

**ABORTO
UMA ABORDAGEM DA CONJUNTURA
NACIONAL E INTERNACIONAL**

Ana Paula Portella



**S · O · S
CORPO**

ESGOTADO

**ABORTO
UMA ABORDAGEM DA CONJUNTURA
NACIONAL E INTERNACIONAL**

Ana Paula Portella

2ª Edição



Recife, Fevereiro de 1995

Este texto foi publicado no documento final do Seminário Nacional, A Realidade do Aborto no Brasil, coordenado pelos grupos Geledes, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e ECOS de São Paulo.

Ana Paula Portella é psicóloga, desenvolveu estudos na UNICAMP na área de Ciência Política. Atualmente é pesquisadora do SOS CORPO - Gênero e Cidadania

Revisão:	Taciana Gouveia
Revisão Crítica:	Sonia Corrêa
	Maria Betânia Ávila
Digitação:	Lucelena A. de Oliveira
Composição:	Romag Computação Gráfica
Edição:	SOS CORPO - Gênero e Cidadania
	Rua Major Codeceira, 37
	Santo Amaro - 50100-070
	Recife - PE - Brasil
	Tel.: (081) 221.3018
	Fax: (081) 221.3947
Apoio:	Fundação MacArthur
Tiragem:	100 exemplares

ÍNDICE

01. INTRODUÇÃO	03
02. O MOVIMENTO FEMINISTA E AS REFORMAS NAS LEGISLAÇÕES	04
03. CARACTERÍSTICAS DAS LEGISLAÇÕES LIBERAIS	06
04. A REALIDADE DO TERCEIRO MUNDO	07
05. AMÉRICA LATINA	08
06. BRASIL	11
07. CONJUNTURA ATUAL	14
08. ANEXOS	
Países onde o aborto está legalizado	19
Distribuição da população mundial de acordo com a legislação referente ao aborto	23
Dados de pesquisa realizada pelo Jornal Folha de São Paulo	24
Dados referentes à inclusão da indicação ao aborto de mulheres portadoras do vírus da AIDS	24
09. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	25

01. INTRODUÇÃO

Utilizado como contraceptivo desde a antiguidade e mantido como questão de foro íntimo e prática privada até o século XIX, o aborto passa a merecer a atenção do Estado quando caem as taxas de fecundidade na Europa, no início da industrialização. Até este momento, a regulação da vida econômica e social fazia-se à margem das políticas estatais e, embora a história registre um número relativamente grande de leis referentes à regulação da reprodução, não podemos falar em políticas públicas tal como são compreendidas atualmente. As dimensões do privado eram regidas principalmente por códigos orais e consuetudinários e as posições correntes a respeito da concepção e da gestação deixavam margem para que as práticas abortivas não fossem condenáveis. Assim, a atribuição do princípio vital ao espermatozôidê criava uma zona de penumbra entre a contracepção e o aborto: evitar a atuação dos espermatozóides não era diferente de interromper uma gravidez. Tinha-se como certo, contudo, que não havia vida humana antes que o feto iniciasse os primeiros movimentos, o que tornava o aborto uma prática minimamente aceitável. Mesmo a Igreja Católica, depois de um período em que o aborto e a contracepção eram condenados com a excomunhão e a morte, atravessava um momento de recuperação das idéias de São Tomás de Aquino, o que também favorecia a não condenação da interrupção da gravidez. A teoria da natureza humana como unidade dualizada, base do pensamento de S. Tomás, convertera-se em dogma da fé católica no século XIV e preconizava que a alma só estaria presente quando o feto adquirisse características e forma humana. O que certamente não acontecia nas primeiras semanas da gravidez.

A queda da qualidade de vida dos setores urbanos e a entrada das mulheres no mercado de trabalho, leva a que muitos casais tentem limitar o tamanho da família que, de unidade produtiva autônoma, transforma-se em núcleo conjugal que vende a sua força de trabalho. Adquire maior nitidez a separação entre o mundo privado da reprodução biológica e o universo público da reprodução econômica. Neste processo, são reordenados o sistema médico e os mecanismos de regulação da fecundidade e forma-se o caldo de onde surgirá o feminismo. Importa ressaltar que o discurso do controle populacional atinge as diferentes esferas da vida e das mais variadas formas. Assim, no plano do privado, as famílias reordenam-se para dar conta da sua própria sobrevivência e, nesse contexto, a prática abortiva cumpre um papel importante. Entre as feministas, uma política de contracepção revela-se como fator fundamental para retirar as mulheres da subordinação doméstica e, também aqui, a discussão sobre o aborto ocupa um lugar de destaque.

As primeiras descobertas da embriologia contribuem significativamente para derrubar as antigas crenças referentes ao aborto e formam uma importante base para a ação do Estado nesse campo. Ao contrário do que se pensava, o desenvolvimento embrionário era um processo contínuo onde os movimentos do feto constituíam apenas uma de suas etapas. A ciência médica avança neste início do século XIX e dá os seus primeiros passos como prática de regulação social. Neste contexto, serão avaliadas as condições de realização dos abortos, bem como a segurança - para a mulher - do próprio procedimento clínico. Desnecessário sublinhar que as conclusões de tal tipo de avaliação foram profundamente negativas e a moderna ciência médica passa a condenar a prática abortiva sob a alegação de que era perigosa

para a mulher. Falta de segurança para a pessoa humana e possível homicídio, associam-se à necessidade de elevar as taxas de fecundidade nos países em que se afirma o moderno capitalismo.

Assim, estão criadas as condições para as primeiras modificações no direito consuetudínario. A passagem se dá na Inglaterra, em 1803, com a inclusão da punição para abortos na consolidação do Código Penal. A justificativa para a penalização estava na necessidade do Estado desestimular o aborto como prática e proteger a mulher contra lesões. A França segue a mesma tendência e, em 1810, o Código Napoleônico institui a pena de 5 a 10 anos de prisão para quem se submete e para quem realiza o aborto. Em 1861, as leis do aborto estão firmadas na Inglaterra e prevêem prisão para os infratores. Nos EUA, a pressão dos médicos, mais do que a pressão religiosa, possibilita a aprovação de leis restritivas em quase todos os estados; processo este que se completa em 1868. Finalmente, na passagem do século, as leis restritivas alcançam as colônias européias.

O quadro restritivo mantém-se até o fim da Segunda Guerra Mundial, quando se dá a formação do bloco socialista europeu. Na nova economia emergente são reconsideradas e revistas as políticas sociais do Estado a partir da necessidade de garantir a saúde da mulher trabalhadora. É na Rússia pré-stalinista que pela primeira vez o aborto é legalizado e oferecido pelo Estado. A liberalização da legislação acontece no bojo de transformação global da sociedade que incorpora vivamente as reivindicações das mulheres. Durante o governo de Stálin, são colocadas algumas limitações na legislação, mas que não se configuram como restrições definitivas. Com a ocupação do Leste Europeu, as leis são "transferidas" por decreto, o que, em alguns casos, como a Polônia e a Romênia, criou uma certa fragilidade, cujos efeitos revelar-se-iam mais tarde. Nas décadas seguintes, o tema do aborto será retomado de forma vigorosa pelo movimento feminista dos países desenvolvidos, que se tornará o principal protagonista das reformas legislativas produzidas a partir de então.

02. O MOVIMENTO FEMINISTA E AS REFORMAS NAS LEGISLAÇÕES

Nos países desenvolvidos as mudanças legislativas se dão a partir da década de '60 e o aporte teórico e político transforma-se radicalmente com a emergência do movimento feminista ⁽¹⁾ e a consolidação do Estado do Bem-Estar Social. Anteriormente tratado como questão criminal, o aborto passa a ser discutido sob a ótica da saúde da mulher e do bem-estar da família. As condições em que esta passagem acontece marca enormes diferenças entre os países industrializados e os países do Terceiro Mundo, como teremos oportunidade de ver adiante.

O movimento feminista é o principal motor das transformações que se seguem. Retomando o fio das discussões do século XIX e ancorado na perspectiva de construção de uma nova identidade feminina, levanta questões a respeito da autonomia da mulher frente à sua própria vida, buscando redefinir o espaço da mulher na sociedade e questionando profundamente o

(1) Na realidade, trata-se de uma nova fase do feminismo que apresenta diferenças substanciais com relação ao movimento das décadas anteriores. Para uma melhor análise do assunto cf. GORDON, 1977 e ÁVILA & CORRÊA, 1989.

lugar do gênero nas definições das políticas públicas. Assim, pela primeira vez os temas do corpo, da sexualidade, da maternidade indesejada e, conseqüentemente, do aborto vêm à público e são discutidos a partir do ponto de vista feminino. São as demandas - e o desejo - das mulheres que emergem no tecido social como um movimento capaz de influenciar o Estado nas suas decisões. E, de fato, é isto que acontece. Modificam-se as políticas de saúde nos países desenvolvidos e a legalização do aborto surge como a ponta de um iceberg que encobre as questões relativas a saúde global da mulher.

Ao mesmo tempo, avançam as pesquisas no campo da epidemiologia e os seus resultados não são nada animadores. São milhões os abortos realizados no mundo inteiro, independente das proibições legais. As condições de clandestinidade, a falta de capacitação e o desconhecimento de métodos adequados por parte da maioria das mulheres que, se submetem à interrupção voluntária da gravidez e daqueles que a realizam, provocam um sem número de complicações pós-aborto que fazem do procedimento abortivo um dos maiores - em algumas regiões do globo, o maior - responsáveis pela mortalidade materna. Trata-se, portanto, de um problema de saúde pública, o que responsabiliza diretamente o Estado pelas condições em que estão vivendo - e morrendo - boa parte de suas cidadãs.

A discussão, sob este prisma, coloca-se, portanto, no âmbito da implantação de uma legislação liberal, onde o direito seja compreendido como um instrumento mínimo de intervenção do Estado sobre o julgamento e a responsabilidade moral do indivíduo e a lei seja vista como um instrumento pragmático para limitar danos que podem ser demonstrados, ou seja, reduzir conseqüências maléficas sobre populações vulneráveis. Introduz-se aqui o debate mais amplo sobre o papel do Estado e da Lei e, mais importante, sobre as relações entre o Direito e a Moral. Afasta-se de cena a concepção do Direito como um instrumento para tornar efetivos os valores morais de uma sociedade e de uma ordem moral transcendente, concepção profundamente marcada pela presença da Igreja Católica no mundo ocidental. (COOK, 1991)

Tal delineamento, contudo, não pretende omitir a atmosfera de conflito em que as transformações aconteceram. Em primeiro lugar, porque a emergência das mulheres como sujeitos sociais e políticos não se faz pacificamente, mas sim à custa do questionamento profundo das estruturas patriarcais da sociedade que, por sua vez, resistem e tentam travar as mudanças. Em segundo lugar, porque um tema como o aborto mexe com questões muito mais profundas do que meros procedimentos clínicos. Estão em jogo, nesse caso, problemas éticos e religiosos, noções culturais profundamente arraigadas e, não podemos esquecer, os dilemas e as ambigüidades vividas pelas mulheres na sua relação com a maternidade. (CORRÊA, 1991)

O tema do aborto, portanto, configura-se como uma questão política e transformar-se-á na ponta de lança do movimento feminista no final dos anos '60 e início dos anos '70. São muitas as "vitórias" contabilizadas neste processo. Atualmente, em quase todos os países da Europa - as exceções são a Bélgica, Malta e Irlanda -, nos Estados Unidos, no Canadá, na Austrália e no Japão o aborto é permitido por razões médicas e sociais ou por solicitação da mulher. Nos últimos 20 anos, 65 países liberalizaram as suas leis e mais 4 países delimitaram razões para a prática do aborto. (VER ANEXOS)

03. CARACTERÍSTICAS DAS LEGISLAÇÕES LIBERAIS

Na maioria das legislações reformadas, contudo, permanecem as indicações tradicionais baseadas em razões de saúde da mulher ou lesão fetal irreversível. É possível, porém, alinharmos trajetórias diversas nas muitas tentativas de descriminalizar ou legalizar a interrupção voluntária da gravidez. Podemos listar, pelo menos, oito tipos de indicações para realização legal do aborto. São elas:

- a) Risco de vida para a mulher;
- b) Para preservação da saúde - física ou mental - da mulher;
- c) Anomalia fetal;
- d) Em razão de estupro, incesto ou crime sexual específico;
- e) Razões sociais, sócio-médicas ou sócio-econômicas;
- f) Em função da família;
- g) Por falha na contracepção;
- h) Por solicitação da mulher - geralmente no primeiro trimestre.

Nos países de legislação mais avançada, novas indicações surgiram nos últimos anos balizadas por investigações no campo da epidemiologia e das ciências sociais. Assim, a idade materna - muito jovem ou de idade muito avançada, quando a gravidez comporta maior risco para a saúde - e razões de ordem psico-sociais, como angústia provocada pela gravidez alteração nas circunstâncias familiares da mulher ou modificação do status de celibatária, constituem razões jurídicas válidas para a interrupção da gravidez.

Além destas razões, o surgimento da AIDS abriu campo para uma nova discussão. Em alguns países, o fato da mulher ser portadora do vírus HIV, ter desenvolvido AIDS ou complexo relativo à AIDS, já justificam a interrupção legal da gravidez. Em outros países - o Brasil encontra-se nesse caso - discute-se a ampliação da legislação de forma a conter esse indicativo. Em que pese o eventual caráter estigmatizante desta indicação, não há dúvida quanto à necessidade de definir com maior clareza a situação da grávida nestas condições, que envolve os problemas relativos ao atendimento, internamento e acesso ao tratamento da AIDS.

A legalização do aborto aparece na agenda dos movimentos de mulheres em quase todo o planeta e é possível encontrar diferentes vias para se atingir o mesmo objetivo. No Canadá, por exemplo, a legislação que criminalizava o aborto foi considerada inconstitucional por violar a liberdade e a segurança da mulher; o aborto foi descriminalizado, não sendo mais normatizado por lei penal e sim regido por lei civil e regulado como procedimento médico de rotina. Essa situação repete-se na China e em Cuba. Já a legislação espanhola invoca valores comunitários para permitir a interrupção voluntária da gravidez: a vida fetal tem valor, mas não necessariamente direitos e não pode prevalecer quando a autonomia da mulher estiver em risco.

Os processos, contudo, não são homogêneos e, se em alguns países as reformas se deram de forma radical, em outros, as transformações aconteceram gradualmente. Neste último caso estão por exemplo, a Espanha e Portugal, onde os permissivos vêm sendo agregados

legislação pouco a pouco. Mesmo na França, onde a reforma pode se considerar radical, a regulação da lei foi feita até 1978, quando foi novamente votada e novamente o movimento feminista mobilizou-se para garantir a permanência dos dispositivos de liberalização.

Limites ainda persistem, contudo, mesmo nos países onde a legislação é avançada e referem-se sobretudo às condições de implantação dos serviços que realizam o aborto. A demanda básica do movimento feminista liga-se à indicação do aborto por solicitação da mulher e realizado pela rede oficial de saúde. Como vimos, (e isto pode ser melhor observado na tabela 1 - vide ANEXOS) nem todos os países de legislação permissiva aceitam a indicação de solicitação e, no que se refere às condições concretas de realização, as dificuldades têm sido muito maiores. Nem sempre o Estado tem assumido integralmente os custos e, quando o faz, coloca algumas restrições, o que leva muitas mulheres a preferirem a rede privada de saúde. Este é o caso concreto da Inglaterra, onde exige-se a opinião de um segundo médico para que a interrupção da gravidez seja feita na rede pública. Na Espanha, onde o aborto pode ser realizado nos casos de estupro, risco de vida da mãe e anomalia fetal, faltam centros hospitalares e exige-se um número muito grande de comprovantes para garantir que os requisitos da lei sejam cumpridos.

No rol das restrições, estão ainda a exigência de autorização dos pais para mulheres menores, limitações no tempo de gestação e restrições específicas para imigrantes, por exemplo. Acrescente-se ainda as cláusulas de objeção de consciência presentes nos códigos de ética dos profissionais de saúde. Por si só, elas não configuram um limite das leis, mas funcionam como barreira concreta quando médicos impedem que seus subordinados realizem a interrupção da gravidez, tendo por base a sua própria opção moral. Enfim, *last but not least*, o movimento feminista sempre teve presente a necessidade de que as práticas abortivas estivessem inseridas em um amplo programa de contracepção que contemplasse, além da interrupção da gravidez, a informação, a oferta e o acompanhamento de métodos contraceptivos. Temos que reconhecer que isto raramente aconteceu.

04. A REALIDADE DO TERCEIRO MUNDO

Este é um lado da questão: a realidade dos países capitalistas desenvolvidos e da maioria dos países socialistas. No reverso da moeda, está o Terceiro Mundo, onde realizam-se mais de 50% dos abortos de todo o mundo. Na América Latina e na Ásia, uma em cada 3 ou 4 mulheres teve um aborto provocado. Na África e no Oriente Médio, a média é um pouco mais baixa, mas com tendência a elevar-se. Ironicamente, é nestas regiões que encontramos as legislações mais restritivas. Na sua maioria, só permitem a interrupção da gravidez nos casos de risco de vida para a mãe ou no caso de incesto ou estupro.

Como resultado da ilegalidade, convive-se com uma enorme rede clandestina de clínicas "especializadas" que geralmente cobram muito caro pela intervenção médica e, por isso, atendem apenas a uma pequena parcela de mulheres favorecidas economicamente. De outro lado, atendendo à população de baixa renda, estão as "fazedoras de anjos" e os abortos auto-provocados pelos mais diversos métodos, da agulha de

tricô às drogas EP de alta dosagem ⁽²⁾. Um quadro com estes contornos só pode resultar em um número muito alto de complicações pós-aborto que, no Terceiro Mundo, é um dos principais responsáveis pela mortalidade materna.

As mulheres abortam de muitas formas, a intervenção médica é apenas uma delas. Pesquisas recentes apontam o uso de medicamentos, especialmente as drogas EP de alta dosagem, mas também aspirinas e laxantes, como uma das principais formas de interromper a gravidez indesejada no Terceiro Mundo (WOLFFERS, 1991). O caso do Cytotec, um composto à base de prostaglandina indicado para úlceras gástricas e duodenais de venda livre no Brasil* é exemplar desta situação: os testes farmacológicos indicaram uma incidência de 11% de abortos completos ou incompletos, que representam um efeito colateral do medicamento. A despeito disso, balconistas de farmácia indicam o Cytotec para interrupção da gravidez e sabe-se de casos em que vem sendo usado para realizar abortos por razões eugênicas (especialmente, nos casos da Síndrome de Dawn) (MERCUCCI, 1991). Vendidas sem prescrição e sem orientação médica, estas drogas contam com a vantagem de serem auto-utilizáveis e de permanecerem encobertas sob a justificativa da regulação menstrual, não chocando, portanto, com as concepções morais e religiosas das suas utilizadoras.

É no contexto do Terceiro Mundo que a liberalização legislativa tem sofrido maior resistência, pelo arcaísmo de certas orientações morais que exercem influência determinante sobre as esferas de decisão do Estado e sobre a mentalidade das populações. A Igreja Católica e o fundamentalismo islâmico são dois exemplos destas orientações, sendo por demais conhecidos os efeitos de suas práticas nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Na maioria destes países o aborto é penalizado, salvo se realizado sob as condições já citadas (risco de vida da mulher, estupro ou incesto).

05. AMÉRICA LATINA

Na América latina, a realidade do aborto foi muitas vezes compreendida como uma "epidemia" a ser erradicada pelos programas de planejamento familiar. A contracepção funcionaria como medida preventiva do aborto ilegal. Esta é uma perspectiva que trata a gravidez indesejada de forma patológica, viciando totalmente o sentido ético-político que representa esta circunstância na vida das mulheres. A história recente da região tem demonstrado que a febre higiênica dos planejadores familiares não foi tão eficiente. Cresceu significativamente o uso de métodos contraceptivos, mas em muitos casos a prevalência contraceptiva continua restrita - como na Nicarágua, Bolívia e Paraguai - e as baixas verificadas na fecundidade podem estar associadas ao número elevado de abortos. Mesmo em países com altas taxas de esterilização - como o Brasil e a Colômbia - a incidência de abortos permanece flagrante.

(2) Drogas EP de alta dosagem são associações de estrógenos e progestágenos em concentrações iguais ou superiores a 0,05mg de etinilestradiol e 3,0mg do progestágeno norestiterona ou qualquer substância equivalente.

(*) Em função da grande utilização do CYTOTEC como abortivo, o Ministério da Saúde em julho de 1991 passou a exercer um controle severo sobre sua comercialização.

A questão é obviamente mais complexa demandando ações que sobrepassem as soluções técnicas para evitar a gravidez não desejada. Os métodos anticoncepcionais apresentam falhas técnicas e humanas mesmo quando utilizados de maneira adequada. Dadas as circunstâncias precárias de sua disseminação na América Latina, sabemos que os índices de eficácia são muito baixos. No nível da psicologia e identidade feminina registra-se uma profunda ambiguidade com relação à gravidez. Isto resulta dos condicionantes culturais e religiosos, onde predominam mitos e realidades contraditórias no que se refere à maternidade. Ser mãe é simultaneamente revelação e castigo, inferno e paraíso, lugar de poder e motivo de opressão.

A incidência do aborto na região está mensurada por estimativa - um aborto por cada duas ou três gestações que chegam ao fim. Isto é resultado da criminalização do aborto - excluindo-se o caso de Cuba - dificultando-se enormemente a realização de investigações estatísticas amplas. As legislações variam desde a proibição total, como é o caso da Colômbia, a códigos que ampliam o acesso aos procedimentos nos casos de risco de vida da mãe e violação. Atualmente em alguns países discute-se a extensão da autorização do aborto por anomalias fetais e saúde mental da mãe (Brasil e Peru, respectivamente).

É necessário observar que as legislações não têm sido sempre tão rigorosas. O código penal do Brasil, durante o Império (século XIX) não criminalizava a mulher, mas apenas os "agentes externos do aborto". Na década de '30, o Uruguai viveu a experiência de uma legislação liberal e também no Estado de Yucatán, México, a prática está formalmente permitida desde 1922. Nos anos '30 e '40 há um endurecimento nas legislações sobre o aborto, o que pode indicar a existência de uma correlação entre a penalização para a interrupção voluntária da gravidez, os processos de industrialização e a disseminação de ideologias totalitárias.

Um outro aspecto a ser considerado é que a existência de permissão legal não assegura o acesso ao procedimento. Tanto o aparato jurídico quanto o sistema de saúde impõem inúmeras resistências e limites ao término da gravidez nos casos de risco da vida da mãe e estupro. Em muitos países, a tentativa de assegurar o procedimento legal, nestes casos, constituiu uma bandeira de luta das feministas. Mas, se tomarmos o caso brasileiro como exemplo veremos que os avanços são extremamente lentos. A legislação atual - que contempla estas duas permissões - foi aprovada em 1940, mas apenas em 1989 um serviço público de saúde (da cidade de São Paulo), passaria a realizar rotineiramente o procedimento. A interrupção da gravidez nos casos de risco materno sempre teve maior aceitação entre os profissionais de saúde, mas nos dias atuais continua sendo limitado o acesso ao aborto no caso de mulheres portadoras de AIDS.

As limitações e resistências do contexto cultural latino-americano são, portanto, imensas. Mas, como veremos a seguir, o movimento feminista tem introduzido e sustentado, ao longo dos últimos dez anos, o tema da legalização na agenda política regional. Há variações entre os países, mas de uma maneira geral se pode afirmar que para o conjunto do continente o aborto saiu da "clandestinidade discursiva" e se fez um tema público. Em alguns países há feministas diretamente comprometidas com a prestação de serviços para a interrupção da gravidez não

desejada e, em outros contextos, grupos referenciam as mulheres para profissionais adequadamente capacitados. Também se tem observado avanços, ainda que limitados, no que se refere a reformas legislativas. No caso do Brasil, durante a elaboração da Nova Constituição (1986-88) se impediu a introdução do "princípio de defesa da vida desde a concepção" no preâmbulo da Carta Magna.

O tema do aborto está presente na agenda feminista latino americana desde os anos '70, entretanto, o desenvolvimento pleno da questão é um fenômeno dos anos '80. Uma análise dos materiais publicados por FEMPRESS⁽³⁾, entre os anos de 1983 e 1991, que objetivava captar a evolução e as ressonâncias das questões de saúde da mulher, nos permitiu reconstruir a seguinte trajetória:

No Brasil e na Nicarágua a luta pela legalização está presente na agenda do movimento de mulheres desde 1983 e ali permanece, com bastante ênfase, até 1989/90. A partir de 84, o aborto surge nas notícias que chegam da Argentina, Peru, Costa Rica e Equador, ocorrendo também um surpreendente e efêmero debate sobre a legalização em Honduras. No Peru e na Argentina a questão parece evoluir positivamente até o final da década, mas é bem evidente que no caso peruano o tema é mais privilegiado e se explicitam muitas confrontações, especialmente com a Igreja. No Equador, o Encontro de Saúde da Mulher Andina, realizado em 1991, tem o aborto como tema de discussão.

Em 1985, a questão surge na imprensa chilena. Em 1989, Laura Rodrigues (personalidade política) fala abertamente de aborto no Chile e em seguida há um debate sobre a proibição do aborto por anomalia fetal. Em 1990, as feministas se manifestam sobre o aborto como problema de saúde pública. No mesmo ano, os médicos venezuelanos discutem aborto e mortalidade materna.

Em 1987, a questão se instala no México e no Uruguai, países onde assumirá uma intensidade crescente. Na década que se inicia o coração do debate parece ter se deslocado do Brasil e da Nicarágua para estes dois extremos do continente. O fato mais recente e marcante desta nova conjuntura é o embate político que ocorreu em 1991 no contexto da legalização do procedimento no estado de Chiapas (México).

Entre 1988 e 1991, o tema da gravidez não desejada se visualiza em outros países. É o caso da Colômbia, onde permanecia relativamente ausente do debate social. Em 1988, o Estado se pronuncia sobre a relação entre aborto e mortalidade materna e em 1990 abre-se um diálogo na própria sociedade, embora clínicas sejam fechadas por pressão da direita e do narcotráfico. Finalmente, em 1991 o conceito de livre opção reprodutiva seria incluído na Nova Constituição, o que sugere possibilidades futuras de mudanças na legislação.

Em 1990, a questão seria tratada na Bolívia e no Paraguai. No primeiro caso, isso se dá a partir de um seminário promovido pelo FNUAP, no marco da política de população que se

(3) FEMPRESS é uma publicação da Unidad de Comunicación Alternativa de la Mujer, sediada em Santiago do Chile, que divulga os acontecimentos latino-americanos sob uma ótica feminista.

inaugura. E no caso do Paraguai, parece surgir mais como um debate da própria sociedade, com forte influência da perspectiva feminista.

O balanço continental sobre evolução da temática do aborto durante os últimos oito anos é bastante positivo. Há, seguramente, diferenças de ritmo entre os países e se pode observar refluxos, mas no conjunto há mais ganhos que perdas. A perspectiva feminista tem jogado sempre um papel crucial nos processos que dão visibilidade à questão, produzem mudanças de mentalidade e, em alguns casos, estão diretamente comprometidas com propostas de reforma dos códigos penais.

Em vários países latino americanos a explicitação dos temas do aborto e da contracepção foi precedida por um largo e intenso processo de reflexões sobre identidade e sexualidade, de que o Brasil parece ser um bom exemplo para análise.

06. BRASIL

Recordista mundial na realização de abortos, cujo número (de 3 a 5 milhões/ano, 10% dos abortos feitos no mundo) rivaliza com o de nascimentos, o Brasil faz parte do grupo de países que trata da questão de forma criminal. O atual Código Penal entrou em vigor em 1940, consolidando as orientações ideológicas do Estado Novo. Assim, o bem jurídico a ser preservado pela legislação referente ao aborto é o feto e não a mulher. São admitidas seis figuras de aborto:

1. Aborto provocado pela própria gestante ou auto-aborto;
2. Aborto consentido pela gestante para que outrem lhe provoque;
3. Aborto provocado por terceiro sem o consentimento da gestante;
4. O mesmo com o consentimento da gestante;
5. Aborto qualificado: se sobrevém lesão corporal grave e se ocorrer a morte da gestante;
6. Aborto legal: impunível.

Na última figura, encontram-se os abortos realizados para salvar a vida da mãe e aqueles cuja gravidez é resultado de estupro e/ou incesto. Todos os demais são punidos com penas que variam de 1 a 10 anos de prisão para a mulher e para quem realiza o aborto, podendo dobrar se houver morte da gestante.

A legislação punitiva, porém, não foi - e não é - capaz de conter a elevação do número de abortos realizados no país. Sem condições legais para interromper a gravidez, as mulheres o fazem, contudo, das mais variadas formas e o vazio oficial termina por ser ocupado pela indústria farmacêutica, por médicos e instituições privadas (PINOTTI, 1989). Na prática, são muito poucas as mulheres que conseguem autorização para realizar os abortos permitidos por lei e, agravando ainda mais uma situação que já é dramática, a rede pública de saúde resiste e o atendimento aos casos previstos por lei ainda não foi regulamentado.

Também no Brasil, são os grupos feministas que trazem a questão para a discussão pública em finais da década de '70. Neste período, o aborto começa a adquirir visibilidade como uma questão de saúde e é incorporado aos temas feministas como um elemento - dos mais importantes - da maternidade voluntária, sendo discutido nos primeiros grupos de autoconsciência que então se formavam no país. Mas é só em 1983 que ganha corpo uma campanha nacional, a partir do Fórum Feminista de Debates. O direito ao aborto aparece então como um direito histórico novo, ou seja, o direito a uma sexualidade consciente, e é parte da reivindicação mais global referente ao atendimento integral à saúde da mulher em todas as fases da sua vida. Desta campanha, sai o jornal "Sexo - finalmente - Explícito", editado no Rio de Janeiro e distribuído nacionalmente entre grupos de mulheres, e escolhe-se o dia 22 de setembro como o Dia Nacional de Luta pela Legalização do Aborto.

Neste mesmo ano, a Deputada Cristina Tavares apresenta um projeto que amplia as condições de realização do aborto legal, mas o projeto sequer conseguiu passar da Comissão de Justiça. Em 1984, realiza-se um plebiscito no Rio de Janeiro sobre a legislação punitiva: 86% dos inquiridos são contrários à criminalização. No ano seguinte, é criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, para onde convergem as reivindicações do movimento de mulheres. Em todas as propostas feministas, inclui-se a necessidade de que o Estado assuma a realização da interrupção da gravidez e de que esta faça parte de um amplo programa de informação contraceptiva e planejamento reprodutivo, sem controlismo, onde o aspecto principal a ser considerado seja a autonomia da mulher. São apresentados dois projetos de lei que regulamentam o atendimento dos abortos legais na rede pública: o primeiro é o da Deputada Ruth Escobar, em São Paulo, e não foi aprovado; o segundo, já em 1985, é de autoria da Deputada Lúcia Arruda, do Rio de Janeiro, e chegou a ser aprovado na Assembléia Legislativa e sancionado pelo Executivo, mas, pressionado pela Igreja Católica, Leonel Brizola, então Governador do Estado, vetou a sua implementação.

As demandas feministas, reconhecidas pelo poder público, são finalmente consolidadas naquilo que, na época (1984), foi considerado uma grande vitória das mulheres: trata-se da formulação do PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Pela primeira vez, integrava-se a oferta de meios anticoncepcionais à ação do sistema público de saúde. O Programa não inclui o atendimento ao aborto, mas, incorporando a proposta feminista de atendimento global à mulher, abre um espaço para que a questão seja colocada. A implantação do PAISM passa a ser uma das principais bandeiras do movimento ⁽⁴⁾ e é envolvido nesta atmosfera a que se somam os debates sobre a nova Constituição - que, em 1986, o CNDM realiza o seu primeiro Encontro Nacional para avaliar a primeira fase da campanha "Constituinte Pra Valer Tem Que Ter Palavra De Mulher". Ao avaliar que os constituintes conservadores não levariam a questão do aborto para plenário, por ser matéria de lei ordinária, o CNDM optou por não tocar no assunto na sua Carta das Mulheres. Contrariando as expectativas, a Subcomissão da Família não apenas tocou no assunto, como elaborou uma proposta muito mais restritiva do que o que previa o Código Penal: o aborto seria criminalizado em qualquer circunstância e a proteção da vida desde a concepção seria um preceito constitucional. O movimento de mulheres reage apresentando uma proposta de iniciativa popular subscrita por

(4) Para uma recuperação da trajetória das discussões sobre o PAISM no movimento feminista cf. BARROSO & CORRÊA, 1990.

mais de 30 mil pessoas. A proposta conservadora não foi aprovada, manteve-se a atual legislação e a discussão foi, portanto, transferida para o âmbito das alterações no Código Penal, em uma fase pós-constituente.

Neste mesmo período, algumas pesquisas indicaram a aceitação da população frente ao aborto. O Grupo Alerta Família para a Constituinte ⁽⁵⁾ contabilizou um índice de aprovação da legalização de 60% e a revista Nova, em uma enquete com suas leitoras, revelou que 75,4% das mesmas aprovam a interrupção da gravidez para mulheres não casadas. Mas, 59,9% destas mesmas leitoras acreditam que a mulher casada só deve submeter-se a um aborto se o marido consentir. É curioso fixar esses índices porque quatro anos depois a população brasileira irá desaprová-lo, segundo pesquisa da Folha de São Paulo. Desta vez, as mulheres pobres e que não tiverão acesso à educação são as que mais condenam a interrupção da gravidez. Situação paradoxal, já que são estas mulheres as que mais sofrem as consequências da clandestinidade do aborto. (VER ANEXOS)

Embora as poucas pesquisas feitas em 1987 apresentem resultados favoráveis à descriminalização do aborto, é a partir deste ano que têm início, de forma mais vigorosa, as ações dos antiaborticionistas no Brasil, o que nos coloca também no contexto de recrudescimento do conservadorismo a nível mundial. Assim, em 1988, na sequência do fechamento de uma clínica em São Paulo, feministas serão denunciadas como “cúmplices” dos médicos e, embora nada tenha sido apurado contra elas, continuam as denúncias, perseguições, ameaças e até mesmo atentados. Esta situação leva a que o movimento feminista volte a discutir a questão do aborto colocando-a como prioridade. O momento era propício ainda por outras razões: ganhava visibilidade social, enquanto problema de saúde, os aspectos relacionados à morbimortalidade decorrente da gravidez e, gradualmente, as autoridades do setor de urgência. Por outro lado, o Programa de Saúde da Mulher da Prefeitura de São Paulo, coordenado por feministas, inicia a implantação na Rede Municipal de Saúde o atendimento aos abortos previstos por lei. Finalmente, o X Encontro Nacional Feminista, assume a legalização do aborto como bandeira prioritária.

O momento era ainda favorável a uma retomada do tema, em função do surgimento de alguns grupos religiosos que se alinharam com o movimento feminista pela legalização do aborto, abrindo um espaço para que a questão fosse discutida com maior amplitude. Assim, em São Paulo, grupos de católicas referenciam mulheres para serviços adequados de interrupção da gravidez e organiza-se a fração nacional do movimento Católicas pelo Direito a Decidir, grupo de teólogas e leigas que, sem abandonar a fé, preconizam o direito das mulheres à maternidade voluntária, incluindo o aborto como uma das medidas para alcançar este objetivo.

À revelia do movimento de mulheres, contudo, a justiça brasileira age no sentido de fazer valer a lei. Em 1991, duas mulheres foram julgadas por terem praticado aborto: uma foi absolvida, outra condenada a um ano de detenção. Em São Paulo, as clínicas continuam sendo fechadas e alguns médicos foram presos. Recentemente, a morte de uma jovem reacendeu a

(5) Grupo ligado ao movimento Pró-vida que lutava pela inclusão do preceito de defesa da vida desde a concepção.

polêmica nos meios de comunicação: foi na sequência deste fato que o jornal A Folha de São Paulo realizou a pesquisa já citada. Um dado importante nesse contexto foi a resolução da 29ª Assembléia Geral da CNBB que, seguindo os movimentos do Papa João Paulo II, condenou a contracepção e o aborto como pecados mortais.

Atualmente, existem alguns projetos de alteração do Código Penal que estão sendo discutidos pelo movimento de mulheres e por profissionais de saúde. Dentre estes, destaca-se o do Deputado José Genoíno, que prevê a legalização da interrupção voluntária da gravidez, que passaria a existir na legislação brasileira como um direito adquirido das mulheres*. A indicação ao aborto por anomalia fetal é sugerida, junto com uma proposta de regulamentação da prática abortiva, pelo Conselho Federal de Medicina. O Fórum Nacional de Presidentas dos Conselhos da Mulher e Secretárias da Condição e Direitos da Mulher apresentou uma proposta de alteração do Código que inclui os artigos referentes ao aborto. Aqui, o procedimento é despenalizado, se realizado com o consentimento da gestante no prazo de 90 dias. O grupo GAPPA, de São Paulo, apresentou também um projeto onde inclui-se a indicação ao aborto para as mulheres portadoras do vírus HIV, tenham ou não desenvolvido a doença. Todos os projetos pressupõem o atendimento na rede pública de saúde e a organização de um serviço de planejamento familiar, no contexto da atenção integral à saúde da mulher.

07. CONJUNTURA ATUAL

Esta evolução, em condições ideológicas bastante adversas, parece tanto mais significativa em um contexto internacional de refluxo das legislações liberais. A situação mais conhecida e paradigmática é a dos EUA. Ao longo dos anos 80, os anti-aborticionistas têm conseguido vitórias significativas cujas influências se estendem internacionalmente, incluindo-se aí as políticas de população. A partir de 1984, na Conferência do México, o governo americano passa a limitar os investimentos em programas de planejamento familiar que contemplem informações, investigações e serviços relacionados à gravidez não desejada. Nos dias atuais, a manutenção do aborto legal constitui “o tema político da sociedade americana”, a partir do qual se discute não apenas o direito individual das mulheres como também o desmonte do Estado de Bem Estar Social.

Há tendências de refluxo também em outras regiões. Nas Filipinas, durante o processo de reforma constitucional, os grupos pró-vida conseguiram introduzir na nova carta o princípio de “direito à vida, da concepção até a morte”. Mais recentemente, retrocessos evidentes ocorrem no contexto de mudanças e democratização do Leste Europeu. Na Polônia, o governo Walesa propõe a suspensão da legislação anterior e as mulheres fazem manifestações nas ruas usando o “chador” do fundamentalismo islâmico como símbolo do seu repúdio.

No curso da unificação da Alemanha, a diferença na legislação do aborto entre os dois países (o acesso ao aborto é extremamente limitado na antiga Alemanha Ocidental) seria um tema controverso na agenda política. O impasse se solucionou com a indicação de um

(*) Em 1993 tramitam também no Congresso Nacional os projetos da Senadora Eva Blay e da Deputada Jandira Feghalli.

plebiscito sobre a questão, em 1992. Nos conflitos étnico-políticos da Iugoslávia, há também sinais de que o autonomismo contemporâneo traz implícita uma ideologia pró-natalista. Na Croácia, a legislação liberal estabelecida desde há muito pelo governo central está sendo questionada pelos separatistas, embora as mulheres protestem.

Finalmente, não se pode esquecer que mesmo nas condições particularmente favoráveis e estáveis da França, em 1988 o Laboratório Roussel-UCLAF, que produz o RU-486 (a pílula do aborto), sob pressões dos consumidores anti-aborticionistas, suspendeu temporariamente a comercialização da droga. Com base na emenda constitucional de 1974, o Estado francês garantiu a continuidade da produção do Ru-486, por considerar o “acesso a procedimentos adequados de aborto uma aquisição definitiva das cidadãs”.

Os desenvolvimentos recentes da questão do aborto sugerem algumas reflexões. É curioso perceber como 20 anos após as primeiras liberalizações legislativas baseadas nas premissas feministas, aparece a tendência a um retorno das restrições justamente nos países em que as conquistas das mulheres pareciam melhor firmadas. Algumas feministas americanas, ao analisar o fenômeno, apontam algumas respostas. Os movimentos pró-vida representariam a reação do americano branco e protestante (WASP) àquilo que estaria desestabilizando a sua própria cultura: o desafio das mulheres ao poder patriarcal. São as adolescentes e mulheres jovens, que querem continuar os estudos ou que dão prioridade à vida profissional, quem mais se submete ao aborto nos EUA; com isso, já se teria como dado da sociedade americana a existência de mulheres que exercitariam de fato a sua autonomia - esta seria a ameaça para a população WASP, profundamente tradicional (PETCHESKY, 1991). Por outro lado, o discurso feminista de construção de uma nova identidade feminina, do qual a luta pelo aborto é um elemento importante, tem encontrado imensas dificuldades para atingir as mulheres de outras etnias e das camadas sociais menos favorecidas, o que indica uma necessidade de repensar este mesmo discurso a partir de novas bases.

Esta análise, contudo, revela algumas contradições. De fato, a reação conservadora, no caso dos países desenvolvidos, aponta para o descompromisso do Estado com relação ao atendimento à interrupção voluntária da gravidez, o que necessariamente atingiria mais fortemente as mulheres negras, hispânicas e asiáticas, levando ao crescimento destas populações e à diluição dos WASP. Parece-nos, portanto, que tais atitudes referem-se mais a uma combinação entre o neo-liberalismo, com toda a sua ideologia de retorno ao privado, e os fundamentalismos, novamente fortalecidos nas suas vertentes católica e islâmica. No caso do Leste europeu, este quadro tem agregado, como dissemos, nacionalismo e etnia. E no caso americano, os retrocessos das leis do aborto parecem estar diretamente ligados ao desmonte do “Welfare State” e às dificuldades políticas da democracia liberal.

O caso brasileiro, naturalmente, não escapa aos contornos do contexto internacional. Também aqui sentimos os efeitos da queda dos paradigmas políticos e do crescimento dos fundamentalismos. Diante disso, os grupos de mulheres que trabalham com as questões ligadas à saúde e aos direitos reprodutivos vêm rearticulando-se nacionalmente. No Encontro Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, realizado em São Paulo (1991), o movimento feminista decidiu retomar a liderança da luta pela descriminalização do aborto,

abrindo um espaço de diálogo com os outros setores que também estão envolvidos com o tema. Nesse contexto, adquire importância as discussões sobre o radicalismo ou gradualismo nas alterações legislativas. Alguns dos atores envolvidos no debate sustentam que as transformações podem se dar a partir da incorporação paulatina de novos permissivos à legislação atual. Incluem-se neste caso, as propostas do Conselho Federal de Medicina e do GAPPA/SP. De outro lado, o movimento feminista entende que, sendo o aborto uma questão privada, não cabe ao Estado legislar sobre a mesma, mas sim regular a sua prática como qualquer outro procedimento médico. Nesse sentido, não se justifica o gradualismo.

Assim, no Brasil, a luta pela descriminalização do aborto, enquanto formulação de Direito remete-se para o campo dos Direitos Reprodutivos e traz incorporada toda a experiência acumulada pelo movimento de mulheres nos últimos anos. Enquanto política social, traz uma referência programática que concretiza-se na luta pela implantação do PAISM.

ANEXOS

ANEXO 1

Países onde o aborto está legalizado (1986)

ÁREA	RAZÕES MÉDICAS 1			JURÍDICAS 3	SOCIAL SÓCIO- MÉDICA	SOLI- CITA- ÇÃO
	RISCO DE VIDA 2	SAÚDE	EUGÊNICAS 1			
América do Norte						
Canadá	—	X	—	—	—	—
Costa Rica	—	X	—	—	—	—
Cuba	—	—	—	—	—	X4
El Salvador	X	—	X	X	—	—
EUA	—	—	—	—	—	X5
Guatemala	X	—	—	—	—	—
Haiti	X	—	—	—	—	—
Honduras	—	X	—	—	—	—
Jamaica	—	X	—	—	—	—
México	X	—	—	X	—	—
Nicarágua	X	—	—	—	—	—
Panamá	X	—	—	—	—	—
Porto Rico	—	—	—	—	—	X5
Rep. Dominicana	X	—	—	—	—	—
Trinidad & Tobago	—	X	—	—	—	—
América do Sul						
Argentina	—	X	—	X	—	—
Bolívia	—	X	—	X	—	—
Brasil	X	—	—	X	—	—
Chile	X	—	—	—	—	—
Colômbia	X	—	—	—	—	—
Equador	X	—	—	X	—	—
Guiana	—	X	—	—	—	—
Paraguai	X	—	—	—	—	—
Peru	—	X	—	—	—	—
Uruguai	X	—	—	X	X6	—
Venezuela	X	—	—	—	—	—
Europa						
Albania	—	X	—	—	—	—
Alemanha Oc.	—	X	X	X	X7	—
Alemanha Or.	—	—	—	—	—	X7
Áustria	—	—	—	—	—	X7,8
Bélgica	X	—	—	—	—	—
Bulgária 9	—	X	X	X	X4	—
Dinamarca	—	—	—	—	—	X7
Espanha	—	X	X	X	—	—
Finlândia 10	—	X	X	X	X7	—
França	—	—	—	—	—	X4
Grécia	—	X	X	—	—	—

ÁREA	RAZÕES MÉDICAS 1			JURÍDICAS 3	SOCIAL SÓCIO- MÉDICA	SOLI- CITA- ÇÃO
	RISCO DE VIDA 2	SAÚDE	EUGÊNICAS 1			
Holanda	—	—	—	—	—	X5
Hungria 11	—	X	X	X	X7	—
Inglaterra 15	—	X	X	—	X5	—
Islândia	—	X	X	X	X7	—
Irlanda do Norte	—	X	—	—	—	—
Itália	—	—	—	—	—	X7
Iugoslávia	—	—	—	—	—	X4
Luxemburgo	—	X	X	X	X7	—
Malta	X	—	—	—	—	—
Noruega	—	—	—	—	—	X7
Polônia 12	—	X	—	X	X7	—
Portugal	—	X	X	X	—	—
República da Irlanda	X	—	—	—	—	—
Romênia	—	X	X	X	X7,13	—
Suécia	—	—	—	—	—	X14
Suíça	—	X	—	—	—	—
Tchecoslováquia	—	X	X	X	X7	—
URSS	—	—	—	—	—	X7
Ásia						
Afganistão	X	—	—	—	—	—
Arábia Saudita	X	—	—	—	—	—
Bangladesh	X	—	—	—	—	—
Burma	X	—	—	—	—	—
China	—	—	—	—	—	X16
Filipinas	X	—	—	—	—	—
Hong Kong	—	X	X	X	—	—
Índia	—	X	X	X	X17	—
Indonésia	X	—	—	—	—	—
Irã	X	—	—	—	—	—
Iraque	X	—	—	—	—	—
Israel	—	X	X	X	—	—
Japão 12	—	X	X	X	X18	—
Jordânia	—	X	—	X	—	—
Kwait	—	X	X	—	—	—
Laos	X	—	—	—	—	—
Líbano	X	—	—	—	—	—
Malásia	—	X	X	X	—	—
Mongólia	—	X	—	—	—	—
Nepal	—	X	—	—	—	—
Paquistão	X	—	—	—	—	—
Rep. da Coreia	—	X	X	X	—	—
Rep. Árabe do Yemên	X	—	—	—	—	—
Rep. Dem. da Coreia 19	—	X	X	X	X	—
Rep. Dem. do Yemên	X	—	—	—	—	—

ÁREA	RAZÕES MÉDICAS 1			JURÍDICAS 3	SOCIAL SÓCIO- MÉDICA	SOLI- CITA- ÇÃO
	RISCO DE VIDA 2	SAÚDE	EUGÊNICAS 1			
Singapura	—	—	—	—	—	X18
Sri Lanka	X	—	—	—	—	—
Síria	X	—	—	—	—	—
Taiwan	—	X	X	X	X5	—
Tailândia	—	X	—	—	—	—
Turquia	—	—	—	—	—	X4
Vietnã	—	—	—	—	—	X20
África						
África do Sul	—	X	X	X	—	—
Argélia	—	X	—	—	—	—
Benin	X	—	—	—	—	—
Botswana	X	—	—	—	—	—
Burkina Faso	X	—	—	—	—	—
Burundi	—	X	—	—	X	—
Camarões	—	X	—	X	—	—
Chad	X	—	—	—	—	—
Congo	—	X	—	—	—	—
Costa do Marfim	X	—	—	—	—	—
Egito	—	X	X	—	—	—
Etiópia	—	X	—	—	—	—
Gabão	X	—	—	—	—	—
Gana	—	X	X	X	—	—
Guiné	—	X	—	—	—	—
Ilhas Maurício	X	—	—	—	—	—
Lesoto	—	X	—	—	—	—
Libéria	—	X	X	X	—	—
Líbia	X	—	—	—	—	—
Madagascar	X	—	—	—	—	—
Malawi	X	—	—	—	—	—
Mali	X	—	—	—	—	—
Mauritânia	X	—	—	—	—	—
Marrocos	—	X	—	—	—	—
Moçambique	X	—	—	—	—	—
Namíbia	—	X	X	X	—	—
Niger	X	—	—	—	—	—
Nigéria	X	—	—	—	—	—
Quênia	—	X	—	—	—	—
Rep. Centro Africana	X	—	—	—	—	—
Rwanda	—	X	—	—	—	—
Senegal	X	—	—	—	—	—
Serra Leoa	—	X	—	—	—	—
Somália	X	—	—	—	—	—
Sudão	X	—	—	—	—	—
Tanzânia	—	X	—	—	—	—
Togo	X	—	—	—	—	—
Tunísia	—	—	—	—	—	X7
Uganda	—	X	—	—	—	—

ÁREA	RAZÕES MÉDICAS 1			JURÍDICAS 3	SOCIAL SÓCIO- MÉDICA	SOLI- CITA- ÇÃO
	RISCO DE VIDA 2	SAÚDE	EUGÊNICAS 1			
Zaire	X	—	—	—	—	—
Zâmbia	—	X	X	—	X	—
Zimbábue	—	X	X	X	—	—
Oceania						
Austrália	—	X	X21	—	X22,5	—
Nova Zelândia	—	X	X	X	—	—
Papua Nova Guiné	—	X	—	—	—	—

NOTAS:

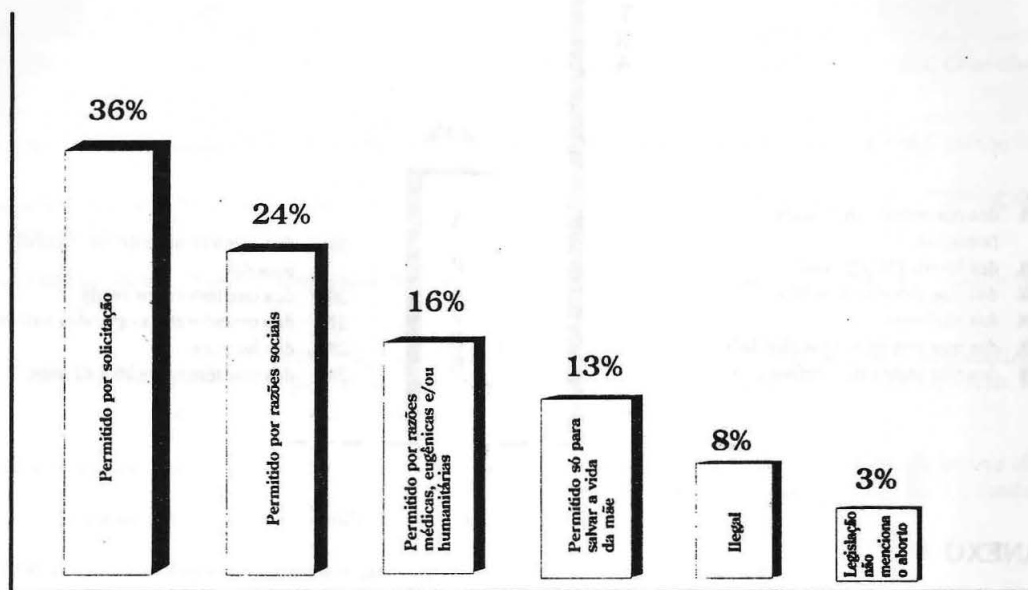
** Esta tabela não inclui áreas com menos de um milhão de habitantes ou aquelas onde a situação legal do aborto não foi localizada. Os países sob legislação islâmica estão na coluna das razões médicas/risco de vida.

1. Geralmente, permitem a intervenção antes que o feto seja considerado viável.
2. Embora muitos países incluídos nesta categoria tenham proibições contra o aborto sem que se explicita nenhuma exceção, em muitos deles, senão todos, está implícito um dos princípios gerais da legislação criminal - como por exemplo, a defesa da necessidade - que permite um aborto para salvar a vida da gestante.
3. O aborto por razões jurídicas é geralmente permitido em um estágio mais avançado de gravidez do que aquele que é estabelecido nas razões sociais ou sócio-médicas.
4. Durante as primeiras 10 semanas.
5. Antes que o feto seja viável.
6. As penas podem ser abrandadas se o aborto for realizado nos três primeiros meses de gestação, justificado por sérias dificuldades econômicas.
7. Durante os três primeiros meses ou até 12 semanas.
8. O limite gestacional é dado pelo tempo de implantação do conceito.
9. Por solicitação para mulheres solteiras, casadas com dois filhos vivos ou mulheres com mais de 40 anos e um filho vivo.
10. Por solicitação para mulheres com mais de 40 anos.
11. Por solicitação para mulheres solteiras, casadas com três filhos vivos ou que tenham tido três partos, certas categorias de mulheres com dois filhos vivos, casadas com mais de 40 anos e mulheres que não possuem casa própria.
12. Requer-se uma autorização informal e o aborto pode ser realizado no consultório do médico; de fato, o aborto é realizado por solicitação.
13. Por solicitação para mulheres com mais de 40 anos ou com quatro ou mais filhos vivos.
14. Durante as primeiras 18 semanas.
15. A Lei do Aborto de 1967 não é aplicada à Irlanda do Norte.
16. Não há limites legais, mas muitos abortos realizam-se durante o primeiro trimestre.
17. Durante as primeiras 20 semanas.
18. Durante as primeiras 24 semanas.
19. Por "razões importantes".
20. Limite gestacional não determinado.
21. No norte e sul da Austrália.
22. No sul da Austrália, por lei; em Nova Gales do Sul e Victoria, por decisão judicial.

** Traduzido de Induced Abortion. A World Review. (cf. Bibliografia Consultada)

ANEXO 2

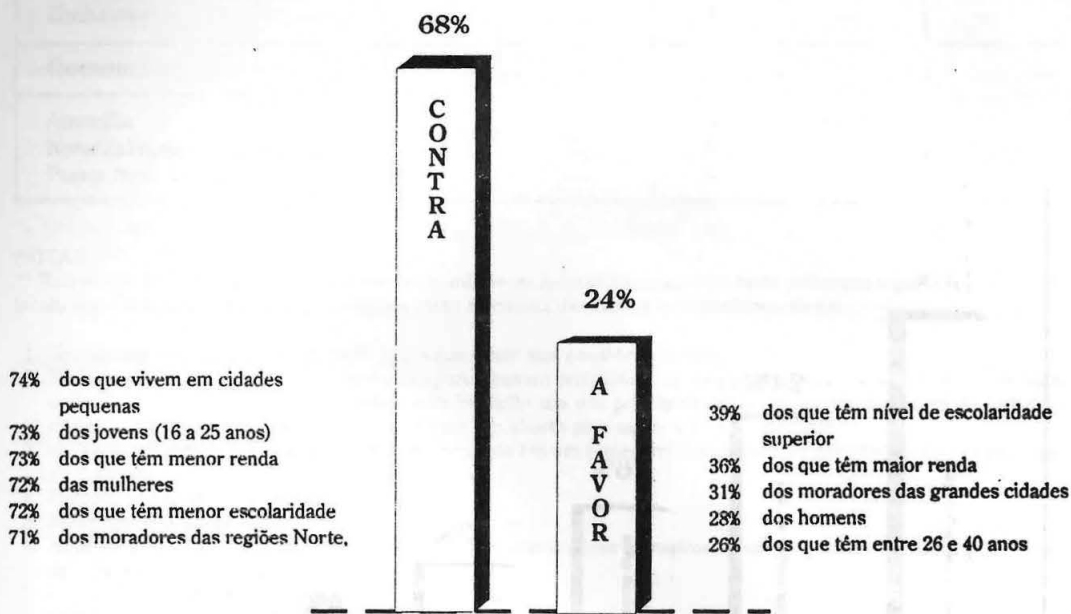
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO MUNDIAL DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO REFERENTE AO ABORTO



** Dados retirados do livro *Yo Aborto, Tu Abortas, Todos Callamos* (cf. Bibliografia Consultada)

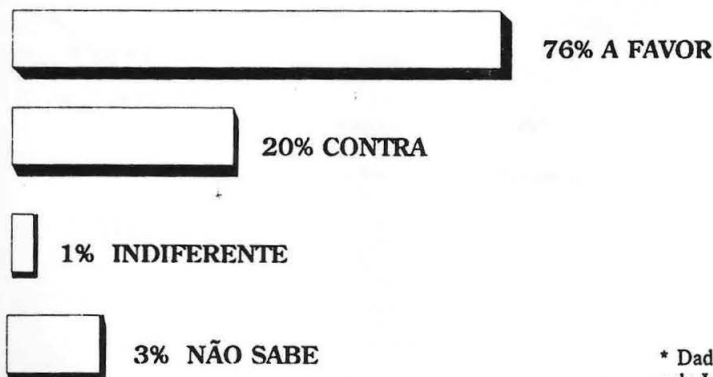
ANEXO 3

DADOS DA PESQUISA REALIZADA PELO JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO (18/09/91)



ANEXO 4

DADOS REFERENTES À INCLUSÃO DA INDICAÇÃO AO ABORTO DE MULHERES PORTADORAS DO VÍRUS DA AIDS



* Dados obtido através de pesquisa realizada
pelo Jornal Folha de São Paulo (18/09/91)

09. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- VILA, Maria Betania & CORRÊA, Sonia. *Os Direitos Reprodutivos e a Condição Feminina*. Recife, SOS CORPO, 1989.
- BARROS, José Augusto Cabral de. "A Medicalização da Mulher no Brasil". In WOLFFERS, Ivan. et alli. *O Marketing da Fertilidade*. São Paulo, Hucitec, 1991. pp.81-112.
- BARROSO, Carmem & CORRÊA, Sonia. "A Introdução dos Direitos Reprodutivos na Transição Democrática Brasileira". Bellagio, 1990. mimeo.
- COLECTIVO COTIDIANO MUJER. *Yo Aborto, Tu Abortas, Todos Callamos...* Uruguai, Ediciones Cotidiano-Mujer, 1989.
- COOK, Rebecca. *Leis e Políticas sobre o Aborto. Desafios e Oportunidades*. São Paulo, Conselho Estadual da Condição Feminina, 1991.
- CORRÊA, Sonia. *Salud de la Mujer: un Panorama Continental*. Recife, SOS CORPO, 1991. mimeo.
- GORDON, Linda. *Woman's Body, Woman's Right. Birth Control in America*. New York, Penguin Books, 1977.
- GREER, Germaine. *Sexo e Destino. A Política da Fertilidade Humana*. Rio de Janeiro, Rocco Editores, 1987.
- MERCUCI, Vera Lucia & BONFIM, José Ruben de Alcântara. "Casos de Desinformação Farmacêutica: Drogas EP de Alta Dosagem, Acetato de Medroxiprogesterona e Misoprostol". In WOLFFERS, Ivan. et alli. *O Marketing da Fertilidade*. São Paulo, Hucitec, 1991. pp. 113-138.
- PAIVA, Leonor Nunes de. *Aborto - Aspectos Legais*. In *Quando a Paciente é Mulher: Relatório do Encontro Nacional de Saúde da Mulher - Um Direito a Ser Conquistado*. Brasília, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1989. pp.69-70.
- PETCHESKY, Rosalind. "Dandoles a las Mujeres una Opción Real". 1991, mimeo.
- PINOTTI, José Aristodemo. "Aborto no Brasil: Aspectos Éticos, Políticos, Legais". In *Quando a Paciente é Mulher: Relatório do Encontro Nacional de Saúde da Mulher - Um Direito a Ser Conquistado*. Brasília, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1989. pp. 57-61.
- RAMOS, Silvina & VILADRICH, Anahi. "Aborto en America Latina: Como Seguir". Buenos Aires, 1991. mimeo.
- SCIARRA, J. J. (editor) "Women's Health in the Third World: The Impact of Unwanted Pregnancy". In *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. New York, Elsevier Science Publishers, 1989.
- SOS CORPO. *Viagem ao Mundo da Contracepção*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1991.
- TIETZE, Christopher & HENSHAW, Stanley K. *Induced Abortion. A World Review*. New York, The Alan Guttmacher Institute, 1986.
- WOLFFERS, Ivan. et alli. "O Uso das Drogas EP de Alta Dosagem nos Países Subdesenvolvidos Hoje". In *O Marketing da Fertilidade*. São Paulo, Hucitec, 1991. pp. 61-69.