



**A EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA
PREVENÇÃO DO ABORTO PROVOCADO: uma revisão integrativa**

**THE EFFECTIVENESS OF THE FAMILY PLANNING PROGRAM IN THE
PREVENTION OF PROVOCATED ABORTION: an integrative review**

Duani Maria Gaspar da Cruz

Centro Universitário Maurício de Nassau – Parnaíba

Milena Duarte Gurgel

Universidade Federal do Piauí (UFPI)

RESUMO

O planejamento familiar foi, durante décadas, fomento de discussões políticas entre governantes pró e anti-natalistas e de diversos movimentos de mulheres em busca da aquisição do direito sobre o próprio corpo e desvinculação feminina do binômio materno-infantil. Este artigo objetivou discutir sobre a efetividade do programa de planejamento familiar na prevenção de gravidezes indesejadas e do aborto provocado, perpassando o surgimento das ações de controle de natalidade até as consequências do aborto provocado para a mulher. Constitui-se através de uma revisão bibliográfica integrativa, em bases de dados do SciELO, FioCruz, entre outras, utilizando-se dos descritores “Planejamento Familiar”, “Saúde da Mulher”, “Políticas Públicas”, “Aborto provocado” e “PNAISM”. Como resultante de movimentos sociais, foi lançada a PNAISM, através da qual foram implantadas intervenções voltadas ao Planejamento Familiar, porém, este programa ainda não atingiu efetivamente parcelas da população e a morbimortalidade materna decorrente gravidezes indesejadas e abortos provocados ainda têm índices alarmantes.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto provocado. Saúde da mulher. Planejamento familiar. Políticas públicas.

ABSTRACT

Family planning was for decades the promotion of political discussions between pro and anti-natalist rulers and various women's movements in search of the acquisition of the body's self appropriation and the disengagement of women from the maternal-child binomial. This article aimed to discuss the effectiveness of the family planning program in the prevention of unwanted pregnancies and induced abortion, ranging from the birth control actions to the consequences of induced abortion for the woman. It is constituted through an integrative bibliographic review, in databases of SciELO, FioCruz and among others, using the descriptors "Family Planning", "Women's Health", "Public Policies", "Abortion provoked" and "PNAISM ". As a result of social movements, the PNAISM was launched, through which interventions aimed at Family Planning were implemented, however, this program has not yet effectively reached parts of the population and maternal morbidity and mortality resulting from unwanted pregnancies and induced abortions still have alarming rates.



KEYWORDS: Abortion provoked. Women's health. Family planning. Public health policies.

1 INTRODUÇÃO

Alves (2010) aponta que durante quase toda a história da Saúde Pública do Brasil foi adotada uma posição pró-natalista, baseada em uma cultura familiar numerosa. Havia ainda grande incentivo aos altos níveis de fecundidade em detrimento dos índices elevados de mortalidade materna-infantil à época. Desta forma, por anos foram implementadas ações que fortaleciam a ideia de família numerosa e o padrão social patriarcal, como regulamentação e baixo estímulo ao labor feminino, aumento na cobrança de taxas sobre o imposto de renda de indivíduos solteiros ou casados sem filhos, facilitação dos tramites para a aquisição da casa própria para os sujeitos que pretendessem se casar, gratificações financeiras aos casados com filhos, entre diversas outras regras que privilegiavam os mantenedores de famílias numerosas (ALVES, 2010; FONSECA, 2001).

Bhering (2016) pontua que, nesse contexto, o planejamento familiar foi uma polêmica que fomentou diversos debates sobre controle populacional e política demográfica na segunda metade do século XX. Segundo o autor, a partir da década de 60, o Brasil assistiu a atividades pioneiras voltadas ao campo do planejamento familiar e à formação de profissionais de diversas áreas para este campo de atuação, como professores, médicos, enfermeiras e parteira, por exemplo. Nesse interim, as reivindicações feministas baseavam-se na contestação da legislação anti-controlista vigente à época, através da qual se proibia o uso de anticoncepcionais e a prática do aborto, limitando o papel feminino ao binômio materno-infantil (ALVES, 2010).

Apesar de as movimentações pró-controlistas terem se iniciado na década de 60, apenas no início da década de 70 os governantes brasileiros passaram a considerar o controle da fecundidade e o planejamento familiar como um direito dos cidadãos e, somente no fim da referida década, o Ministério da Saúde lançou um programa que oferecia intervenções de planejamento familiar e prevenção à gravidez de alto risco, porém ainda de forma limitada à função feminina de maternidade (ALVES, 2010; SANTOS NETO et al., 2008; SILVA, 2007).

Para a fundamentação deste estudo, optou-se por realizar uma revisão bibliográfica integrativa, de caráter exploratório, buscando conhecer os determinantes históricos do programa de planejamento familiar no Brasil, delineando seu surgimento e buscando avaliar



sua resolutividade no que diz respeito à prevenção das gravidezes indesejadas e dos abortos provocados como um resultante delas.

A pesquisa foi realizada utilizando-se matérias impressos e virtuais, disponíveis em livros, monografias, dissertações, nas bases de dados SciELO, entre outras bases de dados, a partir dos descritores “Planejamento Familiar”, “Saúde da Mulher”, “Políticas Públicas” e “PNAISM”. As fontes utilizadas foram identificadas, lidas, fichadas, analisadas e interpretadas pelas autoras no período de maio a julho de 2017, utilizando de uma sistemática reflexiva baseada na literatura acerca da temática, bem como buscando corroborar e contrapor ideias de diversos autores para fomentar a discussão proposta.

Relativo à estruturação, o presente artigo encontra-se subdividido em três tópicos. No primeiro é retratada uma contextualização do Programa de Planejamento Familiar na atual situação das Políticas de Saúde no Brasil; no segundo será discutido o poder de vida e de morte imbrincado na decisão de se realizar um aborto provocado, tecendo, no terceiro tópico, a relação entre o aborto provocado e distúrbios psicossociais e a orientação acerca da anticoncepção pós-abortamento. Seguem-se, na parte final, as considerações finais e as referências.

2 O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO CONTEXTO ATUAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O planejamento familiar, como estratégia proposta pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, veio como uma resposta do governo às reivindicações femininas acerca do poder sobre o próprio corpo e a decisão de quando ser ou não mãe ou de o homem ser pai, mas também refletiam a dependência do capital internacional, posto que, rendido às instituições americanas que pressionavam por uma política antinatalista, foi criada, no Brasil, a Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar – BENFAM, apesar da resistência militar, da Igreja e do próprio Governo (ALVES, 2010; CORRÊA, 1993).

Em 1974, a política demográfica do Brasil foi divulgada oficialmente na Conferência Mundial de População em Bucareste, na qual o governo brasileiro assumiu ser esse um direito social: decidir em relação à composição familiar. Para isso, o Estado deveria divulgar informações sobre contracepção, o que, na prática, não se efetivou (ALVES, 2010). Na década de 80, o movimento de mulheres interviu em conjunto com as diversas manifestações existentes à época pelas Diretas Já, no intuito de instituir “a noção de que a assistência à



contraceção deveria compor uma política ampla de saúde reprodutiva, passando a questão reprodutiva a ser vista como decisão ética individual e um direito social" (CORRÊA, 1992 apud COELHO *et al.*, 2000, p. 41). Nesse contexto, o planejamento familiar foi, em 1988,

Art. 226º, § 7º: Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

Em 12 de janeiro de 1996, foi decretada a Lei nº. 9.263 que regulamenta o planejamento familiar no Brasil. No Capítulo I, art. 4º, dessa lei, diz que “o planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia do acesso igualitário á informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade”.

O planejamento familiar é previsto como livre decisão do casal, devendo o Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, sendo realizado na perspectiva do atendimento global e integral à saúde.

Artigo 1º. O Planejamento Familiar é direito de todo cidadão.

Artigo 2º. Para fins desta lei, entende-se Planejamento Familiar como conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Artigo 3º. O planejamento é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, do homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde (BRASIL, 1996).

Desta forma, pode-se afirmar que o planejamento familiar está ligado diretamente a uma gama de possibilidades que não se restringem apenas a decisão do casal, visto que o Estado tem o dever de propiciar recursos educacionais e científicos para fundamentar tal decisão, utilizando-se da estimulação da imprensa, da sociedade e do mercado na formação da consciência dos sujeitos, o que permite, nesse contexto, uma aproximação do planejamento familiar ao controle de natalidade.

Assim, pode-se questionar se realmente há a liberdade de escolha estipulada, pois a sociedade é quem estabelece a conscientização dos sujeitos, o que reduz esse conceito de liberdade de escolha pelo casal ao ajuste do modelo de família socialmente aceito, moldando-os não apenas à sua vontade de ter mais ou menos filhos, mas àquilo que a sociedade e o Estado esperam que façam (COAN, 2009; SILVA, 2007). Em 2005, o Ministério da Saúde lançou na mídia uma série de ações de planejamento familiar disponíveis na rede de atenção básica, onde

Preservativos masculinos e femininos e pílulas anticoncepcionais, hoje já disponíveis, serão comprados em maior quantidade pelo MS para que a distribuição atinja mais pessoas. Métodos reversíveis como o dispositivo intrauterino (DIU) e o diafragma, contraceptivos injetáveis e o de emergência (a pílula do dia seguinte) farão parte desse rol. Da lista de serviços constam métodos de fertilização (VASCONCELOS, 2005, p. 33).



Segundo Jorge Solla, em entrevista à Vasconcelos (2005), essas medidas visavam dar assistência às mulheres que, por motivo que seja, tenham se descuidado na tomada de anticoncepcionais, porém, ao analisar o histórico de implantação do programa de planejamento familiar, dentro do PNAISM, a proposta do governo não passou de simples cumprimento da lei, que era desconhecida da mídia e até mesmo dos próprios políticos.

O propósito dessa assistência foi ainda reduzir a taxa de mortalidade materno infantil, posto que as complicações pós-aborto se configuravam entre as quatro maiores causas de mortalidade materna no Brasil à época. Desta forma, fazendo-se valer da proposta inicial do PNAISM, o planejamento familiar foi mais bem estruturado e divulgado à população, dando mais acesso as informações à todas as pessoas que se dirigiam às Estratégias de Saúde da Família, levando o conhecimento através de ações realizadas na comunidade e nas escolas.

3 ABORTO NECESSÁRIO OU PROVOCADO? Uma discussão entre o poder de vida e de morte

Assim como o planejamento familiar, o aborto aparece como tema central na discussão da saúde da mulher e dos direitos sexuais e reprodutivos. Historicamente, o aborto foi considerado, entre os gauleses e romanos como uma prática que era um direito do patriarca da família, que detinha o poder de vida ou de morte sobre seus filhos. Na Grécia Antiga, Aristóteles preconizava que o aborto era uma forma de controle de natalidade eficaz. Em 1920, a União Soviética deixou de considerar o aborto como prática criminosa, enquanto outros países ocidentais adotaram políticas pró-natalistas (PINOTTI, 1997; SCHOR; ALVARENGA, 1994).

Segundo conceituação do dicionário Aurélio, aborto é “1. Expulsão de um feto ou embrião por morte fetal, antes do tempo e sem condições de vitalidade fora do útero materno. 2. Produto dessa expulsão” (FERREIRA, 2010). Pinto e Tocci (2003) apontam que a palavra aborto provém, etimologicamente, de *abortus*, que significa “ação de abortar”, transmitindo a ideia de privação do nascimento. Ainda segundo as autoras, “aborto é a interrupção intencional da gravidez, resultando a morte do nascituro ou nascente. De acordo com significado jurídico é a ‘interrupção dolosa da gravidez, com expulsão do feto ou sem ela’” (p. 57).

Bastos (1991) traz a definição de aborto como “a interrupção da gravidez antes de 20 semanas de sua evolução ou quando o produto conceptual pesa 500 gramas ou menos”. Após

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



esse período ou peso o bebê já é considerado natimorto, ou seja, o feto morre quando ainda dentro do útero ou durante o trabalho de parto, porém apresenta gestação igual ou superior a 20 semanas, estatura igual ou superior à 25cm ou peso corporal do feto igual ou superior a 500gr (BASTOS, 1991; PINTO; TOCCI, 2003; BRASIL, 2009).

Pinto e Tocci (2003) apontam ainda que dentre os diversos tipos de abortos, existem quatro tipos amplamente discutidos, não apenas em 2003, mas também atualmente, com a sugestão de ideia legislativa que visa regular a interrupção voluntária da gravidez nas primeiras 12 semanas de gestação e que tramita no senado dezembro de 2014. Estes são

- Aborto terapêutico ou necessário é aquele feito porque a gravidez põe em risco a vida da gestante;
- *Honoris causa*, honroso ou moral, que consiste em abortar o feto por ser a gestação resultante de estupro;
- Eugênico ou profilático, representando o aborto feito, pois o feto apresenta alguma anomalia grave;
- O social, que é realizado por questão de controle de natalidade (PINTO; TOCCI, 2003, p. 57).

Destes quatro acima apontados, três são previstos e reconhecidos em lei no Brasil. O aborto social não é permitido e é, na verdade, totalmente vetado pela Constituição Brasileira que o Estado aja diretamente sobre o controle de natalidade. Além destes tipos, pode-se ainda dispor o aborto em dois subgrupos: aborto espontâneo e aborto provocado, que serão as classificações utilizadas para fins desta discussão (BARINI et al., 2006; ALVES FILHO, 2006; PINTO; TOCCI, 2003).

O aborto espontâneo ocorre involuntariamente, nas primeiras semanas de gravidez, e, segundo Barini et al. (2006), pode ser classificado em quatro tipos: Primário, em que a paciente não tem parto anterior; Secundário, em que há pelo menos um parto prévio; Precoce, ocorre nas primeiras 12 semanas de gestação; e Tardio, que ocorre entre 12 e 20 semanas de gestação. Estima-se que para a ocorrência do aborto espontâneo exista a mescla de diversos fatores de causas hormonais, genéticas, anatômicas, infecciosas, ambientais, imunológicas, trombofilia e outras causas ainda desconhecidas (BARINI et al., 2006; ALVES FILHO, 2006; CAETANO et al., 2006). Os fatores imunobiológicos são os mais amplamente estudados na atualidade e tem apresentado os melhores resultados no tratamento de abortos espontâneos recorrentes.

Já o aborto provocado, como o próprio nome indica, é o aborto intencional, praticado pela própria gestante ou em clinica clandestina. Para sua realização podem ser utilizados vários métodos, sejam medicamentosos orais ou injetáveis, seja através de chás de ervas, introdução de sondas, tabletes de permanganato de potássio via intravaginal, entre outros (PINTO; TOCCI, 2003; PERES, 1997; SANTOS; BRITO, 2014). Em virtude dessas práticas



clandestinas, Coan (2009) aponta que feministas e simpatizantes da legalização do aborto defendem esta bandeira não como uma forma de evitar filhos não desejados, mas como uma forma de evitar que mulheres que decidam pela não continuidade de uma gestação tenham a possibilidade de um atendimento de qualidade, sem estarem expostas à métodos lesivos ao próprio corpo.

É comum também entre as feministas lembrarem que o aborto é problema de classe. Pois a proibição do aborto leva as mulheres a se utilizar dos métodos que podem pagar. Enquanto há clínicas de um lado, de outro há os “açougues” e o auto-aborto, neste o desespero substitui a razão e o resultado é a utilização de agulha de tricô, chás, remédios, quedas da escada (COAN, 2009, p. 45).

Nesse contexto, surgiram discussões sobre a legalização do aborto na década de 40 e que, até os dias de hoje, continuam tramitando no congresso sugestões de ideias legislativas e proposições com essa perspectiva. Segundo Rocha (2004), até a década de 90 foram apresentadas cerca de 30 proposições contemplando esse tema e a grande maioria tinha posição contrária à permissão da prática do aborto legal, posto que, segundo elas, o direito de escolha sobre o próprio corpo, ao qual as mulheres reivindicam, equipara-se à proteção do corpo que ainda está se formando.

Mas resumir o corpo feminino a um bem jurídico apenas o equiparou a outro bem jurídico protegido: o corpo em formação. Não há hermenêutica que consiga equilibrar esses bens, porque a defesa da vida (biológica) é um discurso que equipara os dois. E é dessa forma que, apesar da morte, sofrimento e desamparo de mulheres, o discurso pró-vida do feto continua com muita força (COAN, 2009, p. 46).

Corroborando com esse discurso, o Código Penal Brasileiro dispõe no artigo 124 e 128, inciso I e II, um resumo vigente até o presente momento, dizendo que é crime

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:
Pena - detenção, de um a três anos.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (BRASIL, 1940).

Pode-se afirmar que o inciso II, do artigo 128, preserva o direito da mulher de manter ou não uma gestação proveniente de uma relação não consentida, como também o direito de não lhe ser imputado o dever de cuidar de um bebê que não deseja e que reflete, concretamente, o resultado do abuso sofrido, podendo, desta forma, transferir para a criança o sentimento ruim relativo à situação pela qual foi gerada. Além de observar a possibilidade de trauma que obrigar a mulher a manter uma gestação indesejada pode causar, deve-se observar também o trauma causado pelo processo de decisão pelo aborto, da prática propriamente dita



e do período pós-aborto, o que, segundo Wanda Franz¹ (2017), Lavín e Garcia (2005), entre outros autores, classifica-se como Síndrome Pós Aborto.

4 SINDROME PÓS ABORTO E ANTICONCEPÇÃO PÓS ABORTO

O aborto provocado gera uma perturbação emocional e psicológica em algumas mulheres, ou seja, ocorre um fato traumático que abala as crenças de segurança, confiança e manutenção de vida do sujeito. A esta reação dá-se o nome de Síndrome Pós Aborto que, segundo Vilaça (2006), apresenta sinais e sintomas também relacionados à Perturbação Pós Stress Traumático, envolvendo medo intenso, sentimento de impotência ou horror. Os sintomas característicos resultantes da exposição a um trauma extremo incluem ainda uma reexperienciação persistente do evento traumático, evitamento de estímulos associados com o trauma, embotamento ou arrefecimento emocional geral e sintomas persistentes de ativação psicofisiológica (PSIMEDI, 2013).

Para fazer o diagnóstico, o quadro sintomático completo deve estar presente durante mais de um mês e a perturbação deve causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo (PSIMEDI, 2013), porém a Síndrome Pós Aborto apresenta sintomas específicos relacionados ao evento traumático (aborto), que são a negação e a supressão.

A negação e a supressão são centrais no processo, tal como o recurso a comportamentos de evitamento. A culpa é uma constante, geralmente acompanhada de vergonha, baixa auto-estima e depressão. Insônia, tristeza e desespero, reações nos aniversários, sonhos, pesadelos, revivências, são algumas das situações que podem fazer parte do Síndrome Pós Aborto. A mulher pode considerar o suicídio e frequentemente torna-se sexualmente disfuncional, por vezes incapaz de manter relações estáveis e muitas vezes dependente de substâncias químicas (VILAÇA, 2006, p. 01).

Devido às diversas alterações psicossociais e biológicas provenientes do aborto, é proposto por políticas públicas que toda mulher que ingresse no hospital devido a interrupção da gravidez, seja ela espontânea, seja provocada, deve receber acolhimento e orientação necessária para realizar o planejamento reprodutivo pós abortamento (BRASIL, 2005; VILAÇA, 2006). O Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Reprodutiva aponta que

¹ Wanda Franz é uma psicóloga do desenvolvimento e professora de desenvolvimento infantil e na Divisão sobre Família e Ciência do Consumidor em WVU, Morgantown. Ela publicou inúmeros artigos sobre Síndrome Pós Aborto e Adolescentes e abortos. Dr. Franz tem falado sobre aborto e eutanásia nos EUA e por todo o mundo. (Nota do Autor)



As orientações devem começar por informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata após o abortamento e que, portanto, se for o desejo da mulher, a anticoncepção deve ser iniciada também de imediato, ainda que relate não desejar, tão logo, ter relações sexuais. A experiência mostra que a possibilidade do abortamento se repetir é maior justamente entre as que acham que não estarão expostas à gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente. Esse maior risco deve ser comunicado às mulheres atendidas por abortamento para motivá-las a se proteger contra a gravidez não desejada (BRASIL, 2005).

Assim, deve-se oferecer todas as informações possíveis sobre os métodos contraceptivos disponíveis, orientar sobre sua utilização e eficácia. Além disto, deve-se orientar a mulher sobre o planejamento não apenas na prevenção de uma gestação, mas também para uma nova gravidez, caso deseje. Deve-se orientar ainda o acompanhamento psicológico, tendo em vista que, como apontam Robinson, Baker e Nackerud (1999), a experiência do abortamento subjaz-se ao processo de luto e perda, gerando diversos níveis de sofrimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se, a partir da discussão aqui traçada, que existe a necessidade de se pensar se o termo planejamento familiar engloba, de fato, o que o programa propõe como estratégias para a sociedade e se está alcançando as prerrogativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e as necessidades demandadas pelas usuárias do Sistema Único de Saúde.

São diversas as reações psicossomáticas que o aborto pode causar na mulher, portanto percebe-se a necessidade do acompanhamento multidisciplinar no período pós-aborto, dando o apoio necessário para auxiliar no processo de luto ocasionado pelo aborto, seja ele espontâneo ou provocado. Apesar de estar previsto em diversos manuais do Ministério da Saúde o direito da mulher de receber acolhimento pós-aborto, nota-se ainda que este ainda não acontece de forma satisfatória, seja pela marca de reprovação que a prática do aborto carrega em si, pelo trauma ou sofrimento que causa na mulher ou mesmo pelo despreparo da equipe de saúde no atendimento destes casos.

Percebe-se ainda a necessidade de maior divulgação sobre a real premissa do Programa de Planejamento Familiar no planejamento reprodutivo, na prevenção de gravidezes indesejadas e na redução dos índices de aborto provocado registrados atualmente.



REFERÊNCIAS

- ALVES, J. E. D. O planejamento familiar no Brasil [recurso eletrônico]. **Eco Debate**. 2010. Disponível em <https://www.ecodebate.com.br/2010/06/01/o-planejamento-familiar-no-brasil-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>.
- ALVES FILHO, M. Aborto espontâneo tem alterações imunológicas como principal fator. **Jornal da UNICAMP**. Universidade Estadual de Campinas. 18 a 24 de dezembro de 2006. Disponível em http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/jornalPDF/ju348pg08.pdf
- BARINI, R. et all. Revisão sobre as Diferentes Etiologias no Aborto Espontâneo Recorrente. **Femina**. v. 34, n. 8, 2006. Disponível em http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_34-8-533.pdf
- BASTOS, A.C. (editor). **Noções de ginecologia**. 8ed. São Paulo: Atheneu, 1991.
- BHERING, M. J. História do planejamento familiar: uma área dos estudos históricos da saúde a ser valorizada. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 224-226, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n1/0104-5970-hcsm-23-1-0224.pdf>.
- BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- _____. **Lei Federal nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, de 15/01/1996, P. 561.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 98 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf
- CAETANO, M.R. et al. Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. **Rev Ciênc Méd**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 47-53, 2006. Disponível em <https://www.abortorecorrente.com.br/pdf/p06.pdf>.
- COAN, V. **Poderes de vida e de morte**: planejamento familiar e aborto. 2009. 53p. Monografia de Conclusão do Curso de Direito. Centro de Ciências Jurídicas. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Orientadora: PHILIPPI, Jeanine Nicolazzi. Disponível em <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/33908-44569-1-PB.pdf>

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



COELHO, E. A. C. *et al.* O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Rev.Esc.Enf.USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 37-44, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a05.pdf>.

CORRÊA, S. PAISM: uma história sem fim. **REBEP**, Campinas, v. 10, n. 1/2, 1993. 10 p. Disponível em https://www.rebep.org.br/revista/article/view/488/pdf_463.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p. ISBN 978-85-385-4198-1.

FONSECA, A. M.M. **Família e política de renda mínima**. São Paulo: Cortez, 2001.

FRANZ, W. **O que é Síndrome Pós-Aborto?**. 2017. Disponível em: <http://aborto.aaldeia.net/sindrome-pos-aborto/>

LAVÍN, G.; GARCÍA, Z. Caracterización diagnóstica del síndrome postaborto. **Actas Españolas de Psiquiatria**, v. 33, n. 4, p. 267-272, 2005. Disponível em <http://www.hazteoir.org/sites/default/files/upload/Categorizaci%C3%B3n%20diagn%C3%B3stica.pdf>

PERES, A. Aborto na adolescência. **Rev Claudia** v. 6, n. 4, p. 6-12, 1997.

PINOTTI, J. A. **Aborto provocado: Um debate necessário**. Brasília: Fundação Pedrosa Horta, 1997. 22p

PINTO, A. P.; Tocci, H. A. O aborto provocado e suas consequências. **Rev Enferm UNISA**, v. 4, p. 56-61, 2004. Disponível em <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-13.pdf>

PSIMEDI, **Perturbação Pós Stress Traumático**. Disponível em <http://www.psimedi.com/index.php/material-didatico/25-perturbacao-pos-stress-traumatico>.

ROBINSON, M.; BAKER, L.; NACKERUD, L. The relationship of attachment theory and perinatal loss. **Death Studies**, v. 23, n. 3, p. 257-270, 1999. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10848154>

ROCHA, M. I. B. da. Planejamento Familiar e Aborto: discussões políticas e decisões no Parlamento. **XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP. Minas Gerais, 2004. Disponível em <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/32309-38719-1-PB.pdf>

RODRIGUES, G. de C. **O DILEMA DA MATERNIDADE**. 1 ed. São Paulo: Annablume, 2008. 284 p. ISBN 9788574198422

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. **Saúde Sociedade**, v.17, n. 2, p.107-119, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011

SANTOS, D. L. A. dos S.; BRITO, R. S. de. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1293-1313, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01293.pdf>

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



SCHOR, N.; ALVARENGA, A. T. O Aborto: um resgate histórico e outros dados. **Rev Bras Cresc e Desenv.** v. 4, n. 2, p. 7-12, 1994. Disponível em <http://www.journals.usp.br/jhgd/article/download/38134/40867>

SILVA, E. da. **O planejamento familiar na perspectiva feminina.** Franca: UNESP, 2007. Dissertação – Mestrado – Serviço Social – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP. 2007. Disponível em http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/Dissertacoes/Dissertacao_-_EdSilva.pdf

VASCONCELOS, W. SUS no Planejamento Familiar. **Radis**, v. 33, p. 33, 2005. Disponível em www.ensp.fiocruz.br/radis

VILAÇA, M. J. Síndrome Pós Aborto. **Rev Alameda Digital**, ano 1, nº 4, 2006. Disponível em http://www.alamedadigital.com.pt/n4/pdf/sindrome_pos_aborto.pdf