nova tecnologia, que dá visibilidade ao embrião e ao feto, faz com que desde o início da gravidez esta não seja apenas uma abstração, mas se reconheça que um novo ser está em formação.

Para o médico, enquanto a gravidez permanecia como uma mudança no corpo da mulher, o aborto era apenas uma recuperação de sua condição anterior, com mínima atenção prestada ao conteúdo do útero quando esse era extraído. A

visualização física pelo ultra-som aumentou enormemente a atenção para o embrião ou feto que estava sendo extraído com o propósito de salvaguardar o bem-estar físico, psicológico e social da mulher. A visualização do embrião faz uma enorme diferença e afeta seriamente a capacidade do médico de realizar o abortamento, apesar de concordar que é a melhor solução em muitas situações da vida de uma mulher. Tudo isso pode explicar a enorme diferença entre a elevada proporção de ginecologistas e obstetras que concordam em que o aborto decorrente do estupro seja realizado e a bem menor porcentagem que declara que ele próprio o faria, como vimos acima.

Outros desenvolvimentos tecnológicos têm agido no sentido oposto, Os meios farmacológicos para interromper uma gravidez inicial facilitam o procedimento, já que eliminam o ato físico de extrair o embrião ou feto do interior do útero da mulher. Apesar do objetivo final e o resultado serem exatamente os mesmos, é sempre mais fácil para o médico aceitar e aprovar a decisão da mulher quando não está envolvido diretamente na ação que se segue à decisão. A interrupção farmacológica da gestação permite aos médicos estabelecerem uma distância entre sua intervenção e o abortamento, ao contrário do que ocorre quando têm de realizar uma aspiração ou curetagem. Essa distância faz uma diferença psicológica extremamente importante que pode explicar esses 15% de médicos que não fariam o aborto relacionado ao estupro, mas prescreveriam misoprostol, como já mencionado.

Em resumo, os obstetras e ginecologistas freqüentemente são ambivalentes a respeito do aborto, porque eles têm de enfrentar valores profissionais e morais conflitantes. A grande maioria, entretanto, termina por aceitar que o aborto se justifica moralmente sob certas circunstâncias, apesar de muitos se negarem a expressar seu pensamento publicamente, e apenas uns poucos estarem preparados para realizar um abortamento.

Apesar de a situação atual quanto ao atendimento à mulher que solicita a interrupção legal da gestação ainda estar longe do ideal, é preciso reconhecer que muito se tem avançado. O fato de 608 responsáveis pelo atendimento gineco-obstétrico em hospitais públicos terem declarado que fazem aborto legal sugere que, segundo eles, nesse momento esse é o procedimento adequado, coisa impensável até poucos anos atrás. Os pouco mais de 100 hospitais que já realizaram abortos legais são 33 vezes mais numerosos que os únicos três que os tinham realizado até 1996 – há pouco mais de uma década.

A diferença entre o número de hospitais que declararam realizar abortamentos legais por qualquer causa e o número dos que efetivamente tinham realizado pelo menos um no último ano é chamativa. Embora fosse desejável que os hospitais que declaram fazer abortos realmente os realizassem, pensamos que o fato de expor que os fazem, ainda que não os tenham feito, sugere uma mudança de atitude. Parece indicar que

realizar abortos previstos na lei ou autorizados pelos juízes passou a ser a conduta considerada correta na prática desses hospitais. Nossa próxima tarefa é contribuir para passar da mudança de atitude a mudanças na prática.

A meta atual é que todo município com mais de 100.000 habitantes provejam atendimento integral à mulher que sofre violência sexual, incluindo o aborto legal àquelas que engravidem e o solicitem. Em outras palavras, pretende-se que a prática do aborto legal seja a norma e não a exceção, como ainda é no momento atual. O CEMICAMP está colaborando com o Ministério da Saúde e diversos governos estaduais para atingir esse objetivo. Quando isso for alcançado, o sistema de saúde pública brasileiro estará melhor preparado para responder a eventuais mudanças na legislação, evitando que se observe a inoperância da lei, como ocorreu por décadas em países que liberalizaram as leis do aborto, como Índia, Zâmbia ou Guiana e, em menor grau, África do Sul.

A questão fundamental é que a perspectiva do gineco-obstetra é diferente e singular pelo menos por duas razões. Primeiro, porque grande parte de sua motivação profissional e suas rotinas diárias são dedicadas à proteção do feto; e segundo, porque eles são os que devem realizar o abortamento, com todas as suas implicações psicológicas, sociais e legais.

Essa resistência dos médicos a praticar o aborto é seguramente a principal razão para a relativamente lenta expansão dos serviços que oferecem abortamento legal no Brasil, apesar dos esforços do Ministério da Saúde e o apoio da FEBRASGO. Apresentar resultados de estudos que mostram que a maioria está a favor da prática do aborto nas circunstâncias permitidas pela lei pode ajudar a que mais colegas estejam dispostos a expressar essa opinião, sabendo que não estão em minoria.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica:** prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2.ed. Brasília, 2005.

FAÚNDES, A. *et al.* Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about Brazilian's legislation on abortion. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n.1, p.6-18, abr.2007.

\_\_\_\_\_ *et al.* **Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil:** Campinas: CEMICAMP, 2006. (Relatório final apresentado ao Ministério da Saúde). Disponível em: [www.cemicamp.org.br/index.php](http://www.cemicamp.org.br/index.php).

\_\_\_\_\_; ANDALAF-TNETO, J.; DUARTE, G. A. Aborto induzido: conhecimento, atitude e prática de ginecologistas e obstetras no Brasil. **Femina**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p.71-72, 2004a.

\_\_\_\_\_; OLIVATTO, A. E.; SIMONETI, R. M. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.26, n.2, p.89-96, 2004b.

\_\_\_\_\_ *et al.* The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician-gynecologists to unwanted pregnancy. **Reproductive Health Matters**, Londres, v.12, n.24, suppl., p.47-56, 2004c.

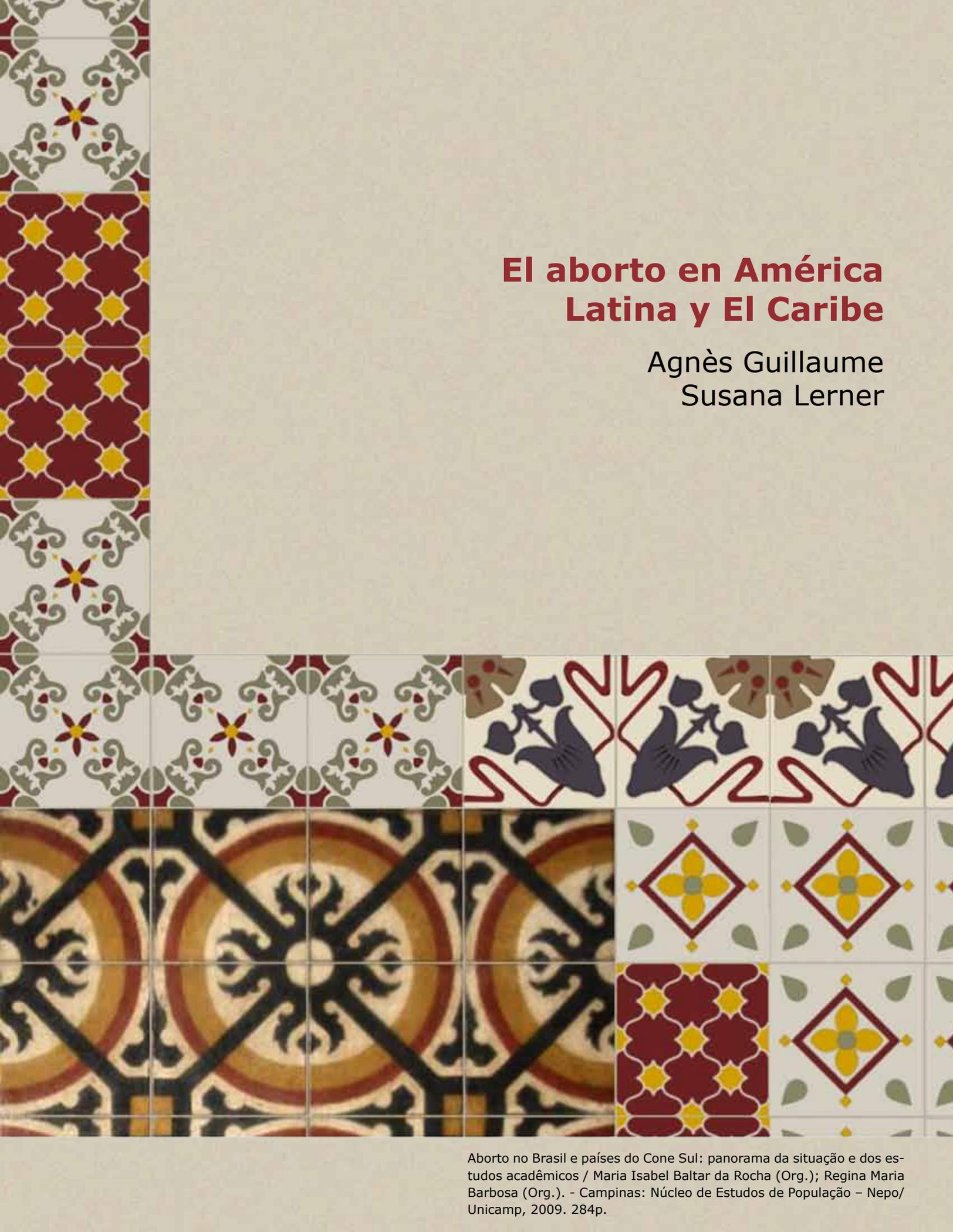
FÓRUNS interprofissionais sobre atendimento da mulher vítima de violência sexual. (Relatórios). Disponível em: [http://www.cemicamp.org.br/programas\\_de\\_acao.htm](http://www.cemicamp.org.br/programas_de_acao.htm).

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, Rio de Janeiro, n.26, nov.2006. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/ml2006.pdf>.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Unsafe abortion:** global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4.ed. Geneva, 2004. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion\\_estimates\\_04/estimates.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion_estimates_04/estimates.pdf).

# Anexos





# El aborto en América Latina y El Caribe

Agnès Guillaume  
Susana Lerner

# *El aborto en América Latina y El Caribe*

*Agnès Guillaume y Susana Lerner\**

Este texto foi transcrito do periódico *La Chronique*, publicação do CEPED – Centre Population et Développement, Paris – n.55, mar. 2008. Trata-se de uma síntese do livro *El aborto en América Latina y El Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005* das mesmas autoras (Paris; México: CEPED, 2007), da coleção Les Numériques, em espanhol, francês e inglês; a publicação, que inclui uma base com cerca de 2.800 referências, também está disponível no site do CEPED. Disponível em: [http://www.cepel.org/cdrom/avortement\\_ameriquelatine\\_2007/fr/infos/introduction.html](http://www.cepel.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007/fr/infos/introduction.html).

En el marco de las actividades del grupo de trabajo del CEPED consagrado al estudio del aborto inducido en diferentes regiones, Agnès Guillaume (Instituto de Investigaciones para el Desarrollo) y Susana Lerner (El Colegio de México) acaban de publicar un texto sobre El aborto en América Latina y El Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005. A lo largo de nueve capítulos, se abordan diferentes aspectos de esta cuestión a partir de datos empíricos y según diversos enfoques teóricos y estrategias metodológicas. El aborto inducido es un tema de estudio muy importante y de amplio debate en la región. Sus adversas consecuencias sanitarias y sociales obedecen en gran medida al marco legal restrictivo que regula su práctica, a consideraciones morales y religiosas socialmente construidas y a la ausencia de una cultura preventiva, de derechos y de igualdad. A pesar de la amplia literatura sobre este tema, la situación permanece insuficiente o parcialmente conocida en la mayoría de los países, situación que evidencia la necesidad de realizar estudios rigurosamente científicos al respecto.

El aborto en América Latina y El Caribe es un tema sumamente relevante. En los países donde la legislación es restrictiva, los abortos se practican en condiciones de alto riesgo para las mujeres. Su práctica es, evidentemente, un problema de salud pública, pero más aún es un problema de desigualdad social, económica, étnica y de género, y sobre todo, de clara violación al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

## **Un marco jurídico restrictivo**

El análisis del marco jurídico es indispensable en todo estudio sobre el aborto inducido. Este marco define las condiciones de su práctica así como las consecuencias

---

\* Agnès Guillaume é demógrafa do Institut de Recherches pour le Développement (IRD), CEPED, França; agnes.guillaume@ird.fr. Susana Lerner é professora e pesquisadora do Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México, México; slerner@colmex.mx.

que se derivan de ella. La penalización del aborto acentúa las condiciones de vulnerabilidad social tanto de las mujeres y de sus familiares, como de las personas que llevan a cabo los abortos. No sólo atenta contra los derechos reproductivos de la mujer, sino también contra su derecho a la salud, a la libertad, a la seguridad y potencialmente su derecho a la vida. Es también una discriminación de género, ya que las mujeres son las únicas penalizadas legalmente, a diferencia de los hombres autores coparticipes de los embarazos, y las únicas también que sufren las consecuencias sanitarias y sociales. Asimismo, esta ilegalidad dificulta la producción de conocimiento y la obtención de datos confiables y representativos.

En América Latina y El Caribe, el marco legal del aborto es muy restrictivo. En 2003, se pueden distinguir países donde el aborto es totalmente prohibido, otros donde es autorizado a petición de la mujer y, finalmente un tercer grupo donde es autorizado bajo ciertas condiciones. Así, entre los 41 países de la región el aborto es autorizado:

- sin restricción en 8 países, 3 de los cuales corresponden a las Antillas Francesas<sup>1</sup>;
- en caso de violación en 9 países;
- por malformación del feto en 7 países;
- por razones económicas y sociales en 2 países; y
- para proteger la salud física o mental de la mujer en 17 países.

El aborto es autorizado para *salvar la vida* de la mujer en 27 países, de los cuáles 10 la consideraban como única causa legal. En 2003, era *totalmente prohibido* en 6 países<sup>2</sup>; en 2006, Colombia suavizó su posición al autorizarlo por causas más amplias, al igual que en Uruguay en 2007; mientras Nicaragua lo prohibía totalmente y, al contrario, en el Distrito Federal en México fue despenalizado siempre y cuando se realizara con anterioridad a las 12 semanas en el 2007. Sin embargo, en numerosos países, este derecho sigue siendo más teórico que real, dada la existencia de barreras tanto en el acceso a los servicios de salud como también por la presencia de barreras culturales, morales y legales. Un ejemplo de ello son los casos de negación del derecho al aborto en caso de violación.

### **El debate en torno al aborto: posiciones controvertidas y ambiguas**

La cuestión del aborto ha generado en todos los países un debate muy intenso, con posiciones contradictorias entre diferentes actores y fuerzas sociales – grupos

---

<sup>1</sup> Barbados, Cuba, Guadalupe, Martinico y Saint-Martin, Guyana Francesa, Guyana y Puerto Rico.

<sup>2</sup> Chile, El Salvador, Honduras, República Dominicana, Surinam y Colombia.

feministas, religiosos, actores en el ámbito de la salud, de la política y de la sociedad civil – ya sea a favor de la despenalización de su práctica, y otros, al contrario, militando a favor de su prohibición total.

### **Feministas a favor de la legalización del aborto**

Los grupos feministas progresistas que luchan por la legalización y despenalización del aborto logran en algunos casos frenar las iniciativas legales que tienden a restringir el derecho al aborto y, en otros casos, a ampliar las causales legales bajo las cuales se autoriza su práctica. Revindican el derecho de las mujeres al libre acceso a la anticoncepción y al aborto, y enfatizan el hecho de que las mujeres son las únicas dueñas de su cuerpo y por tanto son ellas las que deben decidir libremente sobre él. Este debate se ha dado en términos de la autonomía de las mujeres y de su responsabilidad individual. Evocan también su derecho a la salud y en particular sus derechos sexuales y reproductivos. El derecho al aborto es una cuestión de justicia social, ya que obtener un aborto en condiciones seguras está condicionado principalmente por la capacidad económica y social de las mujeres. Estos grupos luchan para mejorar el “empoderamiento” de las mujeres; y reducir las relaciones de poder y las desigualdades de género en los ámbitos público y privado. Esta lucha forma parte del proceso de ciudadanización y democratización de las sociedades modernas.

### **Católicos con opiniones contradictorias**

En la misma postura de los grupos feministas, se inscribe “Católicas por el Derecho a Decidir”, una organización civil de mujeres católicas a favor de la despenalización del aborto, el respeto y garantía en el ejercicio de los derechos de las mujeres y la libertad de conciencia de los individuos.

Su posición es diferente a la que prevalece en la Iglesia Católica oficial y hegemónica, que se manifiesta en contra de la despenalización del aborto, por la defensa del derecho del feto desde el momento de la concepción y por la protección de la vida del no nacido.

### **Otros actores con posiciones a veces contrastadas**

Entre otros actores o sectores de la población se encuentran posiciones conservadoras ambiguas, contradictorias y pasivas que ejercen una influencia importante en la práctica del aborto. Entre las instituciones o profesionales de la salud, algunos están a favor de la legalización del aborto con el objeto de mejorar la salud y disminuir la morbilidad y mortalidad materna. Otros se oponen por razones de conflictos de ética profesional y por normas morales y religiosas, y acuden a la objeción de conciencia para no practicar abortos.

A nivel del Estado y de las instancias legales, las posiciones son bastante controvertidas y suelen ser influenciadas por los demás actores del debate (religiosos, grupos feministas, etc.), pero estos ámbitos y sus respectivos actores juegan un papel crucial en la penalización del aborto y los cambios en el marco jurídico. Por su parte, las instituciones internacionales adoptan posiciones relativamente neutras en cuanto al aborto y se limitan a reafirmar que los gobiernos deben facilitar el acceso al aborto en los casos autorizados legalmente, y que las mujeres víctimas de complicaciones deben recibir un trato humano. Finalmente, para el conjunto de la población, las posiciones son también muy diversas y se observa, a la luz de diferentes encuestas de opinión, un desconocimiento del marco legal del aborto de sus respectivos países.

### **Una práctica mal conocida en términos de su magnitud**

La ilegalidad del aborto y las sanciones sociales y morales respecto a su práctica explican la falta de datos disponibles y confiables en ciertos países o regiones. Estos datos provienen de encuestas generalmente realizadas a grupos de población específicos, o están basados en registros hospitalarios, que frecuentemente corresponden a mujeres víctimas de complicaciones después de haber intentado practicarse un aborto. Exceptuando un estudio en zonas urbanas de Colombia, no existe ninguna encuesta a nivel nacional sustentada en muestras representativas. Los resultados publicados se basan en datos muy heterogéneos debido a los diversos sistemas de recolección de información e indicadores utilizados, lo que dificulta las comparaciones a nivel regional y local, y aunque sólo ofrecen una aproximación de las estimaciones de la práctica del aborto en los distintos países, dan cuenta de la magnitud de la misma.

<b>Niveles de aborto alrededor del año 2000, según diversos indicadores</b>			
<b>Región</b>	<b>Número anual de abortos riesgosos en miles</b>	<b>Abortos riesgosos por 100 nacidos vivos</b>	<b>Abortos riesgosos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años</b>
Países desarrollados	500	4	2
Países en desarrollo	18.500	15	16
América Latina y El Caribe	3.700	32	29
El Caribe	100	15	12
Centroamérica	700	20	21
Sudamérica	2.900	39	34
África	4.200	14	24
Asia	10.500	14	13
Europa	500	7	3

**Fonte:** OMS, 2004.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup> estima que 3.700.000 abortos en condiciones de alto riesgo tienen lugar cada año en América Latina y El Caribe, región en la cual se observa precisamente las tasas y razones<sup>4</sup> de abortos inducidos más elevadas: la tasa es de 29 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años de edad, y la razón de cerca de un aborto por cada tres nacidos vivos en el 2000. La tasa de abortos varía entre 34 por cada mil mujeres en Sudamérica, 21 en Centroamérica y 12 en la región del Caribe. En la mayoría de los países de la región se ha observado el mayor descenso de los niveles de fecundidad en las últimas décadas; la razón de abortos al principio de los años 2000 varía de 15 abortos por cada 100 nacidos en El Caribe a más del doble en Sudamérica (39 abortos por cada 100 nacidos). Esta última sub-región es, a su vez, la que tiene los menores niveles de fecundidad y el uso de métodos anticonceptivos modernos más extendido. América Central, por su parte, ocupa un lugar intermedio, con 20 abortos por cada 100 nacidos vivos, y es la tercera sub-región del mundo con la proporción mayor de abortos.

### **Una situación muy heterogénea según los países**

En algunos países, las estimaciones del nivel del aborto pueden ser inciertas, y se observan situaciones paradigmáticas que requieren de estudios y análisis de mayor profundidad y con un gran rigor científico.

### **Países donde el aborto es legal**

Una situación muy particular y contrastante se presenta en Cuba, donde el aborto a petición de la mujer es legal y lo realizan médicos bien capacitados en hospitales, frente a la de otros países con un marco legal similar. En Cuba se reportaron en 1990 54,5 abortos por cada mil mujeres en edad reproductiva, o aproximadamente 44 abortos por cada 100 embarazos; en 1993, la tasa de abortos había disminuido: se estimaba en 26.6 por mil mujeres, y, de acuerdo con Álvarez, en 2004 era de 20.9 por mil mujeres de 12 a 49 años de edad y la razón de 34.4 abortos por 100 embarazos. Otras estimaciones arrojan cifras muy superiores. Un estudio de Álvarez *et al.* (1999) señala que en Cuba ocurren más de 140.000 interrupciones de embarazos anualmente, siendo esta cifra de 186.658 en 1990, con una relación de 80 abortos por cada 100 nacidos vivos y una tasa de abortos de 59,4 por mil mujeres en edad reproductiva, y para 1996 muestra también cifras muy superiores, con una tasa de 78 por cada mil mujeres y una razón de 58,6 abortos por cada 100 embarazos. Estas diferencias entre estimaciones se deben en gran parte a la práctica de la

---

<sup>3</sup> Las referencias bibliográficas citadas en este texto se pueden consultar en la publicación objeto del artículo.

<sup>4</sup> Tasa: número de abortos por 1.000 mujeres de 14 a 44 años. Razón: número de abortos por 100 nacidos vivos.

regulación menstrual<sup>5</sup>, que no siempre es incluida en estas estimaciones ya que no es considerada como aborto, siendo que la misma podría representar, según algunos autores, hasta el 60% de los abortos inducidos.

En cambio, Puerto Rico, que también cuenta con una legislación no restrictiva y con sistemas de información bastante confiables, presenta una tasa de aborto considerablemente más baja: 22.7 por cada mil mujeres para el periodo 1991-1992.

En ambos casos se trata de países con bajos niveles de fecundidad, pero con diferencias importantes en la práctica anticonceptiva: en Cuba la gama de métodos anticonceptivos es limitada, el dispositivo intrauterino (DIU) frecuentemente utilizado es de baja calidad y la disponibilidad del mismo y de otros métodos es en general irregular; Puerto Rico cuenta con una elevada prevalencia de uso de anticonceptivos modernos y un acceso mayoritario de la población a servicios de planificación familiar de calidad. En 2003, en las Antillas Francesas donde el aborto es legal, la tasa estimada en Guadalupe fue de 41.5 por cada mil mujeres entre 15 y 49 años, en 22.9 en Martinica y en 37.1 en Guyana Francesa.

### **Países con legislaciones restrictivas o donde el aborto es totalmente prohibido**

Para los otros países de América Latina, que tienen legislaciones que van desde ser totalmente restrictivas hasta permitir el aborto bajo ciertas condiciones, los niveles de aborto son muy variables. Henshaw (1999), a partir de datos de registros hospitalarios, estima que las mujeres peruanas son las que más probabilidades tienen de abortar, 56 por cada mil mujeres entre 15 y 49 años de edad, seguidas por las chilenas (50 por cada mil), y las mujeres de República Dominicana (47 por cada mil). Las estimaciones son similares para las brasileñas, las colombianas y las mexicanas, aunque inferiores a las antes citadas (30, 26 y 25 por cada mil respectivamente).

Chile, donde el aborto es ilegal y totalmente prohibido, se encuentra entre los países donde los niveles de aborto son los más elevados de la región, con una tasa que oscila entre 45 y 50 por cada mil mujeres y es de un poco más de tres abortos por cada 10 embarazos: "la situación chilena en materia de fecundidad es paradójica: el aborto es prohibido, el uso de anticonceptivos elevado y los métodos modernos disponibles y accesibles. Sin embargo se observa un número importante de abortos que corresponde al número de embarazos no previstos o no deseados" (DEN DRAK, 1998 *apud* BAY *et al.*, 2004).

En las áreas urbanas de Colombia, en 1992, la tasa de abortos era de 25 por cada mil mujeres y la razón de abortos de 12.4 por cada 100 embarazos (ZAMUDIO,

---

<sup>5</sup> Esta práctica consiste en la evacuación uterina precoz seguida de un retraso en la menstruación, en ocasiones aun sin realizar las pruebas de embarazo.

1994). En Guatemala, de acuerdo con Singh (2003), la tasa de abortos sería de 20 por cada mil mujeres y la razón de 12 abortos por cada 100 embarazos. En Uruguay, según Sanseviero (2003), esta razón asciende a 38.5 por cada 100 embarazos, es decir que 4 de cada 10 concepciones se concluyen en un aborto.

### **Consecuencias sanitarias y sociales**

Las consecuencias del aborto, al igual que su medición, son muy difíciles de evaluar y en la mayoría de los casos, no representan más que la parte visible del iceberg. Estas consecuencias son de naturaleza muy diversa.

En el ámbito de la salud, las leyes restrictivas ponen en peligro la vida de la mujer, ya que los abortos practicados en condiciones clandestinas o las complicaciones de aborto mal atendidas se traducen en elevados niveles de morbilidad y mortalidad maternas. Estas consecuencias, en términos de su morbilidad y mortalidad materna, se suelen sub-declarar o negar: declaración de abortos inducidos como espontáneos, causas imprecisas o catalogadas en otros rubros de los registros hospitalarios (hemorragia, septicemia) en lugar de registrarse como aborto inducido...

En 1994 la OMS estimaba que entre el 10 y 50% de los abortos inducidos requieren atención médica debido a las complicaciones, las cuales afectan particularmente a las mujeres jóvenes y a las pertenecientes a grupos sociales de bajos recursos. En efecto estas mujeres recurren a abortos clandestinos en condiciones de alto riesgo, a diferencia de las mujeres de medios más favorecidos que pueden financiar un aborto ilegal pero sin altos riesgos. La situación de ilegalidad favorece la existencia de un "mercado clandestino" muy oneroso, contribuyendo así a la pauperización de las mujeres y sus familias y generando prácticas discriminatorias y de injusticia social en ellas. Suelen ser víctimas de complicaciones graves por recurrir a personas poco calificadas y/o a procedimientos peligrosos y no tienen acceso a tratamientos de calidad en caso de complicaciones. Ellas carecen de garantía de confidencialidad, incluso son denunciadas por el personal de salud en algunos países en los que esta práctica es fuertemente sancionada.

Estas complicaciones pueden afectar la salud o la fertilidad de las mujeres a largo plazo e incluso provocar su muerte. La OMS estima que, en esta región, el 17% de las muertes maternas son consecuencia de un aborto inducido: esta proporción varía entre 19% en Sudamérica, el 13% en El Caribe y el 11% en Centroamérica, aunque algunas encuestas muestran importantes diferencias entre los países que van del 8% al 50% de estas muertes.

Estos abortos representan una carga importante para los sistemas de salud, ya sea en términos de costo financiero o de carga de trabajo adicional para el personal. Estos costos podrían disminuir considerablemente con la implementación de programas de atención post-aborto, como se ha observado en numerosos países

(Bolivia, Uruguay, Perú, México...), ya que estos programas mejoran la atención de las complicaciones y favorecen la anticoncepción post aborto. Estos abortos representan también una carga importante en el presupuesto de las mujeres y las familias: un costo tanto para la realización del acto como para la atención de sus complicaciones. Los métodos menos costosos suelen ser frecuentemente los más riesgosos y son los que generan más complicaciones.

La práctica del aborto también tiene repercusiones en la vida de las mujeres y sus familias: la muerte de una madre afecta la supervivencia del hogar, al igual que el temor a ser denunciadas y encarceladas por la ilegalidad de esta práctica.

Las consecuencias psicológicas de los abortos inducidos siguen siendo insuficientemente conocidas, así como las de la negación al derecho al aborto: algunos casos de negación después de una violación se describen en la literatura, pero las consecuencias psicológicas y sociales para estos hijos no deseados son un objeto de estudio casi inexistente.

### **Mujeres de diferentes perfiles recurren al aborto....**

La intensidad del recurso al aborto entre los diversos grupos de población varía de acuerdo con factores económicos, demográficos y culturales, según la pertenencia social y étnica de las mujeres y el lugar de residencia urbano o rural. En América latina y El Caribe, según la OMS, la mayor incidencia del aborto se encuentra en la población joven. La tasa de aborto es de 20 por mil en adolescentes de 15-19 años y alrededor de 40 por mil en mujeres entre 20-29 años. En cambio, se observa un marcado descenso para las mayores de 40 años con una tasa de 14 por mil, situación que obedece esencialmente a la utilización de la anticoncepción, particularmente la esterilización femenina de prevalencia muy elevada en esta región.

Los adolescentes se enfrentan a abortos en condiciones más desfavorables y de mayor riesgo debido principalmente a que la decisión de abortar la toman tardíamente, al desconocimiento que tienen de su propio cuerpo y a la falta de una clara conciencia de los riesgos de relaciones sexuales sin protección. Adicionalmente, y con frecuencia, ellas se encuentran sin el apoyo de la pareja, particularmente en las situaciones en que prevalecen vínculos ocasionales, no estables, o bien cuando no existe un proyecto de matrimonio. Más aún, se enfrentan al problema de encontrar una persona calificada para realizar el aborto y a penurias financieras para cubrir los gastos, cuyos costos son particularmente elevados para acceder al aborto en condiciones seguras.

Asimismo se observa un patrón diferencial de la práctica del aborto entre los países de la región según el estado conyugal: una mayor frecuencia en casadas y unidas en Colombia y Perú y en solteras en Cuba y Brasil. También se constatan variaciones importantes según la escolaridad, siendo mayor la incidencia en mujeres

con más alta escolaridad, pero mayor la incidencia de complicaciones de aborto en poblaciones de baja escolaridad.

#### **....pero por diversos motivos**

Las limitaciones de información no permiten tener un panorama preciso de las causas o motivos que llevan a recurrir al aborto y mucho menos de compararlas entre países. La tendencia en el diseño de las encuestas es de considerar el motivo del recurso al aborto inducido como respuesta a una lógica individual y a una única causa, siendo que se trata más bien de un proceso de decisión complejo, que involucra a diversos actores sociales y responde a causas múltiples.

El recurso al aborto suele explicarse por fallas de los métodos anticonceptivos, más frecuentes en el caso de métodos naturales y el preservativo, o debidas a un uso incorrecto de los métodos hormonales (uso irregular, olvido...). Puede obedecer a la ausencia de una práctica anticonceptiva, ante una sexualidad irregular que lleva a no justificar la prevención o a una sexualidad impuesta no prevista; a barreras físicas o burocráticas en el acceso a los centros de salud; así como a la negativa de los varones de recurrir a métodos anticonceptivos, sean los propios o bien por temores a efectos secundarios de los mismos en sus parejas.

También responde a causas de carácter económico y social. Puede tratarse de dificultades materiales para asumir la responsabilidad de un nacimiento o sus posibles consecuencias en el empleo de la mujer, su escolaridad o más ampliamente en sus proyectos de vida. Puede obedecer a condiciones de vida precarias de las mujeres, falta de apoyo tanto por parte de la pareja, de la familia o el Estado, o bien a actitudes de rechazo social o estigmatización ante un embarazo fuera del matrimonio o ante relaciones de pareja inestables o inciertas. Algunas razones se deben también a las propias condiciones humanas: olvidos, negligencias, utilización incorrecta de los métodos, sentido de responsabilidad, así como a la ausencia de una cultura preventiva y de programas de prevención.

La violación constituye una causa por la cual el aborto es autorizado en ciertos países: la violencia, los abusos sexuales y la sexualidad sin consentimiento son frecuentes y afectan particularmente a las mujeres jóvenes. Pero se trata de un motivo de aborto rara vez declarado en las encuestas.

#### **¿Quiénes son los demás actores importantes, "la otra mitad significativa", que influyen en el proceso de decisión del aborto?**

Los estudios sobre el aborto están principalmente centrados en las mujeres y pocas investigaciones abordan el papel de los varones en la salud reproductiva en general y en el proceso de decisión del aborto en particular. Su intervención es notable en las esferas privada y pública, ya que tienen un rol fundamental como

pareja sexual, cónyuge, padre, hermano pero también como legisladores, médicos o religiosos. En la literatura latinoamericana algunos autores denominan, acertadamente, sobre todo a los primeros, como la "otra mitad significativa" ya que inciden directamente en dicho proceso.

Como pareja, su papel tanto en el aborto como en la práctica anticonceptiva depende ampliamente tanto de los vínculos afectivos y del tipo de relación formal o informal que tienen con la mujer, así como de sus propias experiencias anteriores en estos eventos y del momento o etapa en su ciclo de vida. La participación y la responsabilidad de los varones serán más intensas en relaciones formales o con vínculos afectivos fuertes; en cambio, se observa cierta indiferencia, ausencia, una mayor distancia y un apoyo limitado en relaciones paralelas, ocasionales o sin vínculo afectivo. El imaginario socialmente construido y expresado por los varones consiste en considerar la sexualidad como dominio masculino y la reproducción y su prevención como dominio femenino; la prevención de los embarazos incumbe a las mujeres. Cabe subrayar que exceptuando el preservativo, el desarrollo tecnológico de los métodos de prevención de los embarazos se ha centrado casi exclusivamente en las mujeres, situación que refleja una desigualdad genérica y conlleva a limitar las opciones de que disponen los varones en dicha prevención.

### **Consideraciones finales**

El aborto en América Latina y El Caribe sigue siendo una práctica sujeta a numerosas restricciones y su prohibición conlleva a la realización de abortos clandestinos y de mayor riesgo. Su práctica, sus condiciones de acceso y sus consecuencias plantean un problema de salud pública en términos de morbilidad y mortalidad maternas debidas a los abortos, así como de los elevados costos para los sistemas de salud que deben de atender las complicaciones de los mismos. Pero también, y sobre todo, revelan numerosas desigualdades: sociales, económicas, étnicas, de género e intergeneracionales.

En efecto, son las mujeres las más afectadas por sus consecuencias en su cuerpo y al ser las que padecen las complicaciones; pero también por las consecuencias penales y de estigmatización social que nunca involucran a los otros autores de los embarazos. Estas desigualdades son evidentes ya que como se ha observado las mujeres de las clases sociales bajas tienen que recurrir al mercado clandestino. De la misma manera, las mujeres jóvenes en situación económica precaria tienen un acceso limitado a la planificación familiar y a las redes que les permitirían acceder a procesos seguros y evitar exponerse a abortos en condiciones de alto riesgo. Este acceso limitado expresa claramente la falta de respeto y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y en general de los derechos de las mujeres.

La cuestión del aborto es un tema insuficientemente documentado en la mayoría de los países de la región debido a las sanciones legales y sociales que pesan en dicho acto. Resulta por lo tanto indispensable y prioritario disponer de un conocimiento más preciso y científicamente riguroso del tema, para definir políticas de salud, revisar y modificar leyes, y sensibilizar a los distintos actores sociales acerca de las consecuencias negativas del marco jurídico que penaliza el aborto.

La Chronique  
Diretor da publicação: Yves Charbit  
Coordenação editorial: Éva Lelièvre  
Assistente de redação: Yvonne Lafitte

CEPED – Centre Population et Développement  
Bureau d'Appui à la Recherche du CEPED  
UMR 196 Université Paris Descartes INED-IRD  
221, Boulevard Davout 75020 Paris France  
Tel.: +33(0)1 7894 9870 Fax: +33(0)1 7894 9879  
<http://www.ceped.org>/e-mail: [contact@ceped.org](mailto:contact@ceped.org)



Programa do Seminário

**“Estudos sobre a questão  
do aborto em países da  
América do Sul,  
com ênfase no Brasil”**

realizado em 2007 como parte integrante do Ciclo de Eventos  
Comemorativos dos 25 anos do NEPO/UNICAMP

*Seminário*  
*Estudos sobre a questão do aborto em países da América do Sul,*  
*com ênfase no Brasil*

**Ciclo Comemorativo NEPO 25 anos**

**Data: 25 e 26 de setembro de 2007**

**Local: Auditório do Instituto de Economia (IE/UNICAMP)**

**Programa**

**Comissão Organizadora**

Maria Isabel Baltar da Rocha – Coordenadora Geral do Seminário (NEPO/UNICAMP)  
Agnès Guillaume (CEPED e IRD)  
Susana Lerner (COLMEX)  
Rosana Baeninger (NEPO/UNICAMP)  
Regina Barbosa (NEPO/UNICAMP)

**Realização e Coordenação**

Núcleo de Estudos de População (NEPO/UNICAMP)

**Colaboração e Apoio**

Centre Population et Développement (CEPED), El Colégio de México (COLMEX), Institut de Recherche pour le Développement (IRD) e Programa de Pós-Graduação em Demografia (IFCH/UNICAMP)

**Apoio**

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)  
Fundo de Apoio à Pesquisa e à Extensão (FAEPEX/UNICAMP)  
Fundação Ford



## **Dia 25 – Manhã – Abertura**

### **Painel 1- Contextualização da Temática na Região**

**Coordenadora:** Maria Isabel Baltar da Rocha

Núcleo de Estudos de População, Universidade Estadual de Campinas (NEPO/UNICAMP); Programa de Pós-Graduação em Demografia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas (IFCH/UNICAMP)

### **Uma visão geral da região: os desafios da democracia e suas percepções no campo dos valores e relações sociais**

**Expositora:** Rachel Meneguello

Departamento de Ciência Política, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH); Centro de Estudos de Opinião Pública (CESOP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Comitê Executivo da Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP)

### **El aborto en América Latina y El Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005**

**Expositoras:** Agnès Guillaume e Susana Lerner

Agnès Guillaume

Centre Population et Développement (CEPED); Institut de Recherche pour le Développement (IRD), França

Susana Lerner

El Colegio de México (COLMEX), México

## **Dia 25 - Tarde**

### **Painel 2 - Panorama da Situação e dos Estudos sobre Aborto em Alguns Países da América do Sul – Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai**

**Coordenador:** José Eustáquio Diniz Alves

Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP); Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/IBGE)

**Expositoras:** Silvina Ramos; Gloria Salazar; Clyde Soto e Susana Rostagnol

Silvina Ramos

Centro de Estudios Estado y Sociedad (CEDES); Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina

Gloria Salazar

Programa de Género, Universidad Academia de Humanismo Cristiano; Escuela de Psicología, Universidad Bolivariana, Chile

Clyde Soto

Centro de Documentación y Estudios (CDE), Paraguai

Susana Rostagnol

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Uruguay

**Comentadora:** Sonia Corrêa

Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), Rio de Janeiro; Rede Dawn - Development Alternatives with Women for a New Era

### **Discussão**

### **Dia 26 - Manhã**

#### **Painel 3 - A Questão do Aborto e seus Aspectos Epidemiológico, Jurídico, Legislativo e das Políticas Públicas e Atenção à Saúde: A Situação e os Estudos no Brasil**

**Coordenadora:** Suzanne Jacob Serruya

Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), Ministério da Saúde, Brasília

**Expositoras:** Greice Menezes; Miriam Ventura; Maria Isabel Baltar da Rocha e Eleonora M. de Oliveira

Greice Menezes

Programa de Estudos de Gênero e Saúde MUSA, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA)

Miriam Ventura

Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/IFF/FIOCRUZ); Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), Rio de Janeiro

Maria Isabel Baltar da Rocha

Núcleo de Estudos de População, Universidade Estadual de Campinas (NEPO/UNICAMP); Programa de Pós-Graduação em Demografia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas (IFCH/ UNICAMP)

Eleonora Menicucci de Oliveira

Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

**Comentadora:** Débora Diniz

Programa de Pós-Graduação em Política Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília (IH/UnB); ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

### **Discussão**

## **Dia 26 - Tarde**

### **Painel 4 - A Questão do Aborto do Ponto de Vista das Religiões, dos Movimentos de Mulheres, dos Médicos Ginecologistas e Obstetras e da Mídia: A Situação e os Estudos no Brasil**

**Coordenadora:** Elizabeth Saar

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Presidência da República, Brasília

**Expositores:** Maria José F. Rosado-Nunes; Leila Linhares Barsted; Anibal Faúndes e Laura Greenhalgh

Maria José Fontelas Rosado-Nunes

Departamento de Teologia e Ciências da Religião, Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP); Católicas pelo Direito de Decidir (CDD-Br)

Leila Linhares Barsted

Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (CEPIA), Rio de Janeiro

Anibal Faúndes

Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FCM/ UNICAMP); Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP)

Laura Greenhalgh

Editora executiva do jornal *O Estado de S. Paulo*

**Comentadora:** Lia Zanotta Machado

Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília (IH/UnB); Rede Feminista de Saúde – Regional Distrito Federal

### **Discussão**

### **Encerramento**

Esta coletânea traz um conjunto sólido de reflexões resultantes de pesquisas sobre o aborto no Brasil e países do Cone Sul. Os artigos aqui apresentados têm sua origem no seminário "Estudos sobre a questão do aborto em países da América do Sul, com ênfase no Brasil", organizado por Maria Isabel Baltar da Rocha, em parceria com Agnès Guillaume, Susana Lerner, Rosana Baeninger e Regina Maria Barbosa.

Este livro está organizado em duas partes. A primeira, composta dos quatro primeiros capítulos, traça um panorama da situação na Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai. A segunda é específica ao contexto brasileiro, abordando questões sobre o aborto, que envolvem o legislativo, o judiciário, a relação com a religião, diversos aspectos do atendimento e cuidados à saúde, bem como delinea prioridades em pesquisa e ação. O conjunto destes trabalhos reforça a importância de se dispor de conhecimento preciso e cientificamente rigoroso do tema, a fim de orientar políticas de saúde, leis e sensibilizar os diferentes atores sociais envolvidos.

Estas foram questões que marcaram a vida profissional de Maria Isabel Baltar da Rocha, a querida Bel Baltar, principal organizadora desta obra que nos deixou precocemente em outubro de 2008.

É, portanto, em sua homenagem que nós, do NEPO/UNICAMP, publicamos este trabalho de Bel Baltar: síntese de uma vida dedicada às pesquisas acadêmicas e à militância política.

ISBN 978-85-88258-12-9



9 788588 258129



Apoio



FORD FOUNDATION