

O Aborto e as Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Abortion and Public Policies of Integral Attention to Women's Health

Neuza Guareschi¹, Patrícia Flores de Medeiros², Milena Nardini³
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Daniela M. Wilhelms⁴

Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre/RS.

Resumo

Este artigo tem como objetivo problematizar os dados do Serviço de Saúde Comunitária de um Grupo Hospitalar referentes à internação de mulheres por curetagem pós-aborto, no período de 2004 e 2005. Este estudo faz parte de um projeto integrado entre o grupo de pesquisa Estudos Culturais e Modos de Subjetivação/PUCRS e o Serviço de Saúde Comunitária do referido Grupo Hospitalar, que busca, a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM –, investigar questões relativas ao Planejamento Familiar. Conforme os referidos dados, a internação de mulheres por curetagem pós-aborto equivale a 43% e 46% das internações maternas. Tendo em vista esses elevados índices, se faz necessário pensar esse tema de difícil visibilidade, questionando-se sua relação com a identidade de gênero – aborto como algo do corpo feminino – e como são reforçadas ou não essas questões nas ações referentes ao planejamento familiar proposto no PNAISM.

Palavras-chave: políticas públicas de saúde, aborto, gênero.

Abstract

This article aims at problematizing data provided by the Community Health Service of a Hospital Group concerning the permanence of women in hospital due to post-abortion curettage, during 2004 and 2005. This study is part of an integrated project about Women's Health Policy that attempts to investigate issues related to Family Planning, from the National Policy of Integral Attention to Women's Health (PNAISM). According to the data, the hospitalization of women due to post-abortion curettage equals 43% to 46% of maternal hospitalization. These high rates make us think about this issue, which is not always visible. It is necessary to question its relationship with gender identity – abortion as something that is related to women's body – and how these issues have been - or not - reinforced by actions related to family planning, as proposed by the PNAISM.

Keywords: public health policies, abortion, gender.

Este estudo faz parte de um projeto integrado entre o grupo de pesquisa Estudos Culturais e Modos de Subjetivação da PUCRS e o Serviço de Saúde Comunitária de um Grupo Hospitalar. O objetivo

do projeto é investigar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher no que diz respeito às ações referentes ao planejamento familiar. Neste artigo, problematizamos os dados do

1 Professora/Pesquisadora do PPGP, Faculdade de Psicologia, PUCRS. Coordenadora do Grupo de Pesquisa “Estudos Culturais e Modos de Subjetivação”. Av. Nilópolis 375 – apto 401. Telefone: (51) 84066079, E-mail: nmguares@pucrs.br.

2 Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e da Personalidade. PUCRS, Doutoranda em Psicologia, PUCRS, bolsista CNPq.

3 Psicóloga, mestranda em Psicologia Social e da Personalidade do Grupo de Pesquisa “Estudos Culturais e Modos de Subjetivação” do PPGP da PUCRS, bolsista CNPq.

4 Médica de Família e Comunidade, Coordenadora da Atenção à Saúde da Mulher do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre/RS.

Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar referentes à internação de mulheres por curetagem pós-aborto, no período de 2004 e 2005. Não temos como foco o aprofundamento da discussão de gênero nas políticas públicas de saúde, embora toda escrita e problematização do campo de saúde da mulher estejam permeadas por essa categoria de análise, na qual tomamos por referentes os Estudos Feministas, em uma vertente dos Estudos Culturais e Pós-Estruturalistas, com as seguintes autoras: Harding (1997), Louro (2000), Lupton (2000) e Meyer (1998).

O mais recente documento em relação à Saúde da Mulher é a chamada PNAISM – *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes* – que propõe abranger o período de 2004-2007. Este tem por objetivos reduzir a mortalidade por causas previsíveis e evitáveis, além de fomentar a implementação de ações que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres. Para o Ministério da Saúde, esse documento denota um ganho no que se refere aos direitos humanos das mulheres, visto sua implantação concomitantemente aos diversos movimentos feministas no Brasil (Ministério da Saúde, 2004). Os princípios norteadores dessa política são a integralidade e a promoção da saúde da mulher, com ênfase nas questões de gênero. Sobre o Planejamento Familiar, a PNAISM aponta algumas estratégias, como:

Ampliar e qualificar a atenção ao Planejamento Familiar, incluindo a assistência à infertilidade; garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais; estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de Planejamento Familiar. (Ministério da Saúde, 2004, p. 69)

Dessa forma, propõe-se como Planejamento Familiar a livre decisão de manter o controle sobre a fecundidade – número de filhos, o espaçamento entre gestações e a oportunidade de concepção. De acordo com a Constituição Federal e com a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, é responsabilidade do Estado proporcionar condições para que homens e mulheres tenham acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da sua fecundidade. Em função disso, é imprescindível que haja uma orientação adequada e métodos contraceptivos disponíveis na rede pública de saúde (Ministério da Saúde, 2006).

A relação dessas propostas de ação do Planejamento Familiar com o SUS se dá no sentido de que o Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades estimular e apoiar a implementação e a qualificação da atenção em Planejamento Familiar. Uma das ações propostas é

a distribuição aos municípios de métodos anticoncepcionais – pílulas anticoncepcionais, camisinhas, anticoncepcionais injetáveis e DIU –, tendo como meta ampliar a oferta desses métodos à população atendida exclusivamente pelo SUS. Atualmente, o Ministério atende em torno de 30% da demanda do público-alvo; até 2007, o objetivo é chegar a 60% de cobertura, e o restante deve ser complementado por estados e municípios (Ministério da Saúde, 2006).

O Ministério da Saúde – SUS – incentiva a política do Planejamento Familiar principalmente por meio da distribuição de métodos anticoncepcionais, conforme dados acima. Não são feitas colocações em relação a formas de interrupção da gravidez quando a prevenção não foi suficiente, questão que emerge como problema de saúde pública: aborto. Construímos essa relação através da questão apontada pela Rede Feminista de Saúde, que sinaliza:

A ausência de um efetivo e amplo programa de Planejamento Familiar traz como consequência um elevado número de gestações indesejadas contribuindo para a prática extensiva de abortos. Certamente, mesmo nos países com o uso adequado de métodos modernos, continuam a ocorrer abortos devido à gravidez indesejada, mas em número muito menor. (Rede Feminista de Saúde, 2005, p. 14)

Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), há uma série de princípios e diretrizes que embasam as ações relativas à humanização e à qualidade de atendimento na atenção à saúde das mulheres. Essa política está subdividida em itens que buscam compreender a imbricação de fatores que subsidiam as práticas em saúde da mulher.

A PNAISM inclui o princípio de promoção da saúde da mulher, que significa, também, qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento, como consta no item: “Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes” (Ministério da Saúde, 2004, pp. 69-70). Isso demonstra que a questão dos cuidados na situação de abortamento está começando a ser visibilizada na política; porém, o tratamento das mulheres em situação de risco⁵ denota uma carência de serviços nessa área (Moura & Silva, 2005).

Uma das questões a serem problematizadas é o modo como se propõe uma saúde da mulher – PNAISM – e, dentro dela, o Planejamento Familiar. Fica proposto que as questões de concepção/contracepção continuam a fazer parte do universo feminino, do corpo da mulher, embora

⁵ Em casos de curetagem pós-aborto, ou seja, nos quais a mulher realizou, por conta própria, algum procedimento abortivo fora do hospital e chega, neste, com agravantes.

valorizando a participação dos demais membros da família nessa decisão. Assim, por mais que a política proponha estratégias referentes ao estímulo da participação dos homens e adolescentes no Planejamento Familiar, tais propostas acabam por constituir o ser mulher de uma determinada forma, tornando-a responsável pelo seu corpo e por tudo o que diz respeito a ele, nesse caso, a concepção ou não de um filho.

Dentro dessa política, na categoria “Precariedade da Assistência em Anticoncepção” (Ministério da Saúde, 2004, p. 32), está referido que o Planejamento Familiar faz parte da atenção básica e que é de responsabilidade mínima dos municípios; porém, conforme consta na própria política, essas estratégias não estão sendo implementadas adequadamente, pois o fornecimento de anticoncepcionais não é suficiente, e o enfoque educativo, o aconselhamento e o acompanhamento às usuárias não são sistemáticos. Isso nos faz pensar que as ações que, num primeiro momento, nos levariam ao Planejamento Familiar não estão ocorrendo, podendo esse Planejamento Familiar tomar *outros contornos*, como apontam os índices de curetagem pós-aborto, que analisaremos mais adiante.

A análise das estratégias da PNAISM quanto ao Planejamento Familiar indica que as internações de mulheres por curetagem pós-aborto não são contempladas nas ações dessa Política. A questão aqui não é incluir o tema aborto no Planejamento Familiar, visto que tal prática é considerada crime, mas sim incluir discussões e reflexões sobre a temática do aborto no sentido de possibilitar pensar o que se propõe como Planejamento Familiar e o que se cria a partir do que fica fora dessa discussão.

Aborto: um assunto de mulheres?

Segundo a Organização Mundial da Saúde & International Women’s Health Coalition (2004), globalmente, existe a média de um abortamento inseguro⁶ para cada sete nascidos vivos e, em algumas regiões, o número é muito maior. Na América Latina e Caribe, há mais do que um abortamento inseguro para cada três nascidos vivos. No Brasil, o abortamento inseguro representa a quarta causa de mortalidade materna e a segunda causa de internação obstétrica, tendo um custo de 140 milhões de reais por ano ao Sistema Único de Saúde. Identifica-se que duas a cada cinco internações por abortamento no SUS representam condições de risco à saúde da mulher (Ministério da

Saúde, 2004). Ainda de acordo com a Rede Feminista de Saúde (2005), esses dados chamam a atenção dentro da área da saúde por o aborto ser uma das causas de morte e internação que poderiam ser prevenidas e evitadas.

Não temos pretensão de contar uma história do aborto, mas sim eventos, situações que nos ajudem a construir a forma como este circula na contemporaneidade. Tomamos o termo “problematizar” de Castel (1998), ou seja, colocando em evidência a existência de um feixe unificado de questões (nas quais as características comuns devem ser definidas, emergindo em um determinado momento, que deve ser datado). Tais questões se reformularam várias vezes através de crises, integrando dados novos, permanecendo vivas ainda hoje.

Para Rohden (2003) a partir de 1873, começam a circular na sociedade brasileira estudos em que a denominação “aborto criminoso”⁷ é publicamente citada. No entanto, a prática já ocorria anteriormente, porém, sem uma terminologia que a definisse como tal, sendo referida como “embriotomia”, “feticídio terapêutico” ou “aborto obstétrico”. O aumento da utilização de tal prática levou à preocupação do Estado, que, a partir de 1890, no Brasil, introduziu a punição em caso de prática de aborto – sendo considerado crime pelo Código Penal –, com ressalvas aos casos de estupro ou quando não houvesse outro meio de salvar a vida da gestante, casos em que se permite o procedimento. Na década de 1910, o aborto criminoso aparece como um tema de destaque nas teses, periódicos e outras publicações da época.

No final do século XIX, diversas informações acerca das técnicas abortivas foram propagadas como uma possibilidade de controle da natalidade mesmo após a consumação da gravidez. Ainda, conforme Rohden (2003), técnicas abortivas tiveram um aumento na divulgação de anúncios, principalmente pela imprensa, como uma “propaganda contraceptiva”, com a suposta finalidade de “prevenir a gravidez”, sustentada por “técnicas científicas”. Embora a menção ao aborto não fosse feita claramente, tais procedimentos eram desenvolvidos por meio de técnicas abortivas e, de alguma maneira, a finalidade desses anúncios se tornava conhecida.

Por volta dos anos de 1960, aumentou a preocupação da sociedade jurídica na elaboração de Leis contra as práticas abortivas. Tal preocupação emergiu, principalmente, com as discussões de emancipação das mulheres, propostas pelos movimentos feministas – por volta de 1960 na Europa e Estados Unidos –, quando a participação das mulheres começa a ser evidenciada na sociedade, possibilitando, também, que o tema do

⁶ Um abortamento inseguro é “um procedimento para terminar uma gravidez indesejada realizada por pessoas sem as devidas habilidades ou em um ambiente sem os mínimos padrões médicos, ou ambos” (Organização Mundial da Saúde, 2004, p. 15).

⁷ Considera-se “aborto criminoso” qualquer procedimento não permitido pelo Código Penal.

aborto se torne público. Entretanto, no Brasil, na década de 70, as condições de visibilidade do aborto pelos movimentos das mulheres foram limitadas em virtude do regime militar. As possibilidades de uma maior discussão sobre o tema emergiram na transição para a democracia na década posterior, quando o aborto e a sexualidade aparecem como prioridades na agenda feminista do país (História, 2006). Além disso, a perspectiva de gênero passa a ser incorporada por políticas públicas embasadas por tais movimentos (Farah, 2004).

Um dos primeiros movimentos pela legalização do aborto ocorreu em 1983, por meio de um projeto de lei apresentado à Comissão de Constituição e Justiça da Câmara Federal dos Deputados, que foi rejeitado. Porém, mais tarde, no Brasil, foi aprovado um projeto de lei que atribui ao Serviço Público de Saúde a responsabilidade pelo procedimento nos dois casos em que o aborto foi legalizado pelo Código Penal – em casos de estupro ou quando não há outro meio de salvar a vida da gestante –, conforme o Art. 128 (Brasil, 2004). Ainda na discussão sobre a legalização do aborto e saúde da mulher, em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, o aborto foi reconhecido como grave problema de saúde pública. Um ano mais tarde, na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, recomendou-se que os países revisassem as leis de punição às mulheres que praticam o aborto e discutissem a não-utilização do aborto como forma contraceptiva (Rede Feminista de Saúde, 2005).

Os Programas de Ação desenvolvidos no Brasil ainda discutem as reflexões trazidas por essas duas conferências, fato visibilizado por manuais e políticas de atenção à saúde da mulher. Incorporou-se, ainda, a essas discussões, uma agenda de gênero que inclui dez diretrizes no campo das políticas públicas da mulher. Aqui, faz-se relevante destacar uma dessas diretrizes, que trata especificamente da saúde da mulher. Ela se refere à implantação efetiva do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tem por objetivo desenvolver ações de atenção à saúde em todas as fases da vida da mulher, além de cuidados com sua saúde mental e ocupacional e ações direcionadas ao controle de doenças sexualmente transmissíveis, à prevenção do câncer e ao Planejamento Familiar, de modo a ir além das ações dos programas exclusivamente da saúde materno-infantil (Farah, 2004).

Mesmo em circunstâncias nas quais as mulheres têm o direito legal de fazer um abortamento – abuso sexual, risco de vida para a mãe e má-formação fetal –, os serviços seguros disponíveis são poucos. Segundo a Organização Mundial da Saúde e International Women's Health Coalition (2004), isso ocorre devido a fatores

sociais, como: a falta de conhecimento da existência de estabelecimentos que realizam o abortamento ou da necessidade de solicitar o abortamento nas primeiras semanas de gravidez; a atitude dos familiares; o estigma e o medo da perda da privacidade e da confidencialidade, bem como a percepção sobre a qualidade do atendimento disponível. Dessa forma, nessas políticas de saúde, consta tanto a indisponibilidade de serviços quanto a falta de informação da população sobre as normas ou requisitos legais e direitos das mulheres.

Aborto e a atenção integral à saúde da mulher

De acordo com o “Dossiê Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis”, publicado em 2005, mesmo que as taxas de mortalidade por aborto apresentem queda, permanecem estáveis os números de curetagens pós-aborto. Dessa forma, emerge a necessidade de conhecer melhor, em cada estado brasileiro, quem são as 238 mil mulheres que, a cada ano, buscam os hospitais do SUS para realizar esse procedimento. Para isso, é fundamental o preenchimento completo das fichas e registros, bem como a atenção de estudantes e pesquisadores para o assunto. Entendemos que aborto é um assunto de saúde pública, o qual, embora ocorra em um corpo feminino, deve ser pensado como uma questão coletiva. Para colocá-lo em evidência, precisamos marcar o campo empírico, neste caso, os dados estatísticos.

Evidenciamos os motivos de internação materna nos anos de 2004 e 2005, no Grupo Hospitalar Conceição, o qual considera internação materna todo e qualquer motivo que leve a mulher a buscar auxílio médico a partir da vigésima semana de gestação e que exija hospitalização. Focalizamos este artigo no motivo de internação materna por curetagem pós-aborto e a existência ou não de relação desse motivo com as Políticas Públicas de Saúde da Mulher, mais especificamente com as ações do Planejamento Familiar. Apresentamos abaixo os dados levantados pelo Relatório de Ações Materno-Infantis nos anos de 2004 e 2005 do Serviço de Saúde Comunitária deste Grupo Hospitalar, composto por um núcleo de Epidemiologia, três hospitais e doze unidades de saúde (ver Tabela 1).

Segundo as informações desse relatório, identificam-se 399 internações no ano de 2004. Destas, 54 ocorrências corresponderam a reinternações; logo, 345 gestantes internaram-se em um dos hospitais desse Grupo Hospitalar em 2004. Além disso, o Relatório mostra que, entre as 399 internações desse ano, 172 (43%) ocorreram por curetagem pós-aborto, 45 (11%) por ameaça de aborto, 30 (8%) por pré-eclampsia grave, 23 (6%) por diabetes gestacional, 20 (5%) por hiperemese gravídica, 19 (5%) por pielonefrites, 14 (4%) por

ruprema, 10(3%) por hemorragias na gravidez e 6 (2%) por falso trabalho de parto.

Tabela 1: Distribuição por Unidade das internações em gestantes em 2004 e 2005
Fonte: Serviço de Saúde Comunitária (SSC)/2004 e 2005

2004				2005			
Unidades	Internações por curetagem pós-aborto	Internações por outros motivos	Total de internações de gestantes	Unidades	Internações por curetagem pós-aborto	Internações por outros motivos	Total de internações de gestantes
A	13	12	25	A	9	16	25
B	3	4	7	B	3	4	7
C	16	14	30	C	9	13	22
D	17	15	32	D	18	25	43
E	23	44	67	E	19	22	41
F	15	15	30	F	12	9	21
G	22	24	46	G	32	17	49
H	7	13	20	H	12	15	27
I	20	11	31	I	20	18	38
J	7	38	45	J	11	28	39
L	13	26	39	L	17	22	39
M	16	11	27	M	9	13	22
SSC	172	227	399	SSC	171	202	373

Em 2005, identificamos 373 internações, entre estas, 172 (46%) ocorreram por curetagem pós-aborto, 41 (11%) por trabalho de parto prematuro, 36 (10%) por pré-eclampsia grave, 34 (9%) por pielonefrite, 25 (7%) por ameaça de abortamento, 15 (4%) por diabetes, 8 (3%) por hemorragias na gravidez, 7 (2%) por falso trabalho de parto, 6 (2%) por rotura prematura de membranas e 29 (8%) por outros motivos (Serviço de Saúde Comunitária, 2005).

Tais dados nos possibilitam visualizar o alto índice de internação materna por curetagem pós-aborto, representando quase a metade desses motivos e também indicando um aumento desse procedimento. A partir disso, pode-se entender que as ações propostas pelo Planejamento Familiar, as quais deveriam estar focadas na questão da concepção/contracepção, não estão atingindo suas metas bem como deixando a descoberto estatisticamente a temática da interrupção da gravidez: o aborto. Isso nos faz problematizar como a política vem tomando o conceito de corpo, quais os marcadores identitários que ela passa a reforçar com ações mais individualistas, ou seja, enfatizando a vigilância em corpos femininos. Ela nos fala, nos faz falar e dar visibilidade sobre o que propõe como forma integral de cuidar da saúde de *uma mulher*, constituindo determinados modos de compreender, pensar e viver o que é essa saúde e essa mulher, entendida, por exemplo, ainda biologicamente, pelas partes de seu corpo responsáveis pela reprodução.

Considerações Finais

A idéia da universalidade, tão importante para a Modernidade, nos faz pensar que todas as mulheres são mulheres de um mesmo modo. Porém, através dos Estudos Feministas pós-estruturalistas, percebemos que estamos diante da necessidade de problematizarmos as universalidades, trabalhando no sentido da desnaturalização de um *feminino essência*, ou seja, com a lógica de que existem muitos femininos e masculinos. Evitando-se, portanto, generalizações e conceitos pré-estabelecidos, os quais podem ser entendidos a partir da diversidade e não como identidades únicas, a-históricas.

Cabe salientar a forma como são nomeadas as mulheres através da expressão - internação materna - aponta para a questão da mãe, tornando a questão da saúde da mulher como algo do campo materno. Assim, o corpo, como marca da diferença das mulheres, está marcado como um corpo que reproduz, passando a ser pensado, avaliado, cuidado, monitorado em função disso.

Entendemos *corpo*, como um construto social, que está atravessado por múltiplos discursos, operações de classificação, agrupamento e diferenciação, práticas de significação que funcionam em determinados regimes de verdade e marcam determinadas formas de ser mulher e de ter cuidados com a saúde e com o corpo feminino. Neste caso, estamos falando de mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, sobre as quais pudemos obter poucos dados em relação à idade, à

situação social, à escolaridade, à raça/etnia, ou seja, a marcadores identitários que nos ajudassem a descrever quem são essas mulheres. Enfim, informações que nos auxiliassem a investigar de que forma estamos construindo a caracterização dessas mulheres, porém podemos entender que essa ausência também é uma forma de ocupar lugares, apagar diferenças, tornando todas mulheres iguais.

Os discursos que forjam, atualmente, as práticas em saúde direcionadas à mulher remontam às verdades que sustentam o cuidado com o corpo feminino. A emergência dos discursos/verdades sobre a saúde das mulheres no Brasil configura-se no plano das políticas públicas em saúde, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM. Esperamos que este estudo contribua para a reflexão sobre as práticas em saúde direcionadas às mulheres, permitindo problematizar questões já naturalizadas, assim como as práticas que se constroem sobre e a partir delas.

Referências

- Brasil (2004). *Código Penal* (9ª. ed.). São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes.
- Farah, M. F. S. (2004). Gênero e políticas públicas. *Revista Estudos Feministas*, 12 (1), 47-71.
- Foucault, M. (2004). *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Harding, J. (1997). Bodies at risk. In A. Petersen. & A. Bunton (Eds). *Foucault, health and medicine*. London: Routledge.
- História da formação da problemática do aborto*. (2006). Atualizado em 30/04/2003. Disponível em <http://www.aborto.com.br/index2.html>. Acessado em 05/07/06.
- Louro, G. (2000, Julho/Dezembro). Corpo, Escola e Identidade. *Educação & Realidade*, 25(2), 59-75.
- Lupton, D. (2000, Julho/Dezembro). Corpos, prazeres e práticas do eu. *Educação & Realidade*, 25(2), 15-47.
- Meyer, D. (1998, Janeiro/Junho). Gênero e saúde: indagações a partir do pós-estruturalismo e dos estudos culturais. *Revista Ciência e Saúde*, 17(1), 45-58.
- Ministério da Saúde (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- Ministério da Saúde, FEBRASGO, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos & CEMICAMP (Orgs.) (2004). *Relatório final do IX Fórum Interprofissional: aborto inseguro como forma de violência contra a mulher*. Área Técnica de Saúde da Mulher. São Paulo: Campinas.
- _____. (2006). *Acompanhamento pré-natal garante gravidez mais segura*. www.saude.gov.br Acessado em 08/05/2006.
- Moura, E. R. F. & Silva, R. M. da. (2005). Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Revista de Saúde Pública*, 39 (5), 795-801.
- Organização Mundial da Saúde & International Women's Health Coalition (2004). *Abortamento Seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde*. Campinas: CEMICAMP.
- Rede Feminista de Saúde (2005). *Dossiê Aborto: mortes preventíveis e evitáveis*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde.
- Rohden, F. (2003). *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Mimeo.
- Serviço de Saúde Comunitária (2004). *Ações Materno-Infantis*. Relatório. Mimeo.

Recebido: 28/05/2007
Avaliado: 30/05/2007
Versão final: 05/06/2007
Aceito: 10/06/2007