



## as pesquisas sobre o aborto na América latina e os estudos de mulher

Carmen Barroso\*

**RESUMO** – A pesquisa sobre o aborto é importante para o movimento de mulheres na América Latina. As taxas de aborto ilegal parecem ser muito altas. Cuba é o único país em que o aborto é legal. As políticas sobre o aborto são estreitamente relacionadas às atitudes em relação à sexualidade e à mulher. A contracepção tem, além dos custos econômicos e os riscos à saúde, custos sociais e psicológicos; portanto a gravidez indesejada pode ser o resultado normal de comportamentos que seguem certa racionalidade. As consequências do aborto dependem da integração da mulher à sua rede social. A cena latino-americana apresenta duas diferenças principais em relação aos países industrializados: a pobreza generalizada e a influência da Igreja Católica. A pobreza afeta menos a motivação para o aborto que as condições para sua prática.

Os estudos de mulher têm causado verdadeira revolução copernicana no mundo acadêmico. Temas que recebiam pequena ou nenhuma atenção passaram a ocupar um espaço central nas pesquisas que adotam a perspectiva da mulher ou que procuram compreender as relações de gênero. A invisibilidade da participação da mulher na sociedade correspondia a ignorância de uma ampla gama de assuntos, sobre os quais não se realizavam investigações, por só passarem a ser problematizados a partir do momento em que relações hierárquicas de gênero passam a ser questionadas pelos movimentos sociais.

Assim foi com o tema do trabalho doméstico, por exemplo. Com a temática do aborto, a evolução foi um pouco diferente. Não é que ela tenha permanecido sempre na absoluta obscuridade. Há evidências, por exemplo, de uma relativa popularidade entre as teses de Medicina no Rio de Janeiro, no século XIX (Nunes, 1982) (1). No Catálogo da Biblioteca Nacional do Brasil, estão listadas nada menos do que 22 teses, no período entre 1850 e 1890 (2). O que há de novo na bibliografia da última década é o tipo de abordagem. Não se trata agora de exortações moralistas, ou descrições apavorantes de possíveis complicações, mas de tentativas de compreensão objetiva do fenômeno; que incluem o dimensionamento da incidência, a análise dos determinantes econômicos, sociais e psicológicos, a análise comparada da legislação e sua aplicação, o estudo das seqüelas, as representações e valores de segmentos da população, os fundamentos fisiológicos de diversos sistemas éticos, entre muitos outros.

\* Pesquisadora da Fundação Carlos Chagas e professora-doutora na Universidade de São Paulo.

Essa bibliografia multiplicou-se rapidamente nos Estados Unidos e na Europa mas entre nós ainda é relativamente reduzida, embora comece a se desenvolver. Seria de todo desejável que os pesquisadores latino-americanos passassem a dar maior atenção ao tema, uma vez que a descriminalização do aborto tem entrado na pauta das reivindicações do movimento de mulheres em diversos países, e a carência de estudos a respeito impede melhor fundamentação ao debate político que já está sendo travado. Na ausência de pesquisas e de sua divulgação, dados fictícios assumem foro de verdade: casos particulares e opiniões pessoais são elevados à categoria de verdades indiscutíveis. Muito embora a adoção de políticas de saúde pública e mudanças legislativas dependam, em última instância, de relações de poder, estas não estarão imunes à divulgação de informações que ajudem a dissipar os mitos que sustentam o controle da sexualidade feminina pelo Estado. Mudanças nesta área teriam enorme alcance social, uma vez que afetariam as condições a que anualmente se submetem milhões de mulheres do continente, ao recorrer ao aborto clandestino.

### 1.1. Incidência

Cuba é o único país da América Latina em que há um grande número de abortos contabilizados oficialmente. Em 1974, a taxa de aborto era de 70 por 1.000 mulheres de 15 a 44 anos. Entre 1974 e 1981 a taxa diminuiu em 31%, provavelmente devido ao aumento do uso de contraceptivos. De 1982 a 1984, a taxa voltou a subir 15% devido ao aumento do número de adolescentes (The Alan Guttmacher Institute, 1986). As estatísticas de Cuba não podem ser comparadas às dos demais países latino-americanos, porque nestes, o aborto contabilizado oficialmente representa apenas uma pequeníssima minoria daqueles efetivamente praticados ao arrepio da lei que os proíbe. Comparando as taxas de Cuba às de países de outras regiões, e onde o aborto é legal, verificamos que é bastante alta, só superada pelas do Japão, União Soviética e países da Europa Oriental (Henshaw, 1987). Esta observação se refere tanto à taxa de abortos (proporção de mulheres que fizeram aborto) quanto à razão de abortos (proporção de gravidezes que terminaram em aborto).

Nos demais países, é muito difícil obter estimativas fidedignas, pelo simples fato de que o aborto é ilegal e, portanto, clandestino. As estatísticas mais confiáveis são as de hospitalizações por complicações do aborto. Elas – embora também incluam abortos espontâneos – são, obviamente, subestimativas das taxas de aborto, pois, o número que não requer hospitalização é muito maior. Taxas de hospitalização por complicações de aborto da ordem de 40 por 1.000 mulheres em idade reprodutiva foram observadas na cidade do México e em Santiago, no Chile. Estas taxas estão entre as mais altas do mundo, se as compararmos com as apresentadas pelo Alan Guttmacher Institute (1986), Melo (1982) estudando a rede previdenciária, que cobre 40% dos leitos hospitalares brasileiros, encontrou 7,2 internações por 1.000 mulheres de 15 a 49 anos. Este estudo também revelou alta incidência de abortos entre mulheres casadas.

Outra fonte de informação nos países em que o aborto é proibido, são as pesquisas domiciliares que perguntam às mulheres quantos abortos induzidos já tiveram. Este tipo de pesquisa retrospectiva apresenta vários problemas metodológicos. Em primeiro lugar, como em



qualquer tipo de pesquisa, a qualidade do dado depende do rigor dos procedimentos de seleção da amostra entrevistada. Sendo muito cara a obtenção de amostra supostamente representativa da população de um país, a maioria das pesquisas não permite a generalização de seus resultados ao nível de um país como um todo. Podem, quando muito, representar um segmento específico deste universo. Em segundo lugar, as pesquisas retrospectivas dependem da precisão da memória dos sujeitos entrevistados. É evidente que o aborto constitui um evento marcante na vida de uma mulher, dificilmente olvidado. Contudo, pesquisas têm mostrado alguma imprecisão de relato até de dados tão ou mais significativos, como por exemplo, o número de filhos. Da parte de mulheres mais velhas que tenham tido grande número de abortos, a exatidão das datas relatadas será menor. Em terceiro lugar, e muito mais importante que as distorções da memória, há o problema da obtenção da confiança da entrevistada para o relato de ocorrências que, afinal, são consideradas criminosas pela lei vigente. Esta confiança será maior ou menor, dependendo das características do entrevistador e do grau de aceitação social do aborto, que varia independentemente de seu estatuto legal. Não obstante desta variação da confiança obtida em diferentes pesquisas, podemos estar seguros que em nenhuma pesquisa se obterá a confiança de todas as entrevistadas e que, portanto, uma proporção (desconhecida) de abortos realizados não será relatada.

Um estudo comprovou empiricamente essa omissão ao entrevistar em suas casas mulheres que haviam sido hospitalizadas seis meses antes por complicações de aborto. A proporção de mulheres que negaram ter tido qualquer aborto variou entre os 4 países estudados, atingindo 26,2% na Venezuela, único país latino-americano incluído na amostra (Figa-Talamanca et alii, 1986).

Por causa de todos os problemas metodológicos mencionados acima, os pesquisadores, quando se referem a dados obtidos por este tipo de pesquisa, indicam que a incidência real de abortos será no mínimo aquela apontada pelas respostas. Isto é, trata-se de estimativas conservadoras que, se erram, o fazem por subnumeração, nunca pelo contrário.

Com todas estas cautelas em mente, Henshaw (1987, p. 14) afirma que “a taxa real de aborto parece relativamente alta na América Latina e no Extremo Oriente, e mais baixa na África, ao Sul do Sahara, onde as mulheres geralmente querem ter famílias grandes”.

De fato, estudos do Centro Latino-Americano de Demografia (CELADE) mostraram incremento nos abortos nas principais cidades da América Latina na década de 60. Estudando as internações num hospital público de Santo André, Schor (1984) observou que entre 1978 e 1982, o número de abortos duplicou, enquanto o número de partos cresceu apenas 14%. Enquanto, a JPPF calculou que, em 1974, se realizaram cerca de 5 milhões de abortos na América Latina, o que significava uma taxa anual de 65 por 1.000 mulheres em idade reprodutiva (Elu, 1986). No Brasil, pesquisas domiciliares, feitas com amostras rigorosamente selecionadas, em vários estados, indicaram que pelo menos 22,7% (Piauí), 23,1% (Região Sul), 30,7% (Paraíba), 29,9% (Bahia), 26,4% (Rio Grande do Norte) das mulheres atualmente casadas, de 15 a 44 anos, tiveram pelo menos um aborto declarado. Os diferenciais rurais/urbanos mostram existir uma maior prevalência do aborto espontâneo ou induzido nas áreas urbanas (Arruda et alii, 1982). Existe uma certa tendência a diminuir o número de mulheres que tiveram aborto entre as que alcançaram níveis mais altos de escolaridade. Estudando sete capitais da América Latina,

na década de 60, o estudo do CELADE encontrou uma relação direta entre o uso de anticoncepcionais e incidência do aborto, indicando que o fator determinante é a motivação para controlar a fecundidade. Não foram encontradas relações significativas entre religião e aborto (Requena, 1972).

Além da motivação para a limitação do número de filhos, o outro fator que pode ter um efeito importante sobre a taxa de abortos é a utilização de anticoncepcionais eficazes, que reduzam a incidência da gravidez indesejada. Um cuidadoso trabalho experimental de planejamento familiar realizado no Chile conseguiu reduzir significativamente a taxa de abortos complicados que chegavam a requerer hospitalização (Faúndes et alii, 1968).

Restrições legais parecem ter um efeito muito pequeno na taxa geral de abortos de um país. Considere-se, por exemplo, que a Irlanda é um dos países que têm leis mais severas e a Holanda um dos mais liberais. No entanto, suas taxas de aborto são semelhantes quando se considera o número de abortos obtidos por mulheres irlandesas que se dirigem à Inglaterra para tal fim (Henshaw, 1987 p. 15). Nos países do Terceiro Mundo, a probabilidade de viajar para outro país é muito menor, mas o recurso ao aborto clandestino provavelmente mantém a taxa de aborto igualmente alta. Foi o que aconteceu na Romênia em 1966 quando, na tentativa de aumentar a natalidade, restringiu-se o acesso ao aborto legal. O efeito imediato foi de fato o aumento desejado, mas este aumento desapareceu totalmente nos anos subsequentes, sendo acompanhado da quintuplicação da mortalidade materna associada à prática de aborto em condições inadequadas (The Alan Guttmacher Institute, 1986).

Quando o movimento de mulheres levanta a questão do aborto em determinado país, sua primeira preocupação é convencer a opinião pública e os setores políticos mais atuantes de que se trata de uma problemática importante, não de uma prática restrita a pequenas minorias. Por este motivo, uma estimativa da incidência do aborto é considerada imprescindível para o dimensionamento do problema. Assim, em que pesem os enormes obstáculos metodológicos para a obtenção de dados fidedignos, esforços especiais deveriam ser canalizados para completar e analisar as informações pertinentes.

Deve-se reconhecer, no entanto, que a própria legislação que se procura modificar constitui, em si mesma, um poderoso impedimento ao desenvolvimento de tais pesquisas. As agências estatísticas governamentais, que realizam os Censos e as Pesquisas Nacionais com Amostras de Domicílios, e que são as entidades que contam com os recursos necessários para a realização de pesquisa de tal porte, compreensivelmente hesitam em fazer perguntas à população sobre práticas ilegais.

## **1.2. Leis**

A tendência mundial à liberalização das leis sobre o aborto ainda não encontrou eco na América Latina. Esta tendência teve início na década de 30 e continua até a época atual, com pequenas exceções como a Romênia que, em 1984, reduziu ainda mais o acesso ao aborto. Atualmente, na maioria dos países socialistas e dos países industrializados, o aborto está des-criminalizado ou permitido em um número mais amplo de circunstâncias. Em 1981, a Comissão



Inter-americana de Direitos Humanos sustentou que a "proteção da vida", frase usada em alguns documentos internacionais, não cobre o embrião.

Dos países latinos, o primeiro a permitir a "interrupção voluntária da gravidez" foi a França em 1975, pela aprovação da Lei Veil. Esta lei foi aprovada por um período de cinco anos, mas tornou-se permanente em 1979 (Ferrand e Jaspard, 1987). Na Itália em 1978 um plebiscito popular permitiu o aborto à mulheres maiores de 18 anos, no primeiro trimestre de gestação, e as menores de 18 anos precisavam obter consentimento paterno. Depois do primeiro trimestre, o aborto só é permitido em casos de risco à saúde ou de malformação fetal. Uma tentativa de voltar às leis restritivas foi derrubada por novo "referendum" popular, em 1981, apesar da forte campanha encetada pelo Vaticano. Portugal em 1984 e Espanha em 1985 passaram a permitir o aborto para evitar riscos à saúde física ou mental da mulher, ou nos casos de estupro ou anomalia fetal (The Alan Guttmacher Institute, 1986).

Na América Latina, as tentativas de liberalização do aborto no Brasil, na Colômbia, na Costa Rica, no México, na Nicarágua e na Venezuela ainda não tiveram sucesso. Dois terços dos países permitem o aborto apenas em casos de risco de vida da mulher, sete países o permitem em caso de estupro ou incesto. Três países não o permitem em nenhum caso. O aborto foi legal no Uruguai entre 1933 e 1938 e as penalidades podem ser suspensas no caso de ter sido praticado por necessidade econômica séria, o que é interpretado com muito rigor. Deve-se também ter em mente que as leis raramente são aplicadas, tanto na condenação dos que o praticam, quanto na permissão nos casos previstos em lei (estupro, risco de vida em alguns países). No México, não houve um só caso de mulher julgada por delito de aborto desde 1931 (*El Sol de Mexico*, 29 de março de 1982). No Brasil um levantamento indicou que, de 35 inquéritos iniciados em 1976, nenhum tinha resultado em condenação cinco anos depois (Barroso, 1988).

Em Cuba a lei não foi alterada, mas passou a receber uma interpretação mais ampla do significado de "risco à saúde da mulher" desde 1964, tornando o aborto acessível a mulheres de mais de 18 anos ou que tenham consentimento paterno. A partir de 1979, foram estabelecidas penalidades para abortos ilegais: aqueles realizados sem a permissão da mulher, ou com a finalidade de lucro ou ainda por pessoal não qualificado. Novas tecnologias de exame pré-natal (ultrassom, amniocentese) estão disponíveis para todas as grávidas de alto risco, que são incentivadas a delas se utilizarem para recorrer ao aborto caso comprovada a malformação fetal. A política oficial não considera o aborto como método de regulação da fecundidade, apenas uma solução de emergência para casos em que não foi possível evitar a gravidez. Também, ao contrário da China, o governo não adota políticas expressamente antinatalistas nem estabelece objetivos demográficos (Hollerbach, 1980).

Uma interpretação mais liberal de uma lei restritiva também foi adotada pelo Hospital Barros Luco, no Chile, nos últimos meses do Governo Allende. Depois de muitos anos de operação de um programa de planejamento familiar, o número anual de complicações de aborto admitidas ao hospital havia baixado de mais de 5.000 para pouco mais de 3.200, mas, ainda assim, 15 mulheres morreram de complicações de aborto em 1972. A partir de janeiro de 1973, o hospital decidiu divulgar amplamente, inclusive pela imprensa, que faria abortos terapêuticos para evitar que mulheres corressem risco de vida, submetendo-se a abortos clandestinos, o que fizeram durante oito meses, até o golpe militar (Faúndes e Hardy, 1978). Embora dois deputa-

dos tenham solicitado uma investigação sobre a prática do aborto no hospital, e alguns médicos de outras seções do hospital tenham tido reações negativas, a oposição foi surpreendentemente pequena, o que provavelmente se explica pelo clima político geral propenso a inovações.

O quadro elaborado pela ONU dá uma visão geral dos códigos em vigor no final da década de 70 (ver Quadro 1). Alterações significativas nas leis não foram observadas desde aquela data, mas as campanhas encetadas pelas feministas contribuíram para o debate público de uma questão previamente ignorada e a conseqüente ampliação dos setores da opinião pública favoráveis a mudanças nas leis. Numa pesquisa realizada com os médicos de Bogotá, 89% disse ser favorável a leis menos restritivas. Esta proporção aumentava entre os mais jovens e entre os que tinham apenas filhas (Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecologia, 1980). Nas cidades de São Paulo e do Rio de Janeiro, pesquisas recentes indicam uma maioria favorável à legalização do aborto, pelo menos em algumas condições (Jornal do Brasil, 31.05.87, p. 5). Neste tipo de pesquisa, tem muita importância a maneira de formulação da pergunta. Em 1983, feministas fazendo pesquisa de rua no Rio de Janeiro perguntaram a 3.683 pessoas: "É justo uma mulher ser presa por ter feito aborto?", e obtiveram 86% de respostas contrárias à punição (Souza, 1983).

No debate público que está propiciando a mudança para atitudes mais favoráveis à legalização do aborto, os resultados de pesquisa têm contribuído para destruir alguns mitos e fundamentar argumentos. Na carência de estudos realizados em seus próprios países, as feministas latino-americanas têm se servido de trabalhos realizados em outros países, tomando as devidas cautelas na generalização dos resultados.

## **2. PESQUISA SOBRE O ABORTO NOS ESTADOS UNIDOS E EUROPA**

A pesquisa sobre o aborto nos Estados Unidos e na Europa abrange atualmente um número imenso de títulos. Uma bibliografia anotada sobre aspectos psicossociais do aborto elaborada pelo POPLINE (3), arrolava 199 títulos entre 1976 e 1981. E esta bibliografia não é exaustiva. A cada dia, novas pesquisas são publicadas. Seria, portanto, inviável pretender dar um panorama completo desta produção. Optei, então, por selecionar alguns dos estudos que tiveram maior impacto, ou referir-me a conclusões gerais derivadas por autores que procuraram sintetizar as tendências observadas em uma série de estudos. Também fui seletiva no que se refere a áreas, procurando ater-me às que apresentavam maior relevância para o movimento de mulheres da América Latina, por sugerirem pistas de investigações interessantes para nossos pesquisadores.

### **2.1. História e Política**

O aborto sempre foi uma forma importante de controle da fecundidade. Estudos antropológicos mostraram sua presença na maioria das sociedades. Devereux (1976) encontrou informação sobre aborto nos arquivos de 60% das 200 tribos sobre as quais existe documentação na Human Relations Area Files da Universidade de Yale.



Pesquisas de história do aborto e das práticas anticonceptivas têm mostrado como as políticas públicas, nestas áreas, são inter-relacionadas e como ambas são influenciadas pelas atitudes gerais da sociedade em relação à mulher (Hayler, 1979).

Um livro particularmente estimulante é o de Linda Gordon: *Women's body, women's right* (1977), uma história do movimento social em favor da contracepção que, nos Estados Unidos, iniciou-se na segunda metade do século XIX e atingiu as proporções de um movimento de massas, estreitamente relacionado ao movimento sindical e às correntes socialistas. Embora a questão do aborto não seja a preocupação central do livro, a análise ilumina sua relação com a sexualidade e a subordinação das mulheres. Por outro lado, a metodologia adotada ajuda a compreender, na configuração de políticas e tendências, o papel ativo das mulheres, resistindo ou acomodando-se. Para Gordon, a questão central é a luta das mulheres pela autodeterminação reprodutiva, e esta está sempre imbricada com os direitos políticos, sociais e econômicos. O controle do acesso aos métodos para limitação da fecundidade tem sido de um lado, meio de reforçar a subordinação das mulheres, mas também auto-proteção das mulheres, instrumento de luta para que os homens assumam responsabilidades por seu comportamento sexual, numa sociedade capitalista e patriarcal com marcantes desigualdades no acesso aos recursos por parte de homens e mulheres.

Em meados do século passado, nos Estados Unidos, proliferaram poções anunciadas amplamente em jornais e revistas, indicando o crescimento de uma lucrativa indústria dirigida às grávidas involuntárias. Petchesky (1983, p. 57) analisa sua posterior criminalização no século XIX e a legalização no século XX. Sustenta que "sua disponibilidade é, de alguma forma, um indicador da posição de diferentes grupos de mulheres na sociedade. Onde as mulheres estão ligadas por fortes laços de trabalho ou de comunidade, onde elas têm acesso a fontes não-domésticas de sobrevivência, onde a maternidade não é o único trabalho feminino culturalmente valorizado, e onde sistemas alternativos de saúde reprodutiva florescem apoiados por uma comunidade feminina atuante, aí floresce uma 'cultura' de controle da fecundidade, incluindo o aborto . . . O esforço político para suprimir o aborto é um ataque não só ao controle das mulheres sobre sua fecundidade e sua sexualidade, mas também às raízes sociais e econômicas do seu poder coletivo". Em particular, o ataque da Igreja Católica tem base não somente doutrinária, mas também política, pois a legalização do aborto é vista como um desafio ao papel institucional da Igreja como guardiã da "moralidade" (p. 120).

Na França, as rigorosas disposições do Código de 1810 convivem com uma tolerância tácita que se manifesta pela multiplicação e anúncios na grande imprensa de consultórios que resolvem o "atraso das regras", e pela indulgência dos júris populares quando há processos de aborto. Mas a preocupação com a queda do crescimento demográfico inspira uma lei ainda mais severa em 1923, e o início de sua aplicação rigorosa. Dissemina-se uma mentalidade segundo a qual o aborto é um crime contra a nação e a repressão se intensifica nos anos 40, quando a maternidade é considerada um dever cívico e o aborto, um atentado à soberania do Estado. No entanto, a partir dos anos 50 começa a se fortalecer o Movimento pelo Planejamento Familiar que enfrenta a oposição tanto da direita conservadora, da Igreja Católica, do Conselho de Medicina, quanto do Partido Comunista, que considera a contracepção uma "forma de suicídio da classe trabalhadora". Será uma aliança igualmente esdrúxula, entre a direita liberal e a esquerda, que permitirá a aprovação, agora com o apoio dos comunistas, da Lei Veil em 1975 (Ferrand e Jaspard, 1987). Tal mudança só foi possível graças à mobilização maci-

ça das mulheres que utilizaram todo tipo de pressão, desde manifestações de rua até a desobediência civil com a criação de clínicas clandestinas .

A história do pensamento sobre o aborto na Igreja Católica apresenta particular interesse atualmente, quando a alta hierarquia eclesiástica tem dado tanta importância à condenação de sua prática. Hurst (s/d) examina ampla documentação e conclui haver apenas uma uniformidade desde os primeiros séculos do cristianismo: a condenação do aborto quando praticado para ocultar práticas sexuais consideradas pecaminosas. Nos primeiros séculos, na ausência de um papado forte e centralizador, havia uma pluralidade de opiniões, a maioria dos teólogos defendendo não ser o aborto um homicídio quando no início da gravidez. A lei canônica é unificada em 1140, estabelecendo que "o aborto só é homicídio quando o feto já está formado". A partir do século XVIII começa a se desenvolver um enfoque que a autora chama de "se por acaso". Os teólogos passam a admitir que, embora não se saiba exatamente quando um embrião se converte em ser humano, é um pecado grave "arriscar-se a cometer" um assassinato (se por acaso o embrião já é um ser humano, ainda que não o saibamos); um tipo de argumentação ainda usado atualmente. É em 1869 que Pio IX decreta que todo aborto é homicídio, o que passa a ser uma posição única, com o crescente poder do papado e a influência do Vaticano sobre a teologia moral. O movimento norte-americano "Catholics for a free choice" contesta esta uniformidade, questionando a aplicabilidade da doutrina da infalibilidade papal às declarações sobre o aborto, e a doutrina da hominização imediata, base de toda a pregação antiaborto atual. Em outros países, poucos católicos dissidentes incluíram a questão do aborto entre suas preocupações.

Os estudos mencionados acima apontam para dois aspectos básicos para a compreensão da história e da política do aborto em qualquer época e em qualquer país: a conexão com as idéias e valores a respeito da sexualidade, e a imbricação com as demais dimensões que definem a posição das mulheres na sociedade, especialmente seu poder (ou falta de) político.

## **2.2. Psicologia e Sociologia**

A literatura sobre os aspectos psicossociais do aborto, além de estudar as características demográficas das mulheres que abortam, tem se concentrado principalmente em dois focos: de um lado, as motivações das mulheres que buscam o aborto e as razões da gravidez indesejada, e, de outro, as possíveis seqüelas do aborto. Há também estudos sobre as opiniões de diferentes grupos, mas este tipo de pesquisa geralmente apresenta interesse mais local e suas conclusões dificilmente são generalizáveis para os países da América Latina.

### **2.2.1. Explicando o desejo de não ter o filho e a incapacidade de evitar a gravidez indesejada**

As pesquisas nesta área variam muito quanto à qualidade, tanto dos dados como da análise.



Das pesquisas sobre o processo de decisão de terminar uma gravidez indesejada, uma das mais interessantes é a de Kellerhaus, uma socióloga, e Pasini, um psiquiatra de formação analítica. Realizada com todas as mulheres que solicitaram interrupção da gravidez na cidade de Genebra durante o ano de 1971, a pesquisa explorou os itinerários das decisões e aprofundou a temática das motivações que as fundamentam. Os autores analisam a motivação ligada à existência, ou não, de uma função simbólica para a geração de uma criança, num contexto de relação de casal, cujo significado sofreu transformações profundas relacionadas a processos amplos de mudança social, que gradativamente também retiraram as funções econômicas e de linhagem que estavam asseguradas à prole. Um capítulo bastante sugestivo é o que se refere ao controle preventivo da fecundidade. Como apenas 3% das mulheres preferiram o aborto à contracepção, é de se perguntar: por que tantas tiveram de acabar por recorrer a este recurso? Além da própria eficácia imperfeita dos métodos, os autores examinam fatores ligados à ambivalência em relação ao desejo de ter filhos e à aceitabilidade de cada método, em função de sua imagem social (perigoso, complicado, anti-estético, desagradável, sujo etc.). Entre as condições associadas à menor utilização de métodos eficazes estão: relações instáveis com pequena comunicação entre os parceiros, papéis sexuais tradicionais, e baixo nível instrucional.

O livro de Kristin Luker: *Taking chances: abortion and the decision not to contracept* (1978) apresenta um quadro conceitual para explicar a racionalidade subjetiva das mulheres que escolhem não utilizar método algum, embora não desejem engravidar. Neste quadro tem muita importância a percepção do risco de gravidez, um sentimento pessoal que pode ter pouco a ver com a probabilidade objetiva. "Ao tomar decisões sobre a contracepção, as mulheres visam muitos objetivos, só um dos quais é evitar a gravidez. Geralmente elas têm consciência das chances de gravidez (aproximadamente, 80% a longo prazo), mas para elas individualmente as chances são zero ou um: elas engravidam ou não. Não se pode traduzir a chance de 80% em ficar 80% grávida, portanto o risco é muito diferente para elas e para o estatístico. Quando a gravidez ocorre, no entanto, as chances repentinamente se tornam 100%." Sua pesquisa incluiu 60 entrevistas com mulheres que buscaram aborto e que se consideravam "risk-takers": 40% delas não haviam usado nenhum método desde a última menstruação e 26% haviam usado um método inconsistentemente. Destas entrevistas emergiu um contraste entre a visão dos especialistas – que pesam a probabilidade da gravidez (que é conhecida para eles) contra os "custos" potenciais da contracepção – e a visão das mulheres – que pesam os custos reais da contracepção (que elas experimentam imediatamente, são atuais e óbvios) e a incerteza da gravidez (com custos futuros e ambíguos). Um capítulo interessante de seu livro é a análise dos custos sociais e culturais da contracepção, citados com tanta frequência quanto os efeitos colaterais e outros custos biológicos. Entre aqueles, destaca-se o "reconhecimento da atividade sexual", tanto para si própria quanto para os "outros significativos" que possivelmente a desaprovam. O reconhecimento para si própria traz como custo introduzir um planejamento racional numa atividade que se considera natural, quebrar o romance e a espontaneidade com a frieza impessoal. Para os outros, o planejamento indica não só tratar-se de uma mulher que já teve relações sexuais, mas que pretende tê-las novamente. Está, portanto, assumindo um papel ativo, contrário à passividade tradicional feminina. Para evitar o estigma ainda associado à mulher sexualmente ativa por escolha própria, toda relação sexual é definida como imprevista, que "simplesmente aconteceu".

Num dos raros estudos prospectivos, Miller (1986) acompanhou uma amostra de 543 mulheres que não queriam engravidar, entrevistando-as uma vez ao ano, durante três anos.

Foram coletados dados sobre um amplo espectro de traços psicológicos relacionados com a reprodução e sobre o comportamento nesta área durante aquele período, onde 76% das mulheres casadas e 75% das solteiras, disseram que nunca deixaram de usar um método anticoncepcional no ano anterior à entrevista. Esta alta porcentagem provavelmente deve-se, em parte, a falhas de memória e à “desejabilidade social” do uso regular de contracepção. Alguns achados deste estudo corroboram as observações de Kellerhals e Pasini (1976). O não-uso estava associado ao baixo nível educacional (entre as casadas), relações instáveis e papéis sexuais tradicionais (entre as solteiras). Entre as casadas, também apareceu como um fator a ambivalência, medida por três itens: 1) “às vezes eu tenho um desejo semi-consciente de ter um bebê, embora eu saiba que não é razoável”; 2) “há momentos em que simplesmente não me importo se ficar grávida”; 3) “sou o tipo de mulher que engravidaria só para me punir”. A inconsistência de uso também esteve associada à atitude geral em relação à contracepção (desagradável, moralmente condenável, etc.), à preocupação como os efeitos colaterais, e ao uso de métodos de barreira, ao coito interrompido e à tabelinha. Outros autores já haviam observado que parte das falhas destes métodos explica-se pela inconsistência com que são usados. A desaprovação do marido quanto ao método utilizado também pesou negativamente.

Estas pesquisas constituem um avanço importante em relação às teorias anteriores que explicavam a gravidez indesejada simplesmente pela ignorância em relação à métodos anticoncepcionais ou por conflitos internos vagamente descritos, sem análise de seus componentes nem de suas relações com as influências sociais e culturais. No contexto pró-natalista dos anos 50, representantes de correntes analíticas chegaram até a rotular de neurótica a gravidez indesejada: “O próprio fato que uma mulher não pode tolerar uma gravidez ou está em intenso conflito sobre ela, é uma indicação de que sua personalidade pré-gravidez era imatura e neste sentido pode ser chamada psicopatológica” (Romm, 1954 apud Luker, 1978). Zimmerman (1977) arrola uma série de pérolas semelhantes. Luker (1978) mostra a misoginia destas interpretações que vêem a mulher que não se protege contra a gravidez de uma forma totalmente distinta de outras pessoas que não protegem sua vida ou saúde (fumantes, corredores de automóvel, etc.).

### 2.2.2. Analisando as conseqüências

A conseqüência mais grave possível e, portanto, a que mais atenção tem recebido é a mortalidade materna. Dos inúmeros estudos publicados a respeito, o de maior autoridade é o do grupo internacional de especialistas da OMS (1978). Suas principais conclusões são as seguintes: o aborto ilegal contribui consideravelmente para a mortalidade materna, mas a passagem do aborto ilegal ao aborto legal, se traduza numa diminuição da mortalidade por aborto, segundo se demonstrou em muitos países. Os dados disponíveis não confirmam a inquietude por vezes expressada de que uma grande parte dos casais abandonariam os métodos contraceptivos quando se facilitasse o aborto legal. E, onde o aborto é legal, a mortalidade por abortos no primeiro trimestre de gestação é mais baixa que a mortalidade por parto após um período de gestação normal. Os dados mais recente do Alan Guttmacher Institute (1986) confirmam o relatório da Organização Mundial de Saúde. No Brasil, os dados de Melo (1982) também encontraram mortalidade mais baixa para o aborto, apesar da ilegalidade, muito embora se deva ter em conta o problema sério do sub-registro do aborto como causa da internação hospitalar.



Quanto às conseqüências psicológicas do aborto, há muitas controvérsias porque grande parte das pesquisas apresentam problemas metodológicos variados. Em geral, não levam em conta antecedentes psiquiátricos, o estigma associado à gravidez fora do casamento, as tensões pré-existentes nas relações do casal e as hostilidades enfrentadas no processo de obtenção de aborto. Hayler (1979) conclui que a maioria das pesquisas sobre os efeitos do aborto revelam mais sobre a ideologia do pesquisador que sobre a realidade do aborto.

No entanto, o grupo de especialistas da OMS, ao apontar estes problemas reconhece também já haver estudos de casos objetivos e minuciosos, realizados em muitos países, e que permitem concluir serem freqüentes os benefícios psicológicos e baixa a incidência de seqüelas desta ordem. A esta mesma conclusão chegou Shusterman (1976), que fez um levantamento exaustivo da literatura sobre os aspectos psicossociais do aborto. Num estudo realizado na Inglaterra, a incidência de psicoses posteriores ao aborto foi muito baixa (0,3 por 1.000 abortos legais) por comparação às psicoses puerperais (1,7 por 1.000 partos) (Brewer, 1977 apud OMS, 1978).

Na realidade, seria desejável comparar seqüelas psicológicas da obtenção e da não obtenção do aborto, para poder controlar as tensões oriundas de uma gravidez não desejada. No entanto, este tipo de estudo seria praticamente impossível porque a própria obtenção do aborto (onde ele é legal) pode ser mais difícil para mulheres mais saudáveis.

Zimmerman (1977) demonstrou que o aborto pode ser traumático mas não tem de sê-lo. A forma como um aborto é vivido depende amplamente do papel da mulher no seu mundo social, do tipo de laços que mantém com sua família, seu companheiro e outros amigos, da estabilidade das atividades centrais de sua vida e da clareza de sua visão sobre o futuro. Também depende da reação dos outros a seu aborto e do tipo de atenção médica que recebe. Mulheres bem integradas no seu mundo social ("afiliadas" de acordo com a tipologia construída pela autora) não tiveram grandes problemas: tinham clareza sobre suas decisões desde o começo, não relataram tristeza ou culpa posteriormente, nem experimentaram mudanças em suas relações sociais.

Há duas questões que aparecem neste e em outros estudos, mas que não são aprofundadas devidamente. A primeira é o rompimento das relações com o parceiro, um evento relativamente freqüente. Seria desejável compreender melhor porque algumas relações terminam enquanto outras se fortalecem. Naturalmente, é preciso considerar que ambos os desenlaces também ocorrem na ausência de gravidez. A comparação com uma amostra mais ampla de casais permitiria detectar os efeitos específicos do aborto.

Outra questão é deslindar os efeitos das concepções morais da mulher que se submete ao aborto. É provável que a passagem pelo aborto seja tão mais tranqüila quanto maior convicção tiver a mulher de que é seu legítimo direito optar pela interrupção da gravidez. Entre as que não tiveram essa convicção, a tranqüilidade provavelmente só é alcançada se perceberem o aborto como o mal menor, portanto um caminho praticamente inescapável.

### 3. PESQUISA SOBRE O ABORTO NA AMÉRICA LATINA

Numa bibliografia elaborada em 1977, o Centro de Documentação da Corporação Centro Regional de População da Colômbia levantou 253 títulos, boa parte dos quais refere-se a pesquisa, havendo também trabalhos de pura reflexão e discussão. Não tivemos acesso à maioria dos títulos arrolados, mas das pesquisas consultadas, grande parte são de natureza estritamente médica. Além disso, muitas pesquisas apresentam sérios problemas metodológicos, como apontaram Rizo e Salas (1982), que examinaram 78 publicações sobre o aborto na Colômbia, divulgadas entre 1960 e 1980.

Por sua vez, o movimento feminista não tem ainda inspirado a realização de pesquisas que aprofundem os aspectos psicossociais do aborto, desde a perspectiva da mulher, embora tenha produzido interessantes trabalhos de análise crítica que podem ser melhor caracterizados como documentos políticos (Frente de Mulheres Feministas, 1980; Prado, 1984; Verardo, 1987 e outros) e divulgado pungentes depoimentos sobre a experiência pessoal do aborto (Oliveira e Prado, 1981; UNICEF, 1985).

As pesquisas de inspiração feminista que interessam a uma nova abordagem da psicologia nem sempre têm origem na própria disciplina. Os estudos de mulher têm rompido as barreiras disciplinares, criando interessantes possibilidades de trocas especialmente com a antropologia, a sociologia e a história.

#### 3.1. O contexto social e político

É possível que, do ponto de vista dos aspectos psicossociais, o aborto na América Latina não difira muito do realizado em outras regiões. No entanto, a história de nossos países mostra especificidades muito marcantes, em pelo menos dois pontos importantes: a condição de pobreza de grandes setores da população e a atuação sistemática da Igreja Católica.

No que se refere à situação de pobreza da grande massa de mulheres, parece que o efeito principal é sobre a forma como o aborto é realizado. Pesquisas como a de Giovanni (1983) e Barroso (1988), por exemplo, indicam que, de um lado, também na classe média, considerações econômicas pesam na decisão de ter ou não ter filhos e, de outro lado, mesmo entre as mulheres pobres, outras considerações também desempenham um papel nesta decisão. Se as pesquisas contrariam o senso comum que supõe um grande efeito da condição de pobreza sobre a motivação (pois o senso comum esquece a mediação de diferenças de padrões de vida e expectativas existentes entre as classes), por outro lado, as pesquisas confirmam a suposição de diferenças dramáticas no que se refere às condições de realização do aborto.

Numa amostra de baixa renda no estado brasileiro de Santa Catarina, Bochs (1983) registrou a utilização de 18 métodos para provocar o aborto, desde a sonda (a mais utilizada) até a agulha de tricô. Resultados semelhantes foram encontrados por Fariña (1975) e Pinotti et alii (1969). Na classe média, são geralmente usadas a curetagem ou a aspiração.



Quanto à atuação da Igreja Católica, parece que seu efeito mais marcante se dá mais no impedimento da liberalização das leis do que na restrição à sua prática. De fato, pesquisas têm indicado que, entre as católicas praticantes, proporções consideráveis tiveram aborto provocado, embora essas proporções sejam menores que entre as demais. Deve-se observar que a grande maioria de católicas é não-praticante e, entre estas, a prática do aborto é tão disseminada quanto entre mulheres não-católicas (Hutchinson, 1964; Milanesi, 1970; Farias, 1972). Isto indica não somente que a moral católica dos católicos não coincide necessariamente com as pregações da hierarquia clerical, mas também, como mostrou Pierucci (1978), que na prática pastoral cotidiana, o clero procura acomodar-se não só a codificação coercitiva da ortodoxia doutrinária, mas também às demandas dos fiéis, dos quais depende seu próprio poder clerical. Por exemplo, em 1968, quando a encíclica papal *Humanae Vitae* proíbe o uso da pílula, um bispo brasileiro, D. Ivo Lorscheister, afirma ser preciso “ser leal ao papa mas também ao Povo de Deus”, o que a imprensa interpretou como favorável à pílula (Pierucci, 1978, p. 65). Na controvérsia que se seguiu, inúmeros padres preferiram omitir-se ou adotar atitudes tolerantes no púlpito ou nos “cursos de noivos”, oferecidos na maioria das dioceses. Sem desobediência frontal, sem negação de fidelidade às diretrizes papais, o que se observou, na prática, foi uma conciliação com as necessidades manifestadas pelos fiéis.

Por outro lado, ao nível da atuação política por parte da alta hierarquia católica – independentemente da variação de posturas mais ou menos progressistas, segundo o grau de influência da teologia da libertação nos distintos países – o que se observa é a tenaz (e bem sucedida) resistência a qualquer tentativa de liberalização das leis, no tocante ao aborto, e também no acesso aos meios anticoncepcionais. Mais do que isso, em alguns países, como no Brasil, por exemplo, as autoridades eclesiais católicas – em aliança com os grupos evangélicos conservadores – têm procurado obter a aprovação de leis ainda mais restritivas que as atuais.

Embora vozes isoladas como a de Frei Betto, frade dominicano assessor da pastoral operária de S. Bernardo – Brasil, argumentem que os teólogos mais qualificados não concordem com Roma (*Folha de S. Paulo*, 26/4/87), não existe – como nos Estados Unidos, por exemplo – um movimento organizado de contestação à autoridade da Igreja sobre a vida privada: sexualidade, reprodução, aborto.

Em alguns países, em que a ala mais progressista da Igreja teve maior força, a argumentação utilizada foi mais de natureza política, fazendo coro com nacionalistas de esquerda e também de direita, que têm resistido às tentativas, inspiradas especialmente nas políticas dos governos norte-americanos pré-Regan, de conter o crescimento demográfico dos países subdesenvolvidos.

Foi num contexto político polarizado entre natalistas e anti-natalistas, que o movimento de mulheres – atento às necessidades concretas de regulação da fecundidade criadas por transformações da economia e da sociedade latino-americana, com profundas mudanças na família e na posição da mulher na sociedade – conseguiu introduzir novo eixo de discussão centrado no direito individual da mulher de decidir soberanamente sobre seu corpo e sua vida (Barroso, 1987). É nesse ponto que se cria a necessidade de outro tipo de pesquisa, pois pouco se conhece sobre os alcances e limitações das opções individuais, onde o próprio desejo de ter ou não ter filhos se define dentro de um conjunto de condições socialmente dadas.

### 3.2. Aborto e projeto de vida

Um estudo muito interessante é o de Giovanni (1983) que fez análise qualitativa de histórias de vida de brasileiras de diferentes classes sociais que haviam praticado aborto. O que emerge do discurso das entrevistadas é a existência de um projeto de vida, em relação ao qual é que se define uma gravidez como indesejável e em consequência o aborto como necessário. Para todas o projeto de vida inclui a maternidade, porém sempre sob determinadas condições: dentro de uma relação afetiva estável, com situação financeira satisfatória. A transcrição detalhada dos ricos depoimentos permite observar que estas duas condições estão incorporadas nos projetos de vida das mulheres de diferentes classes sociais, embora, evidentemente, tanto a classe, como fatores subjetivos, influenciem a avaliação individual do que seja uma situação financeira satisfatória ou uma relação estável. No que se refere à relação afetiva para as solteiras ou divorciadas, o aborto se apresenta como necessário pela inoportunidade do estabelecimento de um vínculo duradouro; para as casadas, a questão não é esta, mas a da qualidade da relação existente, e o desempenho do parceiro como marido ou como pai. No que se refere à situação financeira, também há grande variação, desde as que consideraram suficiente “não passar necessidade” até as que acharam imprescindível ter empregada para “não ser apenas mãe” e “independência financeira” para não ficar presa ao marido por causa do filho.

Geralmente a decisão sobre o aborto é definida como sendo da mulher, em última instância. O parceiro é, no máximo, um coadjuvante solidário. Mesmo quando se afirma que a decisão foi conjunta, há referência à dificuldade de partilhar as transformações físicas e emocionais vivenciadas pela mulher.

A diferença marcante entre as classes sociais aparece no momento da prática do aborto: enquanto as mulheres de classe média não tiveram dificuldade em localizar médicos que realizassem a intervenção em clínicas ou hospitais (ainda que algumas delas tenham considerado o ambiente frio e hostil), as da classe “baixa” enfrentaram as mais duras condições, recorrendo até ao auto-aborto, e sempre sem anestesia.

As entrevistadas consideraram o aborto uma experiência dolorosa, vivida com um sentimento de solidão, mas não revelaram “temor à lei ou vergonha diante do ato cometido” como pretendem pesquisadores mais conservadores (Falconi, 1968). Também não manifestam arrependimento pois, “por pior que tenha sido, era o que deveria ser feito, porque teria sido mais brutal ter um filho naquelas condições”. O aborto, quando sentido como necessidade imperiosa reduz a margem de ambivalência.

É curioso que nem os argumentos de ordem religiosa defendidos pela Igreja Católica, nem o debate pela legalização do aborto lançado pelas feministas, aparecem no discurso das entrevistadas. A questão é vivida no âmbito do estritamente pessoal, sem ligação imediata com sua politização.

### 3.3. O significado do filho

As observações de Giovanni (1983) sobre as condições estabelecidas para o exercício



da maternidade também foram confirmadas num estudo que estamos realizando (Barroso, 1988). A natureza da relação em que estavam envolvidas foi citada como causa de aborto por 22 das 50 mulheres entrevistadas, número igual ao de mulheres que alegaram dificuldades financeiras como motivo para o aborto. Para muitas mulheres um filho deve ser a expressão de uma ligação afetiva profunda entre um casal que planeja compartilhar o futuro. Fora disso, ele simplesmente não tem sentido. Quatro tipos de situações contrapõem-se àquela condição considerada ideal para se ter filhos: relações instáveis, relações ainda não amadurecidas, relações conflituosas e relações nas quais o parceiro não apóia a continuidade da gravidez.

No caso das relações esporádicas, com pequeno envolvimento emocional – que foram admitidas francamente por jovens que não descartam a possibilidade de vir a ter filhos quando encontrarem um companheiro “de quem gostem muito e pelo qual se sintam correspondidas” – parece que houve uma “secularização” do ato sexual (que pode tornar-se um fim em si mesmo), que não foi acompanhada de igual secularização da maternidade (que só adquire significado como símbolo de uma relação que se pretende duradoura).

No caso de relações consideradas ainda não suficientemente amadurecidas, há um projeto de permanência, mas persistem dúvidas quanto a sua viabilidade. O filho é evitado, seja porque poderia ele próprio prejudicar um relacionamento não suficientemente consolidado, seja porque não se considera desejável tê-lo, na eventualidade de o vínculo vir a se desfazer.

Relações estáveis mas conflituosas foram alegadas como motivos de aborto por mulheres de todas as classes sociais. Nestes casos pode haver tanto a preocupação com a qualidade de vida da futura criança, quanto a vontade de preservar o relacionamento que poderia se deteriorar ainda mais com a vinda de outro filho.

A falta de apoio do parceiro à continuidade da gravidez também diz respeito ao que Giovanni chama de “projeto familiar”, pois está relacionada à negação do envolvimento paterno.

Diante deste quadro, cabe perguntar: o que torna o casal tão importante na sociedade contemporânea? Por que o projeto de vida das mulheres quase sempre inclui a maternidade? Por que a maternidade só é admitida dentro da relação de casal? Para as feministas, estas são questões fundamentais, tanto do ponto de vista teórico quanto do ponto de vista político. As respostas provavelmente estejam tanto nas condições concretas de vida, como nas múltiplas discriminações da sociedade patriarcal que condenam as mulheres à pobreza, quanto nas dimensões simbólicas que fazem do casal o foco dos maiores investimentos afetivos, numa sociedade em que todas as demais relações – de amizade, de trabalho, e parentesco – tendem a se deserotizar. São áreas de pesquisa que mereceriam ser aprofundadas.

Outra área que merece abordagem cuidadosa é a das normas e valores, sua internalização e seus efeitos ao nível da dinâmica das emoções. Stefani (1987) está realizando uma pesquisa em que procura relacionar possíveis efeitos traumáticos na mulher que aborta, com conflitos pessoais, seja por divergência com o companheiro, seja por *não* adoção de valores que consideram o aborto como um direito. Uma observação interessante de sua comparação de mulheres brasileiras e norte-americanas é a de que a idéia de direito ultrapassa os limites da legalidade.

### 3. CONCLUSÕES

Essa resenha foi necessariamente limitada às pesquisas a que se tem acesso em São Paulo. Uma primeira conclusão evidente é a necessidade de criação de canais dinâmicos de comunicação entre os países da região, que permitam maior intercâmbio e atualização constante. Tão importante como vencer os obstáculos à realização de pesquisas, é disseminá-las amplamente ao público interessado. Centros de documentação que captem os trabalhos relevantes que estão sendo realizados em cada país e sejam acessíveis aos estudiosos de todos os países seriam de grande utilidade.

Quanto às áreas substantivas de pesquisa, há ampla gama de questões a serem exploradas, algumas das quais já foram mencionadas no próprio texto. É necessário ressaltar a necessidade premente do dimensionamento mais preciso do aborto clandestino como problema de saúde pública. Dadas as dificuldades da estimativa da real incidência em condições de ilegalidade, estudos metodologicamente rigorosos do atendimento hospitalar das complicações do aborto já seriam de alto benefício.

Como a questão da liberdade reprodutiva não se esgota na simples legalização do aborto, são necessários estudos aprofundados dos aspectos psicológicos, culturais, sociais e econômicos que cercam a realização do aborto nos diferentes países, nas diversas classes sociais e nas variadas etnias. Seria desejável, ao mesmo tempo, captar o significado do aborto desde a perspectiva das mulheres e compreender os fatores culturais, políticos e econômicos que afetam esse significado.



QUADRO I  
Situación Legal Sobre Interrupción Del Embarazo: Aborto

País	Legalidad	Vida de la madre a)	Razones legales para la interrupción del embarazo					Requerimientos	
			Eugénicas b)	Jurídicas c)	Socio-eco. d)	Solicitud e)	Otros f)	Aprob. de Comité	Consenti- miento
Argentina	Aborto es general-mente ilegal. Código 1921. Penas de hasta 6 años para el autor. Para la mujer que se lo induce de 1 a 4 años.	x (1967)	No	Violación o incesto	No	No	No	No se hace alusión	No se hace alusión
Bolivia	Aborto es general-mente ilegal. El que interrumpe un embarazo, incluyendo la mujer, es sujeto de empri-sonamiento de 1 a 3 años. Intentado sin éxito por la mujer. Los que pro-ducen aborto frecuen-temente pueden ir a prisión de 1 a 6 años. Cualquier interrupción al embarazo cometida por negligencia es un delito. Código de 23 de agosto de 1972.	x	No	Ciertos crímenes sexuales	No	No	No	al y c) re-quieren de aprobación judicial	No se hace alusión
Brasil	Aborto es general-mente ilegal. El autor o la mujer que lo induce se hace acreedor a pena de prisión por lo menos de 4 años. Código (1940-41).	x	x	Rapto	No	No	No	Comité de tres médicos.	No

(Continúa)

CUADRO I  
Situación Legal Sobre Interrupción Del Embarazo: Aborto

País	Legalidad	Razones legales para la interrupción del embarazo							Requerimientos	
		Vida de la madre a)	Eugénicas b)	Jurídicas c)	Socio-eco. d)	Solicitud e)	Otros f)	Aprob. de Comité	Consenti- miento	
Chile	Aborto es general. El que lo realiza pena de año y medio a 3 años. La mujer de 3 a 5 años. Más severas penas a médicos que lo practican. Código Penal, 1974 formalizado en 1976.	x	No	No	No	No	No	No	Aprobación por escrito de dos médicos, además del que lo ejecuta.	
Colombia	El aborto es considerado ilegal por el Código Penal. Los que lo practican incluyendo a la mujer reciben penas que van de 1 a 4 años. Ley abril, 1936.	x	No	No, pero se reduce la pena si es por salvar el honor de la madre, esposa, hija, hermana o hija adoptiva.	No	No	No	No	No	
Costa Rica	Aborto es generalmente ilegal: prisión de 1 a 3 años. Si el feto tiene menos de 6 meses, la pena de reducida de 6 meses a 2 años. Código de 1970, reemplazando el de 1941.	x	No	No	No	No	No	No	Partera autorizada. Médico con la aprobación de 2 médicos u otro.	Por escrito, de la mujer y el marido.

(Continúa)



QUADRO I  
Situación Legal Sobre Interrupción Del Embarazo: Aborto

País	Legalidad	Razones legales para la interrupción del embarazo						Requerimientos	
		Vida de la madre a)	Eugénicas b)	Jurídicas c)	Socio-eco. d)	Solicitud e)	Otros f)	Aprob. de Comité	Consenti- miento
Cuba	Los abortos por solicitud son disponibles en los hospitales, al menos desde 1968. En el Cap. 6 del nuevo Código Penal de feb. de 1979, se mencionan abortos ilegales, los cometidos violando las disposiciones concernientes a la realización de abortos.	—	—	—	—	Si	—	—	—
República Dominicana	Aborto en general es ilegal penas de 2 a 5 años para ambos el instructor y la madre, los médicos, parteras, enfermeras que realicen ilegalmente un aborto pueden ser castigados entre 5 y 25 años. Sec. 317, Código Penal 1948.	x	No	No	No	No	No	No	No
Equador	Es ilegal en general, 2 a 5 años de pena. A la mujer de 6 meses a 5 años. Mayores penas a médicos, enf., part., etc. que los cometan. Código Penal 1938, Sect. 417-423.	x	x	Rapto o mujer mentalmente perturbada o enferma.	No	No	No	No	Consentimiento del representante legal de la mujer.

CUADRO I  
Situación Legal Sobre Interrupción Del Embarazo: Aborto

País	Legalidad	Razones legales para la interrupción del embarazo					Requerimientos		
		Vida de la madre a)	Eugénicas b)	Jurídicas c)	Socio-eco. d)	Solicitud e)	Otros f)	Aprob. de Comité	Consenti- miento
El Salvador	Ilegal en general, penas de 2 a 4 años, a la mujer 1 a 3 años, Código Penal, 1977.	x	Grave deformidad en el feto	Violación	No	No	No	Consulta otro médico	Consentimiento de la madre
Guatemala	Ilegal en general, penas de 1 a 3 años, tanto para el que lo induce como para la madre, Código Penal, 1973.	x	No	No	No	No	No	El que lo practica debe consultar otro médico.	No
Haití	Ilegal en general, penas de 3 a 9 años, Código Penal, 1835, Sect. 262.	x	No	No	No	No	No	No se hacen abusos	No
Honduras	Ilegal en general, penas de 2 a 3 años, menos severas para la mujer, Código Penal, 1906.	Ley de la Asociación de Médicos 1964 x	No	No	No	No	No	Comisión médica debe autorizarlo	Consentimiento de la mujer, su marido o pariente cercano.
México	Ilegal en general. El que lo hace recibe penas de 1 a 3 años, mujer de 5 años. Dif. sanción a mujeres, si el aborto era realizado por una mujer de buena reputación, la pena de 6 meses a 3 años. Código Penal, 1931.	x	No	Violación	No	No	No	Otro Dr. debe ser consultado	Consentimiento de la mujer

(Continúa)



QUADRO I  
Situación Legal Sobre Interrupción Del Embarazo: Aborto

País	Legalidad	Vida de la madre a)	Razones legales para la interrupción del embarazo					Requerimientos	
			Eugénicas b)	Jurídicas c)	Socio-eco. d)	Solicitud e)	Otros f)	Aprob. de Comité	Consenti- miento
Nicaragua	Legal en general. El autor recibe penas de 1 a 2 años, para la mujer 2 a 4 años. Código Penal, 1949.	x	No	No	No	No	No	No	No
Panamá	Ilegal en general. El autor recibe penas entre 20 meses y 3 años. La mujer, entre 8 y 30 meses. Penas más severas para personal médico. También penado el esposo de la mujer embarazada. Código Penal de 1922.	x	No	No	No	No	No	No	No
Paraguay	Ilegal en general. Penas de prisión no especificadas. Menos severas para médicos y esposo culpable de un aborto de su mujer. Código Penal, 1909.	x	No	No	No	No	No	No	No
Perú	Ilegal en general, penas de más de 4 años incluyendo a la mujer. Penas más severas para el personal médico. Código Penal, 1924.	x	No	No	No	No	No	2 médicos deben aprobarlo	No

QLADROI  
Situación Legal Sobre Interrupción Del Embarazo: Aborto

País	Legalidad	Razones legales para la interrupción del embarazo							Requerimientos	
		Vida de la madre a)	Eugénicas b)	Jurídicas c)	Socio-eco. d)	Solicitud e)	Otros f)	Aprob. de Comité	Consenti- miento	
Puerto Rico	Era ilegal pero la decisión de la Suprema Corte de EE.UU. 1973 dejó sin efecto la Constitución anterior.	—	—	—	—	—	Si	—	—	—
Uruguay	Ilegal en general. El autor recibe penas de 6 a 24 meses. La mujer que se lo induce de 3 a 9 meses. Código Penal, 1933.	x	No está permitido	Si el embarazo es producto de violación la pena se reduce o anula.	Em graves condiciones socio-eco.	No está permitido	No está permitido	No está permitido	No se hace alusión	No se hace alusión
Venezuela	Ilegal en general el que lo hace penas de prisión de 12 a 30 meses que se pueden incrementar si es el esposo o un practicante médico. Mujer de 6 meses a 2 años. Ley de junio de 1964.	x	No está permitido	No está permitido	No está permitido	No está permitido	No está permitido	No está permitido	No se hace alusión	(*)

(\*) El Código de Ética Médica 1971, prohíbe el aborto inducido en cualquier etapa del embarazo, con excepción de que se haga por propósitos terapéuticos, los cuales deben ser realizados en un adecuado ambiente, usando todos los recursos científicos, el cirujano debe informar a los parientes de la mujer sobre las complicaciones obstétricas, y explicar claramente el procedimiento que intenta seguir, con el objeto de obtener su consentimiento.

FONTE: UNFPA. *Survey of Laws on Fertility Control: Part II. Termination of Pregnancy*. New York, 1979., apud Elu (1986)



## NOTAS

1. Em 118 teses apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX e nas duas primeiras décadas do século XX. 5 versam sobre o aborto e 11 sobre o infanticídio.
2. Levantamento efetuado por Eliane Perez, da Seção de Informação Documental daquela Biblioteca.
3. Serviço computadorizado da Universidade John Hopkins, disponível para os pesquisadores que o desejarem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE - 1986. *Induced abortion: a world review*. New York, 143p.
- ARRUDA, José Maria et alii - 1982. *Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar*: Piauí. Rio de Janeiro, BEMFAM, 115p.
- BARROSO, Carmem - 1988. *O aborto: a experiência vivida*. São Paulo, 14p. (mimeo).
- - 1987. Direitos Reprodutivos: a realidade social e o debate político. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 62:52-59, agosto.
- BOEHS, Astrid Eggert et alii. - 1983. Aborto provocado, estudo epidemiológico descritivo numa maternidade de Florianópolis, Santa Catarina. *Ciência e Cultura*, São Paulo, 35(4):501-6.
- DEVEREUX, G. - 1976. *A study of abortion in primitive societies*. Revised edition. N. York. International Universities Press. (Apud Popline Bibliography of Social-Psychological Aspect of Pregnancy Termination 1976-1981. Johns Hopkins University, Baltimore, EUA).
- ELU, Maria Del Carmen - 1986. *Planificación familiar y salud materno-infantil*. Montevideo, Uruguai, FNUAP, Conferência sobre Mujer Población y Desarrollo en América Latina. 96p. (mimeo).
- FALCONI, Flavio Rodrigo M. - 1968. *Incidência de abortos en el amparo maternal durante el ano de 1967*. São Paulo, 47p. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública: FHSP, USP.]
- FARIÑA, Efigênia Britz - 1975. Estudos dos motivos, processos e conseqüências do abortamento em população assistida no Pronto Socorro Obstétrico do Amparo Maternal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, 9(12):223-46, ago.

- FARIAS, Floripes Cavalcante - 1972. Condicionamentos sócio-econômicos de abortamento provocado. *Revista Paulista de Hospitais*. São Paulo, Associação Paulista de Hospitais, 20(2):25-31, fev.
- FAÚNDES, Aníbal et alii. - 1967. Programa de prevención del aborto inducido en una población suburbana de Santiago (Proyecto San Gregorio). Primeiros resultados. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Chile, 32(4):191-200.
- - 1968. The San Gregorio Experimental Family Planning Program: changes observed in fertility and abortion rates. *Demography*, 5:836-45.
- FAÚNDES, Aníbal & HARDY, Ellen - 1978. Contraception and abortion services at Barros Luco Hospital, Santiago, Chile. In: DAVID H. P.; VAN TAK I. & SEVILHA, M. J. (Eds). *Abortion in Psychological Perspective*. New York, Springer Publishing Co., p. 284-97.
- FERRAND, Michèle & JASPARD, Maryse - 1987. *L'interruption volontaire de grossesse*. Paris, Prèsses Universitaires, 125p.
- FIGA-TALAMANCA, Irene et alii - 1986. Illegal Abortion: an attempt to assess its cost to Health Services and its Incidence in the Community. *International Journal of Health Services*. Farmingdale, N. Y. Baywood Publishing Co. 16(3):375-389.
- FRENTE DE MULHERES FEMINISTAS - 1980. *O que é aborto?* São Paulo, Cortez, 72p.
- GIOVANI, Rosângela Di - 1983. *Projetos de vida: um estudo das representações femininas do aborto*. Campinas, 189p. [Dissert. de mestrado em Antropologia Social, IFCH/UNICAMP.]
- GORDON, Linda - 1977. *Woman's body, woman's right: a social history of birth control in America*. Middlesex, England, 479p.
- HAYLER, Barbara - 1979. Abortion. *Signs: journal of women in culture and society*. Chicago 5(2):307-23, Winter.
- HENSHAW, Stanley K. - 1987. Induced abortion: a worldwide perspective. *International Family Planning Perspectives*. New York, 13(1):12-16, Mar.
- HOLLERBACH, Paula E. - 1980. *Recent trends in fertility, abortion and contraception in Cuba*. New York, Population Council, 36p. (Center for Policy Studies, 61).
- HURST, Jane - s. d. *La Historia de las Ideas sobre el Aborto en la Iglesia Católica: una relación desconocida*. Washington. Catholics For a Free Choice, 37p.
- HUTCHINSON, Bertran - 1964. Induced Abortion in Brazilian Married Women. *América Latina*. Rio de Janeiro, 4:21-33, out./dez.



- KELLERHALS, Jean & PASINI, Willy - 1976. *Le sens de l'avortement*. étude psycho-sociologique. Genève, Georg Librairie de l'Université, 252p.
- LUKER, Kirstin - 1978. *Taking chances*: abortion and the decision not to contracept. Berkeley, California University Press, 207p.
- MELO, Hildete Pereira de - 1982. *Seqüelas do aborto*: custos e implicações sociais. Rio de Janeiro, 85p. (mimeo).
- MILANESI, Maria Lucila - 1970. *O Aborto Provocado*. São Paulo, Pioneira, 97p
- MILLER, Warren B. - 1986. Why some women fail to use their contraceptive methods: a psychological investigation. *Family Planning Perspectives*, New York, 18(1):27-32, jan./fev.
- NUNES, Sílvia Alexin - 1982. *Medicina social e regulação do corpo feminino*. Rio de Janeiro, [DíSSERT. de mestrado Inst. Med. Social - UERJ.]
- OLIVEIRA, Cícera Fernandes de & PRADO, Danda - 1981. *Cícera*, um destino de mulher. São Paulo, Brasiliense, 128p.
- OMS. - 1978. *Aborto Provocado*. Geneva, 70p. (Série de Informes Técnicos, 623).
- PETCHESKY, Rosalind Polack - 1983. *Abortion and woman's choice*: the state, sexuality, and reproductive freedom. New York, Longman, 404p.
- PIERUCCI, Antonio F. de O. - 1978. Igreja: contradições e acomodações: ideologia do clero católico sobre a reprodução humana no Brasil. *Cadernos CEBRAP*, São Paulo, Brasiliense, 30.
- PINOTTI, J. A. et alii - 1969. Contribuição ao estudo médico-social das causas determinantes do aborto provocado. *Maternidade e infância*, Rio de Janeiro, LBA, 28(1):9-20, jan./mar.
- PRADO, Danda - 1984. *O que é aborto?* São Paulo, Brasiliense, 90p
- REQUENA, Mario - 1972. El Aborto en América Latina. In: *El aborto en un mundo cambiante*. México, Editorial Contemporáneos, 187-201.
- RIZO, G. Alberto & PRADA SALAS, Elena - 1982. Desconocimiento sobre la magnitud del aborto en Colombia: evidencia de seis encuestas realizadas entre 1965 y 1980. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Colombia, 33(2):94-102, mar./abr.
- SCHOR, Néia - 1984. *Aborto como questão de Saúde Pública*: estudo da demanda de mulheres que recorreram ao hospital por complicações de aborto. São Paulo, 152 p. [Tese de Doutor em Saúde Pública, FSP/USP.]

- SHUSTERMAN, L. R. - 1976. The psychosocial factors of the abortion experience: a critical review. *Psychology of Women Quarterly*, 1(1):79-106 Fall, (apud *Popline Bibliography*).
- SOCIEDAD COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA - 1980. *Encuesta de actitudes sobre el aborto y su legislación*. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Colombia, 39(1).
- SOUSA, Tereza Cristina Nascimento - 1983. *O aborto na legislação Brasileira*. Rio de Janeiro, 114p. (Monografia de bacharelado em Direito, Fac. Cândido Mendes - RJ.).
- UNICEF - 1985. *Rocinha, mães e vidas: depoimentos*. UNICEF/Alhambra, 160p.
- VERARDO, Maria Tereza - 1987. *Aborto: um direito ou um crime?* São Paulo, Moderna, 88p.
- STEFANI, Eliana - 1987. *Aborto: entrecruzando desejo e razão*. São Paulo, 54p. Relatório apresentado à Fundação Carlos Chagas. (mimeo).
- ZIMMERMAN, Mary K. - 1977. *Passage through abortion: the personal and social reality of women's experience*. New York, 222p.

ABSTRACT - RESEARCH ON ABORTION IN LATIN AMERICA - Research on abortion is important for the Latin American women's movements. Rates of illegal abortion seem quite high. Cuba is the only country where abortion is legal. Policies on abortion are closely related to attitudes towards sexuality and women. Contraception has, in addition to health and economic costs, social and psychological costs, therefore unwanted pregnancies are the normal results of behavior that follows a certain rationality. Consequences of abortion depend on a woman's integration in her social network. The Latin American scene has two main differences from industrialized countries: mass poverty and the influence of the Catholic Church. Conditions of poverty affect less the motivation for abortion and more the conditions of its use.