

## Artigos originais

### As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública

Stella de Faro Sandi  
Marlene Braz

**Resumo** O objetivo deste trabalho é refletir criticamente sobre a criminalização do aborto no Brasil. Utilizou-se uma abordagem metodológica orientada pelo trabalho de revisão bibliográfica a partir de análise bioética que contemplou a análise do tema proposto. Verificou-se que a gestação indesejada, a violência doméstica e a dificuldade de acesso ao sistema de saúde são fatores que expõem a mulher ao dano acessório. Concluiu-se que biopolítica embasada no patriarcalismo e no princípio da sacralidade da vida continua a exercer o controle sobre o corpo e a sexualidade da mulher, e se relaciona à proibição da indução do aborto, o que constitui um problema de saúde pública. Este trabalho, a partir do uso das ferramentas da bioética, volta-se a promover o desenvolvimento das relações humanas dentro dos conceitos de justiça, dignidade e igualdade, pelo uso da dialética entre os argumentos contra e a favor do aborto.

**Palavras-chave:** Aspirantes a aborto. Saúde da mulher. Bioética. Saúde pública.



**Stella de Faro Sandi**

Médica ginecologista e obstetra pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestre em Sexualidade Humana pela Universidade Gama Filho (UGF), especialista em Bioética pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), médica da área técnica da Saúde da Mulher, da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Sesdec/RJ)

No Brasil, a questão do aborto possui dupla abordagem. Por um lado, o desenvolvimento tecnocientífico ocorrido nas últimas décadas proporcionou o diagnóstico cada vez mais precoce de malformações fetais e doenças genéticas incompatíveis com a vida extrauterina, como, por exemplo, a anencefalia. Esse fato desencadeou uma série de processos jurídicos solicitando permissão para a interrupção voluntária dessas gestações, nos países com leis totalmente proibitivas ou muito restritivas em relação ao aborto induzido. O aborto desses fetos relaciona-se a um procedimento com indicações médicas visando ao bem-estar da gestante e não à interrupção voluntária da gestação de fetos potencialmente viáveis, que é o ponto emblemático da discussão do aborto<sup>1</sup>. Por outro, tais situações suscitaram debates no Congresso Nacional, no Supremo Tribunal Federal (STF) e na mídia, envolvendo profissionais de diversas áreas e a sociedade civil a respeito não só



**Marlene Braz**

Médica psicanalista, doutora em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz) e pesquisadora em Bioética no IFF/Fiocruz

do aborto dos fetos acometidos por problemas incompatíveis com a vida, mas também da ampliação da lei ou da descriminalização dessa prática <sup>2</sup>.

Recentemente, o aborto induzido e realizado de forma não segura foi mundialmente reconhecido como problema de saúde pública devido ao importante número de complicações, sequelas (como, por exemplo, a infertilidade) e mortes (evitáveis!) que dele podem decorrer. Em virtude da maioria dos casos ocorrerem na clandestinidade e em condições insalubres, o aborto induzido e ilegal é a quarta causa de mortalidade materna no Brasil <sup>3</sup>.

No debate do projeto de lei para descriminalização do aborto (PL 1.135/91), ocorrido no Congresso Nacional em 2007, as vozes contrárias à sua aprovação evidenciaram que a eficácia da implantação dos programas de planejamento familiar, o melhor acesso dos casais aos métodos contraceptivos e a maior qualidade dos serviços de atendimento à mulher e à gestante são medidas suficientes para reduzir de forma eficaz as taxas de morbimortalidade materna <sup>4</sup>, haja vista que as causas responsáveis pelo aumento da fragilidade das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, expondo-as a maior risco de morte, são: desinformação, baixa escolaridade, desnutrição, baixa renda, discriminação étnica, ausência de amparo familiar ou do parceiro e grau de exposição à violência doméstica <sup>5</sup>. Todavia, esses fatores também se associam à gestação indesejada e, conseqüentemente, à prática do aborto, e tornam evidente a relação entre a desigualdade socioeconômica, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde e o maior *estado de vulnerabilidade* das mulheres ante uma gravidez não desejada.

Analisando o panorama do debate político do PL 1.135/91, Nogueira e Baptista <sup>4</sup> constataram a influência patriarcal no discurso do juiz José Torres e a frequente e enfática utilização de argumento religioso.

Além disso, os autores apontaram criticamente, que o relator da matéria já advoga sua posição – contrária à descriminalização do aborto – antes mesmo de assumir a relatoria. Disso se pode concluir, portanto, que a discussão sobre o aborto ocorrida no Congresso Nacional foi marcada por ações particulares de agentes morais que utilizaram o privilégio de seu lugar de fala público para atuar contrariamente sobre a decisão privada de pacientes morais vulneráveis, no caso, as mulheres que desejam interromper suas gestações, submetendo-as a uma condição de impotência em relação aos seus próprios desejos, o que embota a autonomia das mesmas.

Dessa forma, se faz necessário aprofundar o conhecimento sobre as ferramentas argumentativas que norteiam o tema proposto a partir do reconhecimento da existência, na contemporaneidade, de uma dupla face em sua abordagem: uma voltada para a questão do aborto enquanto problema de saúde pública; outra, voltada para uma abordagem bioética que garanta a neutralidade do pensar ético acerca dessa dilemática questão.

Este trabalho foi proposto para o aprofundamento de reflexões sobre esse tema. Seu objetivo é analisar criticamente a criminalização do aborto no Brasil a partir de evidências sobre sua relação com os temas da liberdade sexual e reprodutiva da mulher e os índices de mortalidade materna – tópicos críticos em relação a essa situação paradigmática –, bem como proceder uma análise bioética que articule diferentes ferramentas

para abrandar as tensões existentes, visando proporcionar mais um passo da sociedade em direção ao desenvolvimento das relações humanas dentro dos conceitos de justiça, dignidade e igualdade.

## **Método**

Utilizou-se uma abordagem metodológica orientada pelo trabalho de revisão bibliográfica a partir de abordagem bioética que contemplou a análise dos temas propostos em fonte de dados encontradas em livros, artigos de revistas científicas nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme e PubMed), teses de doutorado e dissertações de mestrado em banco da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes-CNPq) e sites específicos.

A partir dos dados fornecidos pelos artigos foram construídas três categorias – a partir das quais reflete-se criticamente sobre sua influência nesse ato. A primeira ocupa-se dos dados epidemiológicos do aborto clandestino, como incidência e complicações; a segunda descreve características socioeconômicas das mulheres, avaliando-se sua importância para o aumento do número de abortos provocados; e a última reúne os fatores que compõem o universo onde está inserida a mulher que deseja abortar. Posteriormente, construiu-se uma análise reflexiva acerca do aborto, fundamentada em argumentos bioéticos, visando a contribuir para o desenvolvimento de um pensamento profundo sobre esse emblemático tema no âmbito da moral.

## Dados epidemiológicos do aborto induzido não saudável

A América Latina é a região que registra a segunda maior taxa de aborto, com quase todos os casos ocorrendo na clandestinidade. A maior taxa mundial encontra-se na Europa Oriental e a menor, na Europa Ocidental. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) ocorrem aproximadamente um milhão de abortos por ano no Brasil e somente 15% podem ser atribuídos a causas espontâneas, resultando, nos últimos cinco anos <sup>6</sup>, em 1,2 milhão de interações por complicações de abortos ilegais, índice registrado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em virtude da ilegalidade, é difícil mensurar com fidedignidade as taxas da incidência do aborto induzido e os fatores psicossociais a ele relacionados, bem como a desigualdade de condições em que é praticado em virtude das diferenças socioeconômicas, pois a maioria dos estudos foi realizada em hospitais e clínicas da rede pública de saúde, as quais registram somente os casos em que ocorrem complicações, geralmente em mulheres economicamente desfavorecidas e que chegam a essas unidades. Assim, qualquer número sempre será estimado, ou melhor, subestimado.

Porém, como o maior número de mortes por complicação pós-aborto está presente nos países onde o procedimento é ilegal, ou seja, praticado sem as mínimas condições de segurança para a mulher, pode-se pressu-

por que as taxas de aborto nos países com leis restritivas não sejam tão mais baixas do que as dos países onde é legalizado <sup>7</sup>.

O aumento da incidência de complicações devidas ao aborto, no Brasil, é fenômeno mais evidente nas últimas décadas, figurando entre as principais causas de mortalidade materna, principalmente nos últimos 15 anos <sup>8</sup>. As consequências da realização do aborto para a saúde da mulher podem ser caracterizadas como físicas ou psíquicas.

Os danos físicos, ou seja, as iatrogenias como perfurações uterinas com acometimento de órgãos adjacentes, hemorragias e infecções que podem causar sequelas ou a morte, acontecem em virtude do procedimento não ser realizado por profissionais de saúde em condições adequadas. Em paralelo, a legalização do aborto promove redução no percentual de complicações, principalmente por viabilizar a realização mais precoce do procedimento, além de permitir que seja realizado no sistema de saúde, sob padrões técnicos específicos <sup>9</sup>. Assim, está se tornando prática comum a migração de mulheres de países com leis restritivas ao aborto para aqueles onde o procedimento é permitido por lei <sup>10</sup>.

Como os problemas psicoemocionais podem se apresentar antes ou após o procedimento, as mulheres que optam pelo aborto necessitam de suporte psicológico para lidar com a perda <sup>11</sup>. Estudo brasileiro abordando casos de aborto por má-formação fetal verificou que os sentimentos

negativos podem ocorrer desde o momento em que decidem pelo aborto e meses após ainda podem persistir lembranças do que foi vivenciado. Mas a maioria das mulheres entrevistadas afirma que teria a mesma atitude em situação idêntica. Entretanto apenas aproximadamente metade delas aconselharia o aborto à outra que estivesse com o mesmo problema <sup>12</sup>. Portanto, percebe-se que a mulher entende a decisão pelo aborto como privada e individual. Não existem estudos, no Brasil, que analisem a taxa de arrependimento e os fatores psicemocionais de mulheres que interrompem gestações de fetos potencialmente viáveis e os possíveis fatores e danos relacionados a tal decisão.

Nos países onde o aborto é legalizado, é possível fazer uma avaliação mais fidedigna dos distúrbios emocionais e do arrependimento pós-aborto. Ao serem avaliados os fatores de risco para o aparecimento de distúrbios emocionais, independente do motivo para a realização do aborto, encontrou-se fatos como: morar sozinha, ter pouco suporte emocional da família e dos amigos, mudanças adversas pós-aborto nas relações com o parceiro e religião <sup>13</sup>. Esses distúrbios estão presentes em metade dos casos e em aproximadamente um terço deles apresentam-se na forma grave. Algumas mulheres questionaram a decisão pelo aborto e a maioria não considera repeti-lo caso tornem a engravidar. A comparação entre os estudos com fetos inviáveis e viáveis evidenciou que a taxa de arrependimento foi maior naquelas com fetos viáveis, o que sugere a

possibilidade de que a decisão, no caso de aborto com fetos potencialmente viáveis, pode sofrer maior influência de fatores coercitivos como a família, o parceiro e a religião – mais relacionados com o aumento do risco para a ocorrência de distúrbios emocionais pós-aborto.

### **Perfil socioeconômico das mulheres que praticam aborto no Brasil**

As maiores taxas de morbimortalidade por complicações pós-aborto ocorrem mais frequentemente nas mulheres das classes com menor poder socioeconômico, demonstrando que se submetem a métodos mais inseguros e precários por não conseguirem arcar com os custos da clínica clandestina, além de possuírem mais dificuldades ao acesso para receber os cuidados adequados ao tratamento de complicações <sup>14</sup>.

A evidência de que a restrição legal promove a desigualdade de condições em que o aborto é realizado se dá mediante análise das diferenças sociais entre as mulheres que realizam o procedimento em clínicas clandestinas e as internadas por complicações nas unidades públicas. De acordo com o local de ocorrência, o perfil das mulheres que abortam é:

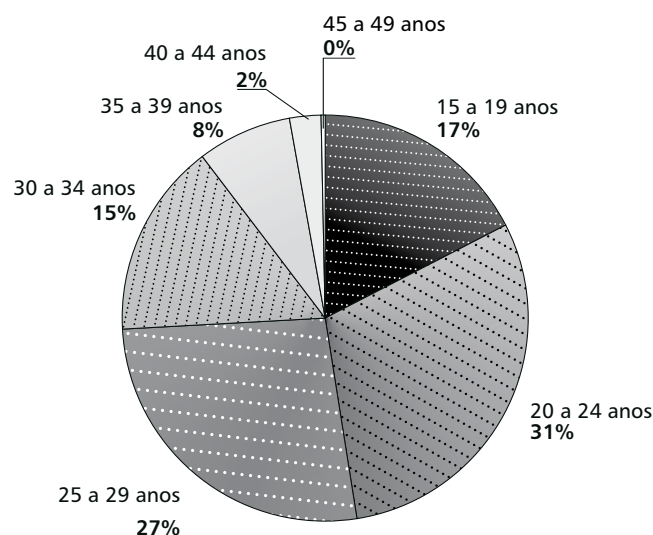
- a. Em clínicas clandestinas: estudaram o secundário e o pós-secundário, não estavam mais estudando, não eram casadas, tinham entre 20 e 29 anos, sem ou com poucos filhos (máximo de dois), 12% já haviam feito aborto antes,

a maioria dos abortos foi realizada entre seis e doze semanas de gravidez, não usavam métodos contraceptivos, a maioria dos parceiros apoiaram ou não ficaram sabendo <sup>15</sup>;

- b. Em unidades públicas: idades entre 20 e 29 anos, casadas, estudaram por até oito anos, já têm filhos e são católicas <sup>16</sup>.

Nos dois locais, a avaliação da idade das mulheres atendidas demonstra maior ocorrência de abortos (espontâneos e provocados) nas duas principais faixas de taxa de

fecundidade das mulheres brasileiras<sup>17</sup> (Gráfico 1). As mulheres entre 20 e 29 anos, portanto, devem ser o alvo principal dos programas voltados para a saúde sexual feminina, os quais devem ter por objetivos não só esclarecê-las acerca dos métodos contraceptivos e garantir-lhes o acesso aos mesmos, mas também introduzi-las a reflexões sobre os papéis sociosexuais da mulher, considerando-se que a gestação indesejada e a violência de gênero são duas importantes causas diretamente relacionadas ao aborto.



**Gráfico 1.** Taxa de fecundidade da população feminina brasileira em 2004, por faixa etária

Fonte: Datasus. Acesso em 25.5.2008.

Além da diferença entre classes sociais, a distribuição das causas de morte é diferente entre as etnias negra e branca. A negra apresenta taxas maiores de morte por causas externas, complicações da gravidez e do parto, transtornos mentais e causas mal definidas do que a branca<sup>18</sup>. Embora essa constatação pareça óbvia, pois a maioria da população brasileira

desfavorecida socioeconomicamente é composta por negros e pardos, ilustra-se que a criminalização do aborto contribui efetivamente para a falta de distribuição igual e justa das possibilidades do controle reprodutivo entre as mulheres das diversas camadas sociais e de diferentes etnias, contrapondo-se ao princípio bioético de justiça, bem como à equidade <sup>19</sup>.

No tocante ao nível instrucional, estudos realizados no Brasil evidenciaram sua direta relação na decisão de uma mulher fazer aborto em caso de gestação indesejada, ou seja, quanto mais anos de estudo, maior a probabilidade de a mulher, em caso de gestação indesejada, abortar <sup>20,21</sup>. Tal fato pode estar relacionado a um maior desenvolvimento da autonomia dessas mulheres, o que as tornou mais assertivas para buscar usufruir de seu direito à liberdade reprodutiva, por refletirem mais criticamente sobre questões envolvendo a moralidade sexual e reprodutiva e sofrerem menos coerção da família, do parceiro, das

condições socioeconômicas, religião e consenso moral da sociedade – o que permite inferir que suas decisões acerca do aborto sejam mais autônomas.

Como a maior concentração da população feminina brasileira com melhor nível de estudo encontra-se acima dos 15 anos (Gráfico 2), esse grupo contém a faixa etária de maior fecundidade e incidência de aborto (20 a 29 anos). Assim, faz-se mister realizar estudos exclusivamente voltados para a avaliação do grau de instrução, assertividade e desenvolvimento da autonomia das mulheres.

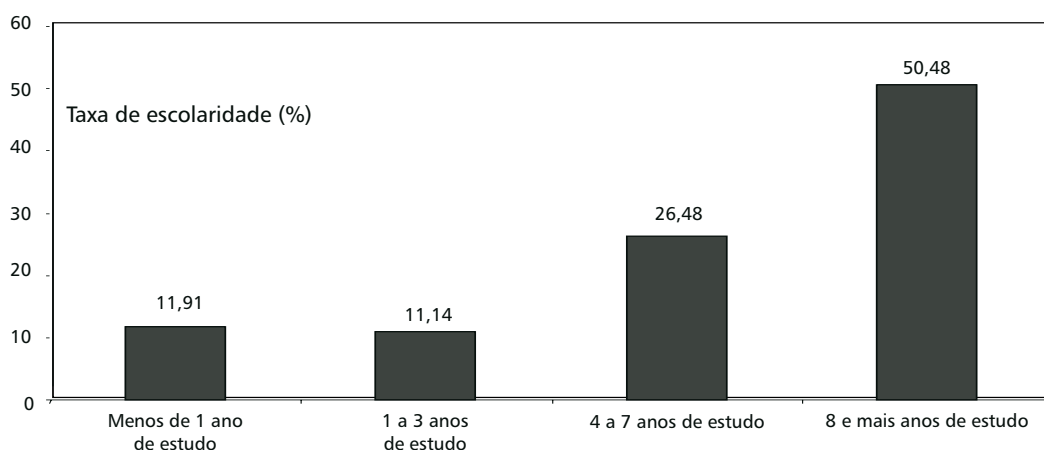


Gráfico 2. Taxa de escolaridade brasileira (%) 2005 – sexo feminino a partir de 15 anos

Fonte: Datasus. Acesso em 25.5.2008.

Apesar da direta relação entre o aumento do nível instrucional e o aumento das opiniões favoráveis à legalização ou descriminalização do aborto <sup>22</sup>, segundo Freire <sup>23</sup> a educação, da forma como é empreendida em nosso país, não fornece bases para o sujeito pensar de forma crítica e autônoma, tornando-se necessária – tanto para o ensino quanto para

o desenvolvimento moral – uma desconstrução do que atualmente se entende por educação. Conforme Rego <sup>24</sup>, até mesmo os atuais currículos do curso médico, baseados na educação heterônoma, não colaboram para a formação ética do médico, necessária para o enfrentamento de questões bioéticas limítrofes, como a eutanásia e o aborto. Tal

abordagem pedagógica não estimula a reflexão autônoma, além de embotar a análise crítica de questões que permeiem conceitos relacionados à moralidade, como: responsabilidade, liberdade, autonomia, justiça e proteção dos vulneráveis. Assim, apesar das opiniões da maioria dos ginecologistas e obstetras, ou seja, profissionais que deparam com casos de gestação indesejada ou complicações pós-aborto, serem contrárias à descriminalização do aborto em qualquer circunstância, e poucos se proporem a ajudar uma paciente ou familiar a realizá-lo, a maioria das médicas e esposas de médicos já haviam se submetido ao aborto<sup>25</sup>. A dissociação entre teoria e prática observada na sociedade brasileira, onde o aborto é visto como dilema, parece caso insolúvel, independente dos níveis socioeconômico e instrucional<sup>25</sup>, pois a própria educação não está voltada ao fomento da reflexão e autonomia.

### **Fatores que influenciam a prática do aborto**

Os profissionais, no exercício de suas atividades promovendo a assistência às mulheres e gestantes, deparam-se com casos de aborto provocado ou com o desejo de fazê-lo e conseguem visualizar os fatores relacionados a tal prática. Alguns são evidentes, outros não. Mas na maioria dos casos estão interrelacionados. O entendimento dessas relações é fundamental tanto para as discussões sobre o aborto quanto para o desenvolvimento de políticas públicas que objetivem eliminar os fatores que colaboram para a ocorrência de abortos, a seguir descritos.

A gestação indesejada é o principal fator relacionado à ocorrência de indução de abortos, cuja penalização não respeita direitos fundamentais das mulheres, como o direito à saúde, à autonomia e à maternidade livre e voluntária. Esses tópicos foram debatidos na 4ª Conferência Mundial da Mulher, realizada em Beijing, na China, em 1995<sup>26</sup>. Reconhecidos como parte integral dos direitos humanos e do *empowerment* feminino, as recomendações desse documento internacional estão voltadas a conscientizar a mulher sobre si mesma e o contexto onde vive, para que livremente possa exercer sua autonomia, ancorada pelo princípio de justiça e pelos direitos humanos, para a promoção do desenvolvimento sustentável e igualitário em todas as nações<sup>27</sup>.

Como segundo fator, deve-se considerar a violência de gênero e, particularmente, a violência doméstica, frequente em nossa sociedade, causa de alterações na sexualidade não somente pela violência física e psicológica, coexistentes na maioria dos casos, mas também pela violência sexual – o estupro doméstico –, que não é facilmente identificável como tal sequer pelas próprias vítimas<sup>28</sup>. Esse fato, além de expor a mulher a problemas psicossociais e ao risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST), pode ter como consequência a gravidez não planejada e, portanto, possivelmente indesejada, pois pode ocorrer num contexto totalmente adverso de sua vida [conjugal] ou até mesmo contra a sua vontade<sup>29</sup>. No Estado do Rio de Janeiro, dados recentes indicam aumento da incidência da violência de gênero, demonstrando que as políticas públicas de combate à



violência contra a mulher ainda não obtiveram os resultados esperados<sup>30</sup>.

A terceira variável sobre a decisão pelo aborto decorre do patriarcalismo – sistema de poder que é o alicerce da formação cultural brasileira, conforme evidenciou Gilberto Freyre, e determinou os papéis sociosexuais de homens e mulheres, tanto no campo<sup>31</sup> quanto nas cidades<sup>32</sup>. Em virtude dessa influência em suas crenças e atitudes, as mulheres posicionam-se de forma submissa em relação aos seus parceiros, tornando-se vítimas tanto de violência moral quanto física e/ou sexual, recorrentes na maioria dos casos<sup>28</sup>. A associação da incidência de aborto por gestação indesejada com a violência de gênero é fato presente nas sociedades cuja base de formação sociomoral ocorreu no sistema patriarcal.

Outro fator influente na decisão pelo aborto é o acesso aos métodos contraceptivos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência do uso de métodos contraceptivos e a taxa de aborto relacionam-se inversamente<sup>33</sup>. Entretanto, em algumas localidades da Colômbia, México e Brasil essa relação não foi observada<sup>34</sup>, o que parece demonstrar a dificuldade de as políticas públicas voltadas ao planejamento familiar diminuírem a incidência de gestações indesejadas em países com grande diversidade socioeconômica, principalmente no tocante ao acesso dos casais aos métodos, bem como ao sistema de saúde.

Também devem ser considerados fatores relacionados à distribuição regional. Alguns estudos evidenciam que a ocorrência de abortos

provocados<sup>35,36</sup> se dá tanto em regiões menos desenvolvidas economicamente como em áreas metropolitanas, onde há mais acesso à informação e às clínicas clandestinas. Essa distribuição, centralizada em algumas regiões, parece ser característica dos países com desigual distribuição de renda e recursos ofertados pelo governo às diversas regiões, possuindo duas condições diferentes para a ocorrência do aborto inseguro e suas complicações: 1) nos grandes centros, onde, apesar do acesso à informação ser maior, não há acesso ao planejamento adequado da gravidez, embora existam mais recursos para o tratamento das complicações; 2) nas áreas rurais, onde há menos informação e os recursos são mais escassos tanto para o planejamento adequado como para o tratamento das complicações. Portanto, o ponto principal de desigualdade entre essas regiões está na maior acessibilidade a meios mais adequados para o tratamento das complicações, já que as mulheres residentes em áreas mais pobres ou subdesenvolvidas possuem maior chance de ficarem mais gravemente enfermas e, assim, maior possibilidade de morrer por não receberem o tratamento necessário no momento adequado.

A biopolítica e o biopoder também podem ser tomados como fatores que podem incidir sobre a escolha pelo aborto. A subordinação da medicina científica ao desenvolvimento capitalista como a primeira forma de intervenção do Estado sobre o indivíduo encontra-se bem fundamentada, e ocorreu por meio da socialização do corpo, transformando-o em corpo social, o qual representa o controle da sociedade sobre os indivíduos<sup>37</sup>. O capita-

lismo transformou o corpo em unidade biopolítica, e a medicina foi o meio pelo qual a biopolítica passou a exercer o controle sobre o corpo do indivíduo. Esse poder apreendido pelo Estado, por intermédio da medicina, designada instância capaz de exercer tal controle sobre o corpo e a sexualidade, evidenciou uma nova forma de poder sobre os indivíduos: o *biopoder* <sup>38</sup>.

A partir dessas reflexões, Foucault apresenta o início do pensamento sobre a biopolítica que, por um lado, pode ser uma prática do Estado que serve, por exemplo, para o controle de indicadores de saúde, importantes para se pensar as políticas públicas de saúde <sup>39</sup>, como a natalidade, por exemplo. Por outro lado, esse dispositivo pode objetivar o domínio reprodutivo da população, induzindo às mulheres a necessidade (quase obrigação) de usar métodos contraceptivos, quando o interesse político está focado no controle da natalidade, ou ao contrário, desestimular tanto o uso desses métodos como também proibir o aborto, em sociedades que necessitam crescer demograficamente, conforme ocorreu em civilizações da Antiguidade e, recentemente, em alguns países da Europa após a Segunda Guerra Mundial, onde a lei passou a não mais permitir o aborto <sup>40</sup>.

Por fim, embora não menos importante, deve-se considerar a influência de fatores decorrentes da moral religiosa. O isolamento moral que a sociedade imputa às mulheres que abortam decorre de classificação estereotipada que provém da moral religiosa e está associada ao controle biopolítico do corpo pela medicina e pelo Estado. Esse é outro fator relacionado às

altas incidências de complicações e morte por aborto induzido, pois impulsiona a mulher a realizar o procedimento às escondidas, para assegurar sua privacidade e fugir do julgamento do senso moral da sociedade <sup>41</sup>.

### Uma análise bioética do aborto induzido

Nas anamneses clínicas, as histórias das mulheres frente à gravidez indesejada são particularmente contextualizadas, o que torna a generalização inadequada e não auxilia a tomada de decisão. Entretanto, observa-se que alguns conflitos enfrentados, apesar de pessoais, possuem pontos em comum e independem de fatores socioeconômicos, como por exemplo:

- a. O conflito moral (fazer ou não um aborto?), que evidencia a tensão existente entre a sacralidade da vida [humana] e a qualidade da [sua própria] vida;
- b. Os motivos que norteiam a decisão a favor ou contra. Um dos principais implicados favoravelmente é a falta de apoio do parceiro ou da família. Aqui se percebe algumas coerções sobre a autonomia dessas mulheres, que podem colaborar para a limitação do uso desse princípio *prima facie* na análise da temática;
- c. Quando decide não progredir com a gravidez: como fazê-lo? É ilegal. Como resolver esse problema? Essa situação demonstra contraposição entre o princípio da justiça, associado à liberdade nas escolhas sexuais e reprodutivas, e a norma legal proibitiva ou restritiva.

Esses tópicos permeiam toda a discussão ética sobre o aborto induzido clandestino, pois abrangem a tensão entre os seguintes princípios bioéticos: sacralidade da vida, qualidade da vida, os princípios *prima facie* do principia- lismo de Beauchamp e Childress, e também a justiça, conforme preconiza Amartya Sen. Portanto, torna-se mister refletir acerca dos argumentos de cada princípio em relação a essa emblemática situação.

### Princípio da sacralidade da vida

O poder da Igreja Católica sobre a sexualidade ficou evidente quando a mesma promoveu uma mudança no pensamento sobre o ato de abortar ao vetá-lo, classificando-o como pecado. Além do aborto, Santo Agostinho incluiu o uso de métodos contraceptivos, designando ambos como *pecado contra o sacramento do matrimônio*<sup>42</sup>. Assim, instituiu-se nova moralidade acerca do aborto, baseada na sacralidade da vida [humana], cuja premissa é *a vida é um Bem*, ou seja, é sempre digna de ser vivida e, como tal, deve ser protegida, não podendo ser interrompida nem mesmo por vontade da própria pessoa. Para Durand<sup>43</sup>, o princípio da sacralidade da vida originou-se nas tradições religiosas orientais (principalmente o hinduísmo) e na judaico-cristã, e não perde a importância quando a moral e o direito se separam da religião, pois parece estar relacionado ao imperativo do dever *não matar*, que não somente protege e promove a vida humana, mas proíbe qualquer ação que prejudique os outros.

Um dos problemas desse princípio, no caso do aborto, está relacionado ao entendimento de

quando começa a vida humana. Os argumen- tos biológico e evolutivo, que se propõem a explicar o início moral da vida humana, con- trapõem-se entre si e ao entendimento da vida como *vida de relação*. A visão relacional do início da vida humana acontece quando a mulher aceita a si mesma como mãe e assume uma relação com o embrião ou o feto, ou seja, assume a potencialidade de ser mãe<sup>44</sup>. Este é um ato decisional, mais do que um aconteci- mento natural e, por isso, eventualmente indesejado. No início da relação mãe-filho funda-se o diálogo ético entre ambos, por isso é importante respeitar a autonomia da mulher em torno da decisão de assumir ou não essa potencialidade, pois representa o respeito a esse compromisso ético.

Além disso, segundo Anscombe<sup>45</sup>, a norma moral *não matar*, relacionada ao dever, possui exceções como na legítima defesa, na guerra, em campos de concentração – quando matar ou mentir para salvar a vida de inocentes pode ser uma ação justa. E uma gravidez indesejada não seria um estado de exceção na vida da mulher? Entretanto, a biopolítica reduz o ser humano a um corpo biológico sem as características histó- ricas, culturais e sem seus direitos (= *de bíos à zoé*), isto é, a vida nua, o *homo sacer*<sup>46</sup>. Com o argumento de que a gravidez é sagrada, baseado no princípio da sacralidade da vida, a biopolítica se contrapõe ao aborto, não se importando com os motivos que norteiam a vontade da mulher em interromper a gravidez<sup>47</sup>.

Na discussão da *moral do aborto* perpassada pela biopolítica e o controle do corpo social, percebe-se um conflito para caracterizar a

mulher que deseja abortar: ela é *agente* ou *sujeito moral*? Essa determinação é fundamental para a avaliação bioética da temática. Ao ser qualificada como responsável por estar grávida, a mulher é enquadrada como agente, ou seja, ela agiu contra seus desejos ao se deixar engravidar, pois não usou métodos para evitar que isso ocorresse. Entretanto, essa análise pode (e deve) ser questionada pelos seguintes argumentos: a interação entre responsabilidade e liberdade [de escolha] e o efetivo acesso aos dispositivos de informação e métodos de planejamento familiar determinados pelo ordenamento jurídico.

No que diz respeito ao primeiro argumento, segundo Jonas <sup>48</sup>, a responsabilidade está diretamente relacionada à liberdade, isto é, quanto mais liberdade a pessoa tem, maior será a sua responsabilidade para consigo, com os outros seres sencientes e com o meio ambiente. Sartre <sup>49</sup>, ao pensar ontologicamente o ser, amplia essa relação: (...) *o homem, estando condenado a ser livre, carrega nos ombros o peso do mundo inteiro: é responsável pelo mundo e por si mesmo enquanto maneira de ser* (...) *Por outro lado, tal responsabilidade absoluta não é resignação: é simples reivindicação lógica das consequências de nossa liberdade* (...) *A situação é minha por ser a imagem de minha livre escolha de mim mesmo* (...) <sup>49</sup>.

No que tange ao segundo, a lei que normatiza o planejamento familiar no Brasil prevê a inserção de informações sobre os métodos nos serviços públicos de saúde, bem como a distribuição dos mesmos para ajudar a mulher a evitar uma gravidez indesejada. Contudo, as

informações não estão globalizadas e não se percebe uma qualidade de atenção à saúde capaz de executar amplamente esse plano assistencial. A complexidade da situação é visualizada ante a dificuldade de as mulheres terem acesso aos mais diversos métodos contraceptivos e, por conseguinte, conseguirem optar sobre o momento em que desejam (ou não) ter filhos. Diante de tal obstáculo o aborto acaba sendo um método de exclusão, haja vista que nas regiões e países onde existem ações efetivas para evitar gestações indesejadas, mesmo com legislação liberal ao aborto, a taxa de abortamento é menor do que nos países onde essa prática é ilegal <sup>50</sup>. Assim, cabe indagar: se fatores como as dificuldades de acesso ao sistema de saúde e aos métodos contraceptivos somados à violência doméstica intrínseca à cultura patriarcal impedem as mulheres de exercer suas livres escolhas, como responsabilizá-las totalmente pela gestação indesejada?

Outro argumento contra o aborto – utilizado tanto pelas normas jurídicas quanto pela religião – é o da ladeira escorregadia (*slippery slope*), com a premissa de que não devem ser procedidas permissões sob a alegação de que se tornem precedentes para outras atitudes maléficas aos homens. Mas as autorizações para o aborto em casos especiais, como no risco de vida materno, no estupro e nas malformações fetais incompatíveis com a vida, não podem ser consideradas eventos facilitadores para *escorregar* essa aplicação a todos os casos de aborto, pois esses possuem indicações médicas que não convergem com a atitude de preservar uma vida potencial (a do feto) em detrimento da saúde da mulher e até mesmo de sua pró-

pria vida. Pois a mulher, como um *ser no mundo*, deve ter sua vida valorizada.

### **Princípio da qualidade de vida**

O princípio da qualidade de vida, que é o principal contraponto ao princípio da sacralidade da vida, determina um valor para a vida humana, ou seja, para ser digna de ser vivida deve possuir qualidades históricas e socioculturais. Desse ponto de vista, a mulher já se encontra inserida no mundo com suas relações sociais e culturais que devem ser preservadas. O axioma que funda esse princípio é a preservação da qualidade de vida da mulher, haja vista que o embrião ou feto não possui essas relações e, no caso da gestação indesejada, não existe sequer a primeira relação que poderia lhe ser atribuída, que seria com a mãe. Portanto, a vida da mulher agrega graus maiores de qualidade a serem preservados do que a dos embriões ou fetos – mas a esse princípio ainda não converge o reconhecimento universal.

Dadas as contingências históricas e culturais que condicionam os papéis sociais atribuídos às mulheres, o princípio da qualidade de vida é, especialmente nesse caso, contrastado por alguns questionamentos, como por exemplo: qual seria o significado de uma vida que vale à pena ser vivida? Quem determina tal significado? Siqueira-Batista e Schramm<sup>51</sup> recorrem a Kant para responder a essas questões: para um ato ser genuinamente moral, ele deve ser realizado livremente pelo sujeito ético. Deve decorrer de uma escolha autêntica. Assim, a mulher, considerando a sua qualida-

de de vida, deve possuir liberdade para tomar suas decisões enquanto sujeito ético, ou seja, possuir autonomia.

### **Autonomia, vulnerabilidade e justiça**

A autonomia exerce papel central no modelo principialista de Beauchamp e Childress<sup>19</sup>. É definida como a capacidade de se autodeterminar, livre de controles externos e internos. As pessoas com autonomia diminuída são controladas parcial ou totalmente por outrem. As duas condições básicas para o exercício da autonomia são: a liberdade externa e a agência ou liberdade interna (isto é, o sujeito tem que agir intencionalmente). Para esses autores o mais importante é que a ação seja autônoma: que o agente moral aja intencionalmente, com compreensão e sem influências externas. O autoritarismo, o patriarcalismo e o paternalismo são exemplos de sistemas que não permitem o exercício da autonomia, ao menos não para todos (e todas) a eles submetidos.

Consequentemente, ainda hoje se percebe a dificuldade de as mulheres expressarem autonomia perante seus parceiros. Por exemplo, na negociação do uso do preservativo masculino nas relações sexuais, mesmo sabendo que não usá-los as coloca em risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis<sup>52</sup>. Esse embotamento da autonomia feminina demonstra a vulnerabilidade das mulheres frente a situações emblemáticas como a violência de gênero e a gestação indesejada, independentemente de classe socioeconômica e nível de instrução.

Porém, essa situação de vulnerabilidade ou maior fragilidade da mulher não é uma situação imutável, pois o estado de vulnerabilidade relaciona-se ao *vir a ser*, ou seja, uma situação tem a potencialidade de passar à outra. Schramm apreende a diferença entre potência e ato, proposta por Aristóteles, para determinar os conceitos de vulnerabilidade e vulneração, considerando que essa diferença evidencia consequências relevantes nas descrições, normatizações e prescrições para cada caso. Segundo o autor, faz-se pertinente diferenciar vulnerabilidade (=característica universal dos humanos, dos animais e dos ecossistemas) e vulneração (=situação de fato)<sup>53</sup>. Assim, os humanos estarão vulnerados devido a contingências diversas: classe social, etnia, gênero, condições de vida e estado de saúde.

Por conseguinte, a potencialidade, do ponto de vista etimológico, é uma característica intrínseca à palavra *vulnerabilidade*, visto ser vulnerável qualquer ser vivo que pode ser ferido. Kottow<sup>54</sup> caracteriza a vulnerabilidade como característica antropológica do ser humano e propõe o conceito de susceptibilidade, enquanto dano instalado a grupos sociais e indivíduos. Para Braz<sup>55</sup> e Kottow<sup>54</sup> os indivíduos que sofreram algum dano que os priva de suas capacidades, as quais são provenientes de sua vida pessoal e de possibilidades presentes na sociedade (por exemplo: saúde, educação, habitação etc.), são ditos *desmedrados*, pois estão danificados, ou seja, são vulnerados e estão suscetíveis a outros danos.

Relacionada ao estado de *vir a ser* e à potencialidade, a reversibilidade é outra característica

intrínseca do *estado de vulnerabilidade* e remete à ideia de movimento, de mudança, isto é, pessoas e povos vulneráveis podem sair dessa situação com o aumento de sua capacidade de autodeterminação. Isto pode ocorrer por meio do *empowerment* desses sujeitos morais, por ações afirmativas desenvolvidas e implantadas tanto pelas esferas de governo quanto por indivíduos capacitados dentro de uma sociedade justa, segundo o modelo de justiça da teoria das capacidades, de Amartya Sen<sup>56</sup>.

Segundo o autor, na sociedade só há justiça quando o indivíduo possui liberdade para exercer suas capacidades, já que *as capacidades humanas constituem uma parte importante da liberdade individual*<sup>57</sup>, ou seja, as capacidades das pessoas dependem de características e possibilidades sociais do contexto no qual se inserem, por isso a liberdade total do indivíduo advém não só das capacidades de sua vida pessoal. Partindo desse pressuposto, a vulnerabilidade também está associada a uma deficiência de liberdade para exercer as suas capacidades.

Assim, percebe-se que alguns autores propõem de forma pertinente diferenças nos conceitos de vulnerabilidade e outros termos mais adequados para classificar as populações vítimas de danos, mas em virtude da difusão no meio acadêmico e científico do termo vulnerabilidade para caracterizar grupos vulnerados, desmedrados ou suscetíveis também o uso dessa categoria revela-se conveniente nas discussões bioéticas envolvendo esses grupos. Na discussão em tela deve-se ter em vista que as mulheres encontram-se suscetíveis a sofrer danos acessórios quando desejam interromper

uma gestação, já que, enquanto minoria sociosexual, são sujeitos morais particularmente vulneráveis em decorrência dessa condição. Esse entendimento é importante, pois as tentativas de ocultar a vulneração e suas causas fazem da autonomia um discurso que responsabiliza as vítimas por suas próprias feridas. Por serem braços dialéticos da bioética latino-americana<sup>58,59</sup> os conceitos de *vulnerabilidade* e *autonomia* podem ser, também, princípios bioéticos orientadores das discussões sobre o aborto.

### Princípio de Beauchamp e Childress

Usando os fundamentos da ética principialista, a criminalização do aborto contraria os quatro princípios *prima facie*<sup>19</sup> que delineiam esses parâmetros: os agentes morais impedem o exercício da autonomia da mulher que deseja interromper sua gestação; não avaliam os benefícios nem os riscos que o aborto pode trazer tanto para a mulher quanto para a sociedade. Os agentes agem de forma paternalista, sob o argumento de que *sabem o que é melhor para todos*, eximindo-se de prevenir os danos do aborto realizado na clandestinidade, em condições inadequadas à saúde da mulher. Também a criminalização não obedece ao princípio da justiça, pois penaliza a mulher em estado de vulnerabilidade por ter engravidado, como se todas tivessem acesso a todas as informações e a todos os métodos disponíveis, inclusive não considerando o percentual de falhas dos mesmos, já que nenhum é 100% eficaz *in vivo*, colaborando para o aumento da desigualdade social, conforme exposto.

Além disso, percebe-se, na prática, que mesmo com a autonomia sofrendo influências de mecanismos coercitivos contra o aborto, como a moral religiosa e a norma legal, se as outras potenciais fontes de coerção (família, parceiro, situação econômica etc.) estiverem a favor a mulher abortará, ou seja, resolverá a tensão entre o princípio da sacralidade da vida e o princípio da qualidade de vida apoiando-se na estrutura que lhe for mais forte e influente, que geralmente é a família e/ou o parceiro. Se, por outro lado, a mulher possuir sua capacidade autônoma desenvolvida, conseguirá escolher livremente e se o aborto for sua opção, ela o fará. Portanto, a mulher aborta ou pelo exercício de sua autonomia e livre escolha ou de forma heterônoma, sob influência de coerções.

### A moralidade brasileira

O Brasil é multiétnico em sua formação cultural: mais de três milhões de negros trazidos por meio do tráfico negreiro somaram-se à população indígena nativa e aos brancos (principalmente) lusitanos. Essas matrizes étnicas sofreram um processo de mestiçagem não apenas em relação às características físicas, mas também de culturas e costumes<sup>60</sup>. Atualmente, o país agrega ainda maior miscigenação cultural, considerando-se outros povos que vieram posteriormente, como, por exemplo, os orientais, europeus de outras regiões (italianos e alemães) e vários grupos de povos de ascendência árabe e libanesa. Ante a incontestável multiplicidade étnica e cultural cabe questionar: por que a laicidade não se constitui em princípio ordenador das normas legais,

garantindo os direitos sexuais e reprodutivos para todas as mulheres no Brasil? Por que, apesar da já centenária separação entre a Igreja e o Estado, o princípio da sacralidade da vida continua a ser sobreposto ao do princípio da qualidade de vida e à autonomia na legislação brasileira em relação ao aborto? Por que o Estado se nega a legislar para toda a sociedade, garantindo o direito ao aborto seguro àquelas que escolherem essa opção, sem que tal fato obrigue nenhuma delas a submeter-se ao procedimento caso isso lhes contrarie a vontade ou crença?

A Igreja Católica não consegue exercer influência no planejamento de políticas públicas voltadas para o planejamento familiar e para o controle da disseminação das DST/Aids e que se baseiam em estudos epidemiológicos de morbimortalidade para promoverem as orientações adequadas e a distribuição de métodos contraceptivos pelo poder público, incluindo o preservativo. No caso do aborto, em particular, por que a análise epidemiológica das sequelas e mortes maternas causadas por abortos provocados, e que se relacionam com diversos fatores já vistos, dentre os quais se podem destacar neste país as desigualdades socioeconômicas, não é apreciada com imparcialidade pelo poder público, que claramente sofre influências da Igreja na sua tomada de decisões em relação a esse tema?

A moralidade da sociedade brasileira (parceiro, família, religião, política etc.) e a criminalização do aborto impedem as mulheres de exercer seus direitos reprodutivos de forma livre e autônoma, situando-as no limbo entre o certo

e o errado. E a moral jurídica, com sua base patriarcal encoberta pela moral religiosa, imersa no pensamento de que a vida humana [do embrião] é [mais] sagrada [do que a da mulher] e, por conseguinte, deve ser protegida. Tal contexto colabora para o constrangimento e a discriminação das mulheres que interromperam voluntariamente gestações indesejáveis, ou seja, elas não ficarão presas, mas não deixarão de ser consideradas culpadas e penalizadas por isso, permanecendo com esse estigma a acompanhar-lhes, conforme fato ocorrido no Mato Grosso do Sul em 2008 <sup>61</sup>.

Da discussão dos dados relativos ao aborto depreende-se que, no que tange à moralidade, é desnecessária a determinação do perfil socioeconômico das mulheres. Para a abordagem desse assunto no âmbito bioético deve-se considerar apenas sua característica como problema do campo da saúde pública, já que todas são mulheres em estado de vulnerabilidade. Simplesmente mulheres que deveriam ser olhadas compassivamente <sup>62</sup>, acolhidas <sup>63</sup> e terem seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos e respeitados sem a determinação de juízo de valor de terceiros em decisão que é única e exclusivamente de foro íntimo.

### Considerações finais

Atualmente, vive-se em um mundo onde as informações estão globalizadas desigualmente, associando-se à ruptura na práxis pela dissociação entre a teoria e a prática. É ingênuo analisar a situação do aborto sem associá-la à complexidade de fatores que estão ao seu redor, a começar pela crença ingênua na *informação*



*globalizada*, que implica acreditar que neste início de século todos saibam como evitar filhos. Mesmo supondo que tal falácia correspondesse a uma verdade, atribuir a esse conhecimento a capacidade de efetivamente concretizar a contracepção equivale a transformar potência em poder. Implica em subsumir os entraves decorrentes da desigualdade de acesso às políticas públicas de planejamento familiar, bem como a fechar os olhos às graves deficiências em sua operacionalização, no que diz respeito ao suprimento constante de métodos contraceptivos.

Embora possa parecer surpreendente para aqueles que, especialmente nas grandes metrópoles, vivem sob os auspícios da internet, o mundo ainda se encontra longe da ampla disseminação da informação, principalmente em países e regiões nos quais o acesso aos meios de comunicação não atingem uma importante camada da população, que é – sempre – a mais desfavorecida. Assim, percebe-se ser mera ilusão a certeza de que as mulheres, principalmente as residentes na África e na América Latina, possuem a dita *informação globalizada* e também acesso aos modernos métodos contraceptivos, haja vista que o acesso à saúde básica e à educação ocorre de forma precária e que a condição de vida dessas mulheres é, muitas vezes, genuinamente insalubre.

Os argumentos que culpabilizam e responsabilizam as mulheres, vítimas de uma gravidez indesejada, não se encontram em conformidade com a atual situação global do âmbito feminino, pois a falta de condições para exercerem suas livres escolhas é quase imanente aos seculares atributos coercitivos dos papéis de gênero,

que se associam a restrições decorrentes de sua etnia e da situação socioeconômica em que vivem. Nesse contexto em que a formação social ainda está baseada no patriarcado, a gestação indesejada e o aborto são situações que expõem a vulnerabilidade das mulheres, aumentando sua dificuldade em exercer a autonomia.

Portanto, o problema do aborto não é questão de saúde pública somente devido às complicações físicas e mortes decorrentes. Embora tais indicadores devam necessariamente ser considerados, é essencial analisar o contexto mais amplo, pois os paradigmas que envolvem a questão do aborto perpassam a formação mesma da moralidade da sociedade brasileira, a qual é fortemente influenciada pelos valores do patriarcado, que são a base da determinação dos papéis sociosexuais do homem e da mulher em nosso país. O problema do aborto induzido e que ocorre em condições insalubres não pode deixar de ser articulado também à sociedade, já que se trata do julgamento moral do senso comum, o qual, também, constitui um fator relacionado à clandestinidade do aborto.

A prática do *olhar o outro*, conforme descrito no encontro levinasiano <sup>62</sup>, e o *olhar compassivo*, segundo Siqueira-Batista <sup>63</sup> despertado pela compaixão, tornam possível avaliar desapeadamente o dilema da mulher grávida que não deseja ser mãe em um determinado momento. Aplicar os princípios bioéticos de justiça conforme a ética do acolhimento de Levinas <sup>64</sup> e da teoria das capacidades de Amartya Sen <sup>56,65</sup>, bem como respeitar a autonomia e a pluralidade, imprescindíveis para o exercício da cidadania, pode ser um ponto de

união entre a razão e os sentimentos individuais e os valores humanizadores aprendidos no processo de socialização. Tal como aponta Cortina <sup>66</sup>, os valores morais – liberdade, justiça, solidariedade, honestidade, tolerância ativa, disponibilidade para diálogo, respeito pela humanidade dos outros e a própria – precisam ser realizados por cada um e, por isso, a tendência é serem universalizados.

A bioética, por ser ética aplicada, é uma área do saber útil nas reflexões acerca do

caso paradigmático do aborto. É a saúde pública, campo onde ocorre a dialética de diversos saberes, incluindo a bioética, é o âmbito que abriga de forma pertinente o problema moral do aborto. É na confluência entre esses saberes que se podem promover as condições de excelência necessárias para embasar políticas públicas futuras que visem à descriminalização do aborto em nosso país, dando mais um passo em direção à igualdade, à justiça e ao desenvolvimento das relações humanas.

## Resumen

---

### **Mujeres brasileñas y aborto: un abordaje de la bioética en la salud pública**

El objetivo de este trabajo es reflexionar críticamente sobre la acusación del aborto en el Brasil. Se utilizó un abordaje metodológico orientado en el trabajo de revisión bibliográfica, a partir de un análisis bioético en el tema propuesto. Se verificó que la gestación indeseada, la violencia doméstica y la dificultad de acceso al sistema de salud son factores que exponen a las mujeres a daños subsecuentes. Se concluye que la biopolítica basada en patriarcalismo y en el principio de sacralidad de la vida continua ejerciendo control sobre el cuerpo y la sexualidad de la mujer, y se relaciona con la prohibición de la inducción del aborto, lo que constituye un problema de salud pública. Este trabajo, a partir del uso de las herramientas bioéticas, propicia el desarrollo de las relaciones humanas dentro de los conceptos de la justicia, dignidad e igualdad, por el uso de la dialéctica entre los argumentos pro y contra el aborto.

**Palabras-clave:** Solicitantes de aborto. Salud de la mujer. Bioética. Salud pública.

## Abstract

---

### **Brazilian women and abortion: a bioethical approach to public health care**

The objective of this work is to make a critical reflection about the criminalization of abortion in Brazil. A methodological approach was used, conducted by bibliographic review, taking bioethical analysis as a starting point, for the analysis of the proposed theme. It was verified that unwanted pregnancies,

domestic violence and an inaccessible health system are factors which expose women to further damage. The conclusion was that the biopolitics based on patriarchalism and on the principle of the sacrality of life still exerts control over the body and sexuality of women, and is related to the prohibition of induced abortion, which is a public health problem. This work, through the use of the bioethics tool, seeks to promote the development of human relations within the concepts of justice, dignity and equality, by the use of dialectics, forwarding arguments for and against abortion.

**Key word:** Abortion applicants. Women's health. Bioethics. Public health.

### Referências

---

1. Diniz D, Ribeiro DC. Aborto por anomalia fetal. Brasília: Letras Livres; 2003. Resenha de: Braz M. Aborto por anomalia fetal. D Diniz e D.C. Ribeiro. Brasília: Letras Livres, 2003. Cad Saúde Pública 2004;20(1): 337-8.
2. Diniz D. Aborto e inviabilidade fetal: el debate brasileño. Cad Saúde Pública 2005;21(2): 634-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Causas de mortalidade materna em 2005. [online]. Brasília: DATASUS; 2007 [acessado 2007 Ago 26]. Disponível: <http://www.datasus.gov.br>.
4. Nogueira CO, Baptista TWF. Interrupção voluntária de gravidez: panorama do debate político do Projeto de Lei n.º 1.135/91. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz; 2008. mimeo.
5. Galli B, Ventura M. Mortalidade materna e acesso à justiça: fortalecendo ações para redução e prevenção. [online]. Rio de Janeiro: Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos; 2002 [acesso 25 Jul 2007]. Disponível: <https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/ADVOCACI/Cartilha.pdf>.
6. Abortos ilegais internaram no SUS 1,2 milhão em 5 anos. O Globo [periódico eletrônico] 2007 Maio 25 [acesso 6 Abr 2010]:3-10. Disponível: <http://oglobo.globo.com/pais/mat/2007/05/19/295825142.asp>.
7. Henshaw SK, Singh S, Haas T. La incidencia del aborto inducido a nível mundial. Perspect Intern em Planificación Fami 1999;(número especial):16-24.
8. Andrade ATL, Guerra MO, Andrade GN, Araújo DAC, Souza JP. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma maternidade escola. Rev Bras Ginecol Obstet 2006;28(7): 380-97.
9. Benute GRG, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal: aspectos emocionais. Rev Bras Ginecol Obstet 2006;28(1): 10-7.
10. Munday D, Francome C, Savage W. Twenty one years of legal abortion. BMJ 1989;298: 1231-4.
11. Gesteira SMA, Barbosa VL, Endo PC. O luto no processo de aborto provocado. Acta Paul Enferm 2006;19(4): 462-7.

12. Benute GRG, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Op. cit.
13. Söderberg H, Janzon L, Sjöberg NO. Emotional distress following induced abortion. A study of its incidence and determinants among abortus in Malmö, Sweden. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;79: 173-8.
14. Chor D, Silva KS, Almeida MTC, Granado S, Tavares LS. Mulheres brasileiras... mortes invisíveis. *Radis Comunicação em Saúde [periódico eletrônico]* 2007 Maio [acessado 2007 Ago 18];57:19. Disponível: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/57/postudo.html>.
15. Strickler J, Heimburger A, Rodriguez K. El aborto clandestino en America Latina: perfil de una clínica. *Perspect Intern en Planificación Fami* 2001;(número especial):24-7.
16. Brasileira que aborta é católica, casada, trabalha e tem filho. *O Estado de S. Paulo [periódico eletrônico]* 2008 Abr 20 [acessado 2008 Abr 20]. Disponível: [http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20080420/not\\_imp159901,0.php](http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20080420/not_imp159901,0.php).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores de saúde. Taxas de fecundidade. [online]. Brasília: DATASUS; 2008 [acessado 2008 Maio 25]. Disponível: <http://www.datasus.gov.br>.
18. Batista LE, Escuder MML, Pereira LCR. A cor da morte: causas de óbitos segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1991 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5):630-6.
19. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
20. Hardy E, Rebello I, Faúndes A. Aborto entre alunas e funcionárias de uma universidade brasileira. *Rev Saúde Pública* 1993;27(2):113-6.
21. Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos E, Fernandes L, Correia L. Características sociodemográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998;14(2): 279-86.
22. César JA, Gomes G, Horta BL, Oliveira AK, Saraiva AKO, Pardo DO et al. Opinião de mulheres sobre a legalização do aborto em município de porte médio no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997;31(6): 566-71.
23. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
24. Rego S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
25. Faúndes A, Somoneti RM, Duarte GA, Olivatto AE, Andalaft Neto J. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Rev Bras Ginecol e Obstet* 2004;26(2): 89-96.
26. Organização das Nações Unidas. *Plataforma da IV Conferência Mundial sobre a Mulher*; 1995; Beijing/China. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
27. Hessini L, Smith CH. O acesso das mulheres ao aborto seguro: estratégias essenciais para alcançarmos as metas do milênio. [online]. Rio de Janeiro: Ipas Brasil; 2005 [acesso 24 Abr 2008]. Disponível: [http://www.ipas.org.br/arquivos/FSM2005\\_ipas.doc](http://www.ipas.org.br/arquivos/FSM2005_ipas.doc).
28. Sandi,SF. *Violência doméstica: aspectos sociais e implicações na sexualidade feminina*

- [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho; 2001.
29. Pallito CC, O'Campo P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of National Sample from Colômbia. *Int Fam Plann Perspect* 2004;30(4):165-73.
  30. Aumentam registros de crimes contra as mulheres. *O Globo* 2008 Maio 1:19.
  31. Freyre G. *Casa grande e senzala*. Rio de Janeiro: Editora Record; 2000.
  32. \_\_\_\_\_. *Sobrados e mucambos*. São Paulo: Editora Global; 2006.
  33. Marston C, Cleland J. The effects of contraception on obstetric outcomes. Geneva: Department of Reproductive Health and Research/World Health Organization; 2004.
  34. Singh S, Sedgh G. The relationship of abortion to trends in contraception and fertility in Brazil, Colômbia e México. *Int Fam Plann Perspect* 1997; 23: 4-14.
  35. Eggleston E. Determinants of unintended pregnancy among women in Ecuador. *Int Fam Plann Perspect* 1999;25(1): 27-33.
  36. Singh S, Prada E, Kestler E. Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala. *Int Fam Plann Perspect* 2006;32(3): 136-45.
  37. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1990.
  38. \_\_\_\_\_. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1997.
  39. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? *Revista Brasileira de Bioética* 2006;2(2): 187-200.
  40. Schor N, Alvarenga AT. O aborto: um resgate histórico e outros dados. *Rev Bras Cresc Desenv Hum [periódico eletrônico]* 1994 [acessado 2007 Ago 16] Jul/Dez;4(2). Disponível: <http://www.fsp.usp.br/SCHOR.HTM>.
  41. Farfán E. O corpo feminino como espaço público: o aborto e o estigma social no Brasil. *Anais do Sétimo Seminário Internacional Fazendo o Gênero: gênero e preconceito*; 28-30 Ago 2006; Florianópolis. [online]. Florianópolis: Universidade estadual de Santa Catarina, 2006 [acessado 2007 Ago 28]. Disponível: [http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/E/Elizabeth\\_Farfan\\_11.pdf](http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/E/Elizabeth_Farfan_11.pdf).
  42. Mori M. *A moralidade do aborto: sacralidade da vida e o novo papel da mulher*. Brasília: Editora UnB; 1997.
  43. Durand G. *Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos*. São Paulo: Loyola; 2003.
  44. Kottow M. A bioética do início da vida. In: Schramm FR, Braz M, organizadores. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.19-38.
  45. Anscombe GEM. *La filosofía analítica y la espiritualidad del hombre*. Espanha: Editora Ediciones Universidad de Navarra; 2005.
  46. Agamben G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2002.

47. Kottow M. Bioética y biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética* 2005;1(2): 110-21.
48. Hans J. O princípio da responsabilidade. Rio de Janeiro: Contraponto; 2006.
49. Sartre JP. O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 678.
50. Briozzo L. Aborto provocado: um problema humano. Perspectivas para sú análisis: estratégias para sú reducción. *Rev Med Uruguay* 2003;19: 188-200.
51. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad Saúde Pública* 2005;21(1): 111-9.
52. Trindade MP. O comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV/Aids [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho; 2001.
53. Schramm FR. Op. cit:191.
54. Kottow M. Participación informada en clínica e investigación biomédica: las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. Bogotá: Editora Redbioética-Unesco; 2007.
55. Braz M. Bioética, proteção e diversidade moral: quem protege quem é contra o quê na ausência de um referencial moral comum? In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, organizadores. *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro: Editora Eduerj/Ed. Fiocruz; 2005. p. 41-81.
56. Sen A. Capacidad e bienestar. In: Nussbaum M, Sen A, organizadores. *La calidad de vida*. México: Editora The United Nations University/Fondo de Cultura Económica; 1996. p.54-83.
57. \_\_\_\_\_. Op. cit. p. 58.
58. Schramm FR. Cuidados em saúde da mulher, criança, proteção e autonomia. In: Schramm FR, Braz M, organizadores. Op. cit. p. 39-65.
59. Anjos MF. Vulnerabilidade como parceira da autonomia. *Revista Brasileira de Bioética* 2006;2(2):173-86.
60. Alencar LF. O trato dos viventes: formação do Brasil no Atlântico Sul, séculos XVI e XIX. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
61. Juiz manda interrogar mais de mil mulheres por aborto no Mato Grosso do Sul. *O Globo* [periódico eletrônico] 2008 [acessado 2008 Abr 5] Abr 5. Disponível: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL389240-5598,00-JUIZ+MANDA+INTERROGAR+MIL+MULHERES+POR+ABORTOS+NO+MS.html>.
62. Levinas E. *Autrement qu’être ou au-delà de l’essence*. França: Editora Le Livre de Poche; 2004.
63. Siqueira-Batista R. Às margens do aquerodonte: finitude, autonomia, proteção e compaixão no debate bioético sobre a eutanásia [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
64. Levinas E. *Ética e infinito*. Portugal: Edições 70; 2000.
65. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Cien Saude Colet* 2005;10(1): 129-42.

66. Cortina A. Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania. São Paulo: Loyola; 2005.

Recebido: 18.11.2009

Aprovado: 4.2.2010

Aprovação final: 3.3.2010

### **Contatos**

---

Stella de Faro Sandi – *stellasandi@gmail.com*

Marlene Braz – *braz@iff.fiocruz.br*

Stella de Faro Sândi – Rua São Francisco Xavier 124, Bloco 2, Aptº 602, Tijuca CEP 20550-012.  
Rio de Janeiro/RJ, Brasil.