

Acesso ao aborto seguro: um fator para a promoção da equidade em saúde

I ¹Ivani Bursztyn, ²Luiz Fernando Rangel Tura, ³Jéssica da Silva Correa I

Resumo: Intensos movimentos no sentido de reconhecer o direito da mulher de decidir sobre a interrupção da gravidez provocaram ampla legalização do aborto entre países do norte, enquanto nos demais, devido à legislação restritiva, persistem as práticas inseguras. Visando a contribuir para o debate corrente no Brasil, apresenta-se uma sistematização dos aspectos tratados na literatura especializada quanto às implicações para a saúde pública impostas pela restrição de acesso ao aborto seguro. Foram pesquisadas bases bibliográficas Pubmed e Lilacs, enfatizando-se aspectos psicossociais associados à prática do aborto inseguro. Utilizando-se a análise de conteúdo, identificaram-se quatro eixos temáticos: **magnitude do aborto e seu impacto**, observando-se que graves consequências que levam à internação e morte devido ao aborto são características dos países com restrição legal; **aspectos psicológicos e as práticas contraceptivas entre as mulheres que já sofreram aborto**, observando-se que as principais diferenças entre mulheres que abortam e as demais revelam uma maior dificuldade de adaptação aos métodos disponíveis; **estratégias para redução de danos resultantes do aborto inseguro**, observando-se que algumas medidas podem ser eficazes mesmo em vigência de restrição legal; e a **implicação da bioética para a legalização do aborto**, observando-se que a legalização depende, principalmente, da capacidade de as mulheres defenderem seus interesses na agenda política. Concluiu-se que a proibição do aborto, na prática, afeta as mulheres pobres de países pobres, perpetuando uma situação de negligência e iniquidade.

► Palavras-chave: Aborto seguro; equidade; saúde da mulher.

¹ Doutora em Medicina (Heidelberg), D.Sc (ENSP/FIOCRUZ), professora na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Endereço eletrônico: ivani@iesc.ufrj.br.

² Doutor em Medicina (UFRJ), professor na Faculdade de Medicina da UFRJ.

³ Estudante de Medicina da UFRJ, bolsista CNPQ/PBIC.

Recebido em: 16/05/2008.
Aprovado em: 27/08/2008.

Introdução

O debate sobre a legalização do aborto foi uma importante bandeira do movimento feminista em todo o mundo, principalmente nas décadas de 1970 e 1980. Conquistas positivas em diversos países fizeram com que este tema perdesse importância na agenda do feminismo e em outras, como por exemplo, a da bioética (DINIZ, 2004). No Brasil, não se registrou este avanço e a legislação permanece bastante restritiva. Nos últimos anos, esforços têm sido envidados no sentido de assegurar-se acesso ao aborto assistido nos casos previstos por lei (gravidez oriunda de estupro ou risco de vida para mãe) e, recentemente, retomou-se a discussão com vistas à legalização a partir dos ministérios da Mulher e da Saúde.

Visando a contribuir para o debate, apresenta-se, neste artigo, uma sistematização dos aspectos que vêm sendo tratados na literatura especializada quanto às implicações para a saúde pública impostas pela restrição de acesso ao aborto seguro.

Metodologia

Procedeu-se a uma busca através de bases de dados de bibliografia médica, com o objetivo de identificar o leque de questões já apontadas na literatura internacional, e que servem como balizador para refletir sobre a realidade brasileira. Optou-se pela base PUBMED (www.pubmed.gov), disponibilizada na web pela *National Library of Medicine* dos Estados Unidos, a qual possui ampla cobertura, abrangendo os itens do Medline e outros jornais de ciências da vida. Adicionalmente, procedeu-se à busca através da base de dados bibliográficos da Lilacs, com o objetivo de identificar o leque de questões que vêm sendo abordadas na literatura latino-americana, especialmente, Brasil. Foram utilizadas as palavras “aborto”, “consequência”, “ética” e “gravidez”, sucessivamente, visando a reduzir o espectro dos artigos, selecionando-se aqueles com ênfase nos aspectos psicossociais do aborto inseguro e com textos integralmente disponíveis no portal Capes ou outros. Vale lembrar que a disponibilidade de bibliografia acerca do aborto é influenciada pelo fato de este procedimento ser legalmente proibido em muitos países. Assim, onde a prática é institucionalizada, é mais viável a condução de pesquisas com dados primários, produzindo-se informações de maior validade e confiabilidade, cobrindo-se um espectro de questões mais amplo e aprofundado. Ao contrário, onde a prática é proibida por lei, as informações são limitadas e baseiam-se,

principalmente, em estimativas produzidas a partir de informações secundárias. A análise do material utilizou a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2004). A partir da leitura flutuante, identificaram-se quatro eixos temáticos: **magnitude do aborto** e seu impacto global, na América Latina e no Brasil; **aspectos psicológicos e as práticas contraceptivas** entre as mulheres que já sofreram aborto; **estratégias para redução de danos** resultantes do aborto inseguro; e a implicação da **bioética** para a legalização do aborto.

Magnitude do aborto e seu impacto global

O direito ao aborto continua como um dos problemas de saúde reprodutiva que geram mais polêmica e opiniões contraditórias. Em alguns países, o debate franco e aberto é obstaculizado por interesses e tabus de ordem religiosa, causando negligência com uma questão que atinge um grande número de mulheres. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), a definição para aborto inseguro é a de um procedimento para terminar uma gravidez indesejada, realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos.

Segundo Grimes et al. (2006), cerca de 19-20 milhões de procedimentos inseguros ocorrem todos os anos no mundo, e 97% destes são praticados clandestinamente em países em desenvolvimento, pondo em perigo a vida da mulher. Essa situação reflete o quadro de restrição do aborto pela lei. Assim, a mulher não tem a opção de se submeter ao procedimento dentro dos padrões, num ambiente seguro e, quando confrontada com uma gravidez não desejada, pode acabar recorrendo a práticas tecnicamente não-recomendáveis, operadas por pessoas sem a necessária habilidade e/ou em ambientes inadequados. Muitas vezes utilizam-se técnicas perigosas e nocivas para a saúde, tais como ingestão de remédios orais e injetáveis, chás e preparados caseiros, preparações ou corpos estranhos inseridos na vagina, traumas no abdômen e outros (BURSZTYN, 2004; IPAS, 2005; SINGH; WULF, 1994). Estimativas globais apontam que 20% a 50% das mulheres submetidas ao aborto clandestino acabam hospitalizadas em virtude de consequências como hemorragia, infecção, envenenamento, infecções no trato reprodutivo podendo, inclusive, tornarem-se estéreis (GRIMES et al., 2006; SINGH, 2006; RAO, 2006). Estas consequências sobrecarregam e oneram os serviços de saúde, podendo o gasto com internações por complicações do aborto chegar a 50% de todo o valor consumido com internações obstétricas (GRIMES

et al., 2006). Além dos custos diretos como medicações, transfusões, suprimentos, equipamentos e pernoite no tratamento das complicações e dos danos a longo prazo, há que se considerar os custos indiretos relacionados à mortalidade e morbidade da mulher, envolvendo a perda de produtividade, infertilidade, consequências sociopsicológicas e desagregação familiar, com graves consequências para o restante da prole.

No Brasil, no ano de 2005, foram internadas no Sistema Único de Saúde (SUS) 250.447 mulheres com diagnóstico de aborto, representando um gasto de R\$ 39.531.930,46 (DATASUS, 2007). Esses dados reforçam a evidência de que a restrição legal não é suficiente para coibir a prática do aborto, mas impõe um risco evitável à saúde de mulheres jovens. Por outro lado, sua legalização facilita o acesso a procedimentos seguros e, a despeito de uma crença comum, não estimula o aumento da prática. Estudo realizado na Romênia demonstra que a proibição legal do aborto em novembro de 1965 aumentou em dez vezes a taxa de mortalidade materna relacionada a aborto, enquanto que a descriminalização, em dezembro de 1989, ocasionou a redução em dois terços desta taxa (STEPHENSON et al., 1992). Cerca de 68.000 mulheres morrem todos os dias vítimas de aborto inseguro e milhões mais são prejudicadas, muitas permanentemente. Segundo Grimes et al., (2006), todos os anos, 80 milhões de mulheres no mundo têm uma gravidez não desejada e 60% são abortadas.

O impacto na América Latina e no Brasil também é grande, como evidenciam as estatísticas de morbi-mortalidade. O aborto inseguro é responsável por 17% das mortes maternas e por uma taxa de internação de oito em cada mil mulheres na América Latina (SINGH, 2006). Desde o início da década de 1990, o aborto tem-se apresentado como a principal causa isolada de mortalidade materna na cidade de Salvador (BRASIL/MS, 2005). Em 2005, foram estimados 1.054.243 abortos induzidos no Brasil, chegando a 40 abortamentos por mil nascidos vivos entre mulheres de 10-49 anos em estados como Acre e Amapá (IPAS, 2005). Nos países onde o aborto é legal e sua prática segura, a mortalidade por esta causa tende a ser baixa. O risco de morte em consequência de aborto é de um em 100.000 nos Estados Unidos, enquanto nos países em desenvolvimento este valor varia entre cem e mil em 100.000.

Os dados referentes à legislação e à morbi-mortalidade permitem traçar um mapa onde se constata que a legalidade do aborto se concentra na região norte do

globo (países desenvolvidos) e as graves consequências do aborto inseguro concentram-se abaixo da linha do Equador (países em desenvolvimento).

As práticas contraceptivas entre as mulheres que abortaram

Grimes et al. (2006) chamam a atenção para o fato de que a disponibilidade de métodos contraceptivos não é fator suficiente para erradicar o aborto, assim como não o é a proibição legal e o constrangimento por parte das organizações religiosas.

Diversos autores têm buscado, no estudo das atitudes e práticas contraceptivas, elementos que possam contribuir para o melhor entendimento do recurso à interrupção voluntária da gravidez. Numa comparação entre mulheres que demandavam aborto com aquelas que frequentavam o pré-natal na Dinamarca, encontrou-se o relato de falha do contraceptivo em 45% no primeiro grupo e 21% no segundo (RASCH et al., 2007). Ainda nesse estudo, os autores identificaram um subgrupo de migrantes que apresentava resistência cultural ao uso de contraceptivos (não-aceitação por parte do cônjuge). Estudo desenvolvido no Canadá identificou associação entre violência conjugal e prática repetida de abortos (FISHER et al., 2005).

Há evidências de que mulheres que se submetem a abortos repetidos experimentam mais métodos contraceptivos, o que sugere que nem sempre o aborto voluntário resulta da falta de conhecimento e/ou uso desses métodos (ALOUINI et al., 2002). Em muitos casos, a gravidez ocorre em vigência do contraceptivo oral e está relacionada com o uso inadequado deste (BURSZTYN, 2004). A contracepção não representa estratégia profilática para o aborto de repetição, uma vez que a causa destes pode ser a dificuldade de adequação aos métodos existentes e disponíveis (ALOUINI et al., 2002; LANG et al., 1980).

Diante da necessidade de balancear eficácia e inocuidade, a mulher, muitas vezes, recorre a um rodízio de vários métodos contraceptivos diferentes em busca da melhor alternativa. Esta prática gera um risco maior de gravidez que resulta em aborto do que o uso continuado de um único método (FISHER et al., 2005).

Carvalho e Schor (2005) discutiram as dificuldades de adaptação associadas à opção pela esterilização e identificaram a falta de confiança nos métodos comportamentais e reações adversas aos métodos hormonais. Ainda segundo os autores, a frequência do uso do condom cai na medida em que os relacionamentos se tornam estáveis, devido à rejeição pelo parceiro. Este método é percebido como prática de prevenção de DST, e o medo quanto a possíveis falhas ou rompimento

limita o uso como contraceptivo. A mulher escolhe a laqueadura tubária, uma opção definitiva, devido à não-adaptação às alternativas disponíveis, para se sentir segura em relação a uma gravidez não desejada, ou por temer a falha dos métodos reversíveis, já que o aborto voluntário não é permitido (BURSZTYN, 1997).

Estratégias para redução de danos

Peres e Heilborn (2006), em entrevistas com jovens de ambos os sexos, identificaram que, diante de uma gravidez inesperada, o aborto é cogitado mais vezes do que efetivamente realizado. Em muitos casos, esta decisão nem é bem explícita: a mulher vai tentando “provocar” o aborto, seja por um “tombo”, “soco na barriga”, beberagens de vários tipos, até chegar, ou não, a uma técnica mais efetiva (BURSZTYN, 2004). A representação do aborto como “provocado” pela mulher e “realizado” pelo médico é bastante presente e, possivelmente, representa uma proteção de seus valores. Outra questão diz respeito ao abandono/apoio na decisão e efetivação do aborto (PERES; HEILBORN, 2006). Em estudo realizado com mulheres de uma comunidade do Rio de Janeiro, observou-se que elas decidem sozinhas em 76% dos casos, em conjunto com o companheiro em 12% dos casos e a decisão é tomada pela família em 7% dos casos. Na decisão quanto à laqueadura tubária, esses números são, respectivamente, 55%, 23% e 3% (BURSZTYN, 2002).

A questão do aborto, da mesma forma que gravidez e contracepção, envolve aspectos de vulnerabilidade de gênero, que dizem respeito à forma como as decisões são negociadas entre as moças e rapazes; de raça, uma vez que se superpõem diferentes fatores de discriminação e preconceito; e o projeto de vida, representado, p.ex., pela possibilidade de continuidade dos estudos (COSTA, 2006).

Aparentemente, a gravidez não desejada que resulta em aborto não pode ser tratada como um fenômeno passível de ser erradicado pela boa prática contraceptiva. Em muitos casos, a dificuldade em se adaptar aos métodos disponíveis e a falibilidade dos métodos comportamentais e de barreira podem estar associados ao aborto, assim como ao uso inadequado dos contraceptivos hormonais.

Algumas iniciativas têm como alvo a redução do dano causado pelo aborto inseguro. No estudo feito por Chong e Mattar (2006), no Vietnã e África do Sul, descreve-se a estratégia baseada no treinamento de profissionais não-médicos. Observou-se que o aborto voluntário realizado por estes profissionais promoveu uma redução de custo de até dez vezes para o sistema de saúde, uma vez que

proporcionou a redução de 80% das complicações, com impacto ainda maior sobre a mortalidade. Trata-se, neste caso, de uma estratégia para facilitar o acesso ao aborto seguro em países onde a legislação é permissiva.

No Paraguai, no hospital responsável por mais de 50% das internações por complicações relacionadas ao aborto registradas no país, adotou-se uma estratégia de aconselhamento e acompanhamento das mulheres decididas a submeter-se ao aborto (BRIOZZO et al., 2006). Consistia de pelo menos uma consulta antes da realização do procedimento, onde se via o estágio da gravidez, tiravam-se dúvidas e aconselhava-se sobre os riscos e modos mais seguros de realização do aborto, visando à diminuição das complicações. Também era realizada uma consulta depois da interrupção da gravidez, onde se via a necessidade de apoio psicológico, aconselhamento e fornecimento de métodos contraceptivos. Foi visto que esse protocolo de uma consulta antes e outra depois diminuiu consideravelmente os riscos de complicações, identificando mulheres que nem grávidas estavam, possibilitando orientar aquelas com direto ao aborto previsto em lei, contribuindo para a decisão esclarecida (algumas optaram por levar adiante a gravidez), constituindo-se em estratégia mínima de redução de dano em contexto de legislação restritiva.

Em seu estudo realizado na Europa sobre o conhecimento de métodos contraceptivos entre mulheres com história de abortos voluntários repetidos, Alouini et al. (2002) apontam que a baixa utilização da pílula de emergência entre as entrevistadas está relacionada com o pouco conhecimento sobre este método. No Brasil, estudo qualitativo visando a avaliar a aceitabilidade por potenciais usuárias observou que a grande preocupação de médicos e demais profissionais de saúde, assim como de potenciais usuárias, é com a possibilidade do mau uso deste recurso, ou seja, seu uso rotineiro, em substituição à prevenção da gravidez (HARDY et al., 2001). Embora prevaleça a percepção de que os jovens estejam utilizando o contraceptivo de emergência de forma abusiva, a literatura científica ainda não apresenta evidências a respeito.

Aspectos éticos

Como já ressaltou Diniz (2004), a questão do direito ao aborto seguro tem sido negligenciada pela bioética de abordagem feminista, uma vez que a legalização foi conquistada na maioria dos países do norte e, com o avanço das pesquisas genéticas, uma série de outros problemas bastante complexos passou a fazer parte da agenda.

Em um número temático sobre “Justiça de Gênero e Direito da Mulher na Atenção à Saúde” publicado recentemente pela revista *Bioethics* (DONCHIN, 2007), os artigos selecionados abordaram os seguintes assuntos: doação de embriões para pesquisa com células tronco, crescente incidência de incisão cesariana eletiva, a recorrência sobre a mulher do cuidado continuado com pacientes crônicos, aborto eletivo devido a (presunção de) anormalidades fetais, aborto eletivo para seleção do sexo. Confirma-se, assim, que a legalização do aborto, se não desapareceu, passou a ocupar um espaço muito reduzido na agenda feminista internacional. Isto reforça a tese de que um importante desafio para a bioética como um todo é trazer para a cena a voz dos excluídos.

Quando se trata o tema aborto na esfera bioética, muitas vezes se confundem ou se entrelaçam discussões relativas ao ponto de início da vida. Busca-se definir o limite a partir do qual o conceito pode ser considerado um ser humano e, portanto, até que momento a prática do aborto voluntário seria eticamente aceitável (MARQUIS, 2006). Esta não é uma discussão simples, pois os argumentos científicos são frequentemente contaminados por valores morais e religiosos. Schenker (2000) estudou as questões de saúde reprodutiva da mulher na perspectiva das religiões monoteístas e aponta suas convergências e discrepâncias. Por exemplo, para religião judaica, o feto só passa a ser considerado uma pessoa após o nascimento e o aborto pode ser permitido pelos rabinos sempre que houver risco para a vida ou saúde da mãe, embora seja rejeitado em outras circunstâncias. Enquanto isso, para a religião católica, tradicionalmente, o feto poderia ser considerado uma pessoa somente após a sexta semana de gestação, momento em que já lhe poderia ser infundida a alma que o distingue como ser humano. O aborto constituiria um pecado, mas não um homicídio. A radicalização da posição da Igreja se deu em 1995, quando o papa Paulo II advertiu a todos os católicos quanto ao surgimento de uma “cultura da morte” na sociedade moderna, clamando que o aborto é um crime que não pode ser legitimado pela lei humana.

O principal argumento, contemporaneamente, para a manutenção da restrição legal, é de ordem ético-religiosa. Nele destacam-se alguns aspectos e princípios. A heteronomia é proposta pelos oponentes do aborto como um princípio de que a vida é sagrada, entendendo o feto como uma pessoa humana (ou pessoa humana em potencial) com todos os direitos, desde a fecundação (DINIZ, 1998; PEGORARO, 2006). Os defensores do direito ao aborto apontam que o *status* de

pessoa humana não é mera concessão jurídica e, neste caso, o aborto seria um crime sem vítima (WALL; BROWN, 2006). Apóiam-se no respeito à autonomia reprodutiva da mulher e do casal.

Cabe ressaltar que a questão dos valores ético-religiosos não é simples, mesmo quando se trata de um grupo aparentemente homogêneo, como os cristãos. Há abordagens divergentes, destacando-se o caso da organização “Católicas pelo direito de decidir”, grupo que defende o direito da mulher de decidir sobre a reprodução e o aborto. Pesquisas de opinião pública realizadas sob os auspícios deste grupo revelam que, entre os católicos entrevistados, 79% concordam com a atividade sexual antes do casamento, 96% concordam com o uso de camisinha e contraceptivos, 62% discordam da prisão de mulheres que recorrem ao aborto, 88% acreditam que se podem utilizar métodos anticoncepcionais e continuar sendo uma boa católica e 62% acreditam que a Igreja tem uma posição atrasada ao condenar camisinha, contraceptivos e sexo antes do casamento (CATÓLICAS..., 2007).

Conclusão

Nas últimas décadas, em diversos países, a legislação tem-se tornado mais permissiva no que concerne à legalização do aborto. Não por acaso, esta liberação é mais evidente nos países do norte, onde os movimentos sociais têm maior tradição e poder de influenciar as políticas públicas. Hoje, a tecnologia médico-farmacêutica permite tratar o aborto como um procedimento altamente seguro.

Ao observar-se o planisfério, vê-se que os países com aborto legalizado (acesso democratizado a práticas seguras) concentram-se ao norte do Equador e os países com altos índices de morbi-mortalidade por aborto inseguro concentram-se ao sul. Destaca-se que, nestes últimos, o acesso ao procedimento seguro é possível em clínicas clandestinas mediante um preço muito alto, o que só contribui para a perpetuação do cenário de desigualdade e exclusão das camadas mais pobres da população. Há uma convergência entre diversos autores de que a difusão de métodos contraceptivos, por mais ampla que possa ser, não é suficiente para eliminar a demanda por aborto. O aborto inseguro é um grave problema de saúde pública que afeta diferentemente as mulheres, está associado com classe social e poder econômico e, como tal, deve ser tratado.

No cenário internacional de debates bioéticos envolvendo a saúde da mulher, o acesso ao aborto seguro tem sido ofuscado pela emergência de temas mobilizadores

relacionados aos riscos e malefícios associados ao crescimento das pesquisas genéticas. Desta forma, as necessidades das mulheres pobres de países em desenvolvimento tendem a ser negligenciadas. No caso do Brasil, a legislação restritiva pode estar refletindo o cenário de profundas desigualdades socioeconômicas, uma vez que as restrições atingem basicamente as camadas mais pobres, excluídas e marginalizadas, sem capacidade de interferir nas esferas de decisão.

Assim, conclui-se que prover acesso ao aborto seguro, a despeito de toda a discussão ético-religiosa em torno do tema, é uma questão que precisa ser incluída na agenda da equidade no sistema de saúde.

Referências

- ALOUINI, S. et al. Knowledge about contraception in woman undergoing repeat voluntary abortions, and means of prevention. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 104, p. 43-48, 2002.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica para atenção humanizada ao abortamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRIOZZO, L. et al. Abortion. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 95, p. 221-226, 2006.
- BURSZTYN, I. Clandestine abortion: a solitary decision. In: BODY PROJECT (org.). *Corpo Realities*. Berlin: Ulrike Verlag, 2004. p. 318-36.
- _____. Knowledge, attitudes and practices in contraception among low-income populations: study of the Rocinha shantytown, Rio de Janeiro, Brazil. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Pública, Universidade de Heidelberg, Alemanha, 2002.
- _____. Laqueadura tubária: um problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 79-88, 1997.
- CARVALHO, M.L.O.; SCHOR, N. Reasons why sterilized women refused reversible contraceptive methods. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 5, p. 788-794, 2005.
- CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR. Pesquisa IBOPE encomendada pela CDD-Br. Disponível em: <http://www.catolicasonline.org.br> Acesso em: 15 nov. 2007.
- CHONG, Y.; MATTAR, C.N. Mid-level providers: a safe solution for unsafe abortion. *The Lancet*, v. 368, p. 1.939-1940, 2006.

- COSTA, M.C.O. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 719-727, 2006.
- DATASUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acesso em: 15 nov. 2007.
- DINIZ, D. Abortion in Brazilian bioethics. *Camb Q Healthc Ethics*, v. 13, n. 3, Summer, p. 275-279, 2004.
- DINIZ, D.; ALMEIDA, M. Bioética e aborto. In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (orgs.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 125-37.
- DONCHIN, A. Moving toward gender justice. *Bioethics*, v. 21, n. 9, p. ii-iii, 2007.
- FISHER, W. A. et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ*, v. 175, n. 5, p. 637-641, 2005.
- GRIMES, D. A. et al. Abortion: the preventable pandemic. *The Lancet*, v. 368, p. 1.908-1.919, 2006.
- HARDY, E. et al. Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras. *Cad Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 1.031-1.055, 2001.
- IPAS Brasil. *Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa*. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf Acesso em: 15 nov. 2007.
- LANG, F. et al. A propos de la personnalité des femmes ayant recours à des IVG répétées. *Ann. Med. Psychol.*, n. 138, p. 992-1.002, 1980.
- MARQUIS, D. Abortion and the beginning and end of human life. *J Law Med Ethics*, v. 34, n. 1, p. 16-25, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Geneva:OMS, 2007.
- PEGORARO, O. Aborto: aspectos teóricos e práticos. *Católicas pelo direito de decidir*, n. 3, p. 19-30, 2006.
- PERES, S.O.; HEILBORN, M.L. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Caderno de Saúde Pública*, v. 22, n. 7, p. 1.411-1.420, 2006.
- RAO, K.A.; FAÚNDES, A. Access to safe abortion within the limits of the law. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, v. 20, n. 3, p. 421-432, Jun 2006.
- RASCH, V. et al. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health*, Dec 7, 2007. Disponível em: <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/18/2/144> Acesso em: 15 nov. 2007.

SCHENKER, J.G. Women's reproductive health: monotheistic religious perspectives. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 70, p. 77-86, 2000.

SINGH, S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *The Lancet*, v. 368, p. 1.887-1.892, 2006.

SINGH, S.; WULF, D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American Countries. *International Family Planning Perspectives*, v. 20, p. 413, 1994.

STEPHENSON, W. M.; BADEA, M.; SERBANESCU, F. Commentary: the public health consequences of restricted induced abortion. Lessons from Romania. *Am J Public Health*, v. 82, p. 1.328-1.331, 1992.

WALL, L.L.; BROWN, D. Regarding Zygotes as Persons. *Perspectives in Biology*, v. 49, n. 4, p. 602-610, 2006.

Abstract

Access to safe abortion: a factor to promote equity in health

Intensive movements concerned with the recognition of women's right to decide about interrupting pregnancy led to a wide spread abortion legalization among the Northern countries, while unsafe practices persist in the others, due to restrictive legislation. Aiming to contribute to the current debate in Brazil, this paper presents a systematic analysis on the issues treated by the specialized literature concerning the restricted access to safe abortion implications for the public health. Pubmed and Lilacs data-bases have been consulted, emphasizing the psycho-social aspects associated to unsafe abortion. By using content analysis, four thematic axes were identified: magnitude and impact of abortion showing that harmful consequences related to hospitalization and death due to abortion are characteristic of countries with restrictive law; psychological aspects and contraception among women undergoing abortion, showing that the main differences between women undergoing abortion and the others point out their difficulties to adapt to available contraceptives; strategies to reduce damage related to unsafe abortion, showing that some measures may be effective even under restrictive law; the implications of bioethics to abortion legalization, showing that legalizing depends basically on the women's ability to advocate their interest in the political agenda. The conclusion is that restrictive law affects specially the poor women in the poor countries, perpetrating neglect and inequity.

► Key words: Safe abortion; equity; women's health.