

## Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática

Abortion and stigma:  
an analysis of the scientific literature on the theme

Leila Adesse<sup>1</sup>  
Claudia Bonan Jannotti<sup>1</sup>  
Katia Silveira da Silva<sup>1</sup>  
Vania Matos Fonseca<sup>1</sup>

**Abstract** *This article analyzes the scientific output on abortion and social stigma and the potential of the stigma category for abortion care in Brazil. An integrative review of publications on scientific databases without a time limit was conducted. Sixty-five publications with the social representations of women who had an abortion and the professionals who attended them were analyzed. The obstacles to the implementation of abortion laws and the protocols and norms that facilitate access to quality services care was explored. The conceptual relevance of Erving Goffman was a key element for the understanding of the gender transgression stereotypes, the imperative of motherhood, sexual purity, which tarnishes women who have abortions as inferior, damaged, promiscuous, sinful and murderous. Groups most affected by stigmatization were identified, namely women having an abortion and health professionals. Female conflicts due to the duality of concealing/revealing their abortions, the professional's conscientious objection and the obstacles facing the implementation of public policies emerged from the study. Reflecting on the role of stigma may interfere in the cycle of clandestine abortion and contribute to the (re)design of interventions that help to reduce damage to the sexual and reproductive health of women.*

**Key words** *Abortion, Social Stigma, Health care*

**Resumo** *O artigo objetiva analisar a produção científica sobre aborto e estigma social e o potencial da categoria estigma para estudos sobre a assistência ao abortamento no Brasil. Utilizou-se o método de revisão integrativa de publicações das bases científicas, optando por não estabelecer limite temporal. Analisou-se 65 publicações com as representações sociais de mulheres que abortam e de profissionais que as atendem; exploram os obstáculos para a implementação das leis do aborto e dos protocolos e normas que facilitariam o acesso a serviços de qualidade. A relevância conceitual de Erving Goffman somou-se a compreensão sobre a transgressão dos estereótipos de gênero, o imperativo da maternidade, a pureza sexual, que marca as mulheres que abortam como seres inferiores, deteriorados: promíscuas, pecadoras, assassinas. Identificaram-se grupos mais afetados pela estigmatização: mulheres em abortamento, profissionais de saúde. O conflito feminino pela dualidade ocultar/revelar seus abortamentos, a objeção de consciência de profissionais e os obstáculos na implementação de políticas públicas emergiram dos trabalhos. A reflexão sobre o papel do estigma pode interferir no ciclo do aborto clandestino e contribuir para o (re) desenho de intervenções que apoiem a redução de danos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.*

**Palavras-chave** *Aborto, Estigma social, Assistência à saúde*

<sup>1</sup> Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. 22250-020 Rio de Janeiro RJ Brasil. leila.adesse@gmail.com

## Introdução

Há por parte da comunidade internacional um claro entendimento da necessidade de incluir, nas políticas públicas, medidas para redução da mortalidade materna por aborto inseguro. Os esforços de diferentes organismos internacionais para ampliar o acesso a serviços de atenção pós-abortamento e apoiar a revisão das leis que incriminam as mulheres que abortam e os profissionais de saúde que prestam atendimento têm esbarrado em múltiplos obstáculos – um desses é o estigma<sup>1</sup>.

As análises conceituais sobre o estigma em situações ligadas à saúde têm atraído atenção de pesquisadores e profissionais pelo fato deste contribuir como um fardo oculto e influenciar a efetividade do cuidado, tornando-se um problema de saúde pública. O trabalho pioneiro de Erving Goffman<sup>2</sup> abordou o estigma associado a doenças incapacitantes, distúrbios mentais e doenças infecto-contagiosas. A concepção do estigma como um atributo meramente físico tem, progressivamente, sido revista e ampliada, movendo-se do nível individual para uma raiz mais social. Transcendendo a ideia de uma “marca” física e visível, duas perspectivas analíticas se destacam: nos estudos sociológicos e antropológicos refere-se ao processo inerente à interação social estabelecida pelo estigmatizado e por quem estigmatiza através de categorias como rotulação, status social, desviante e normal; nas perspectivas mais psicológicas atribuindo-se uma maior ênfase a processos psicossociais e reações sociais preconceituosas<sup>3</sup>. Em função dessa ampliação teórica do conceito, em 2011, quando o *Medical Subjects Headings* (MeSH) cria um descritor com a palavra “estigma”, este é definido como “social stigma”. No presente trabalho, os termos estigma e estigma social serão utilizados de modo indiferenciado, mas sempre ancorados em perspectivas teórico-analíticas interdisciplinares que vêm do campo das ciências sociais e humanas.

Pesquisas no âmbito do HIV/AIDS têm demonstrado a utilidade da categoria estigma social para análises críticas da prática clínica, promovendo novos conhecimentos sobre o cuidado e mudanças de atitudes e compromissos éticos dos profissionais e gestores de saúde<sup>4</sup>. Artigos que analisam a assistência às mulheres em abortamento nos serviços públicos brasileiros têm demonstrado que elas primam pela baixa qualidade, maus tratos e discriminações<sup>5</sup>. Adicionalmente, muitas das denúncias contra mulheres que praticaram aborto inseguro são feitas por profissionais de saúde, tornando-se uma barreira ao acesso aos cuidados.

O objetivo deste artigo é analisar a produção científica sobre *aborto e estigma social* e discutir o potencial da categoria estigma para os estudos sobre os processos de assistência às mulheres em situação de abortamento, em nosso país.

## Materiais e métodos

Utilizou-se o método de revisão integrativa<sup>6</sup> com o levantamento de trabalhos nas bases de dados Science Direct Scopus (Scopus), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Medical Literature Analysis and Retrieval System (Medline) – essas duas últimas, por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Optou-se por analisar somente trabalhos publicados em periódicos indexados como artigos, notas, revisões e editoriais. Foram incluídos trabalhos em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Nenhum estudo em francês foi encontrado. Optou-se por não estabelecer limite temporal à pesquisa e o levantamento dos trabalhos estendeu-se até 30 de agosto de 2014.

O critério de busca foi a combinação dos termos “aborto” e “estigma social” (usado como descritor e palavra chave), em português e inglês, com o operador booleano *and*. Foram excluídos trabalhos cujas áreas ou assuntos principais não eram relacionados ao tema estudado.

Selecionamos 165 publicações (113 no Scopus e 52 no Medline). Após a eliminação das duplicatas, chegou-se a 108. Com a leitura dos resumos, foram excluídos 39 trabalhos não correlatos à temática, constituindo uma seleção de 69 artigos. Após a leitura na íntegra, quatro foram excluídos por tratarem o tema do aborto marginalmente, e 65 publicações compuseram o corpus do estudo. A Figura 1 apresenta esquematicamente as fases da revisão bibliográfica.

## Resultados e discussão

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos trabalhos segundo o ano de publicação, a região geográfica onde foram realizados, os perfis profissionais dos primeiros autores e a nacionalidade das instituições de origem.

O levantamento das publicações sem restrição temporal permitiu a observação da evolução da série histórica. O primeiro artigo encontrado é de 1972, o segundo é de 1984, e a temática reaparece somente em 1999, em dois artigos. De 2002 a 2010, foram selecionados vinte e quatro artigos e entre 2011 e 2014, houve uma proliferação dos estudos sobre aborto e estigma, com



**Quadro 1.** Características dos artigos sobre estigma e aborto no período de 2011-2014.

<b>Autor e Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de pesquisa/ Método</b>	<b>Objeto/Objetivo de Estudo</b>
Cook R, Dickens BM, 2014 <sup>7</sup>	Reducing stigma in reproductive health	Qualitativa /Análise conceitual	Examinar o papel das leis e das Instituições no estigma do aborto
Lamas M, 2014 <sup>8</sup>	Between the stigma and the law	Qualitativa	Identificar as lacunas na implementação de leis e políticas de saúde reprodutiva
Faundes et al., 2013 <sup>9</sup>	Conscientious objection or fear of social stigma?	Qualitativa/ Análise conceitual	Examina a objeção de consciência como reação do profissional de temer a estigmatização
Kumar A, 2013 <sup>10</sup>	Everything is not stigma	Análise conceitual	Analisar as pesquisas qualitativas e a “explosão” conceitual do estigma
Cockrill K, Nock A, 2013 <sup>11</sup>	I'm not that type of person. Managing the Stigma of having an abortion	Pesquisa com dados secundários	Estudar os efeitos da estigmatização para as mulheres que abortam
Cockrill K et al., 2013 <sup>12</sup>	Stigma of abortion: Development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma	Qualitativa	Desenvolver e aplicar uma escala para tipificar o estigma individual
Payne CM et al., 2013 <sup>13</sup>	Why women are dying from unsafe abortion: narratives of Ghanaian abortion providers	Qualitativa	Estudar os efeitos do estigma para profissionais de saúde
Norman WV et al., 2013 <sup>14</sup>	Barriers to rural induced abortion services in Canada: findings of the British Columbia Abortion Providers	Qualitativa	Identificar as barreiras institucionais e dos profissionais na assistência
Dressler J, 2013 <sup>15</sup>	The Perspective of rural physicians providing abortion in Canada: qualitative findings of the BC Abortion Providers Survey (BCAPS)	Qualitativa	Estudar os efeitos da estigmatização para profissionais de saúde
Khan A, 2013 <sup>16</sup>	Induced abortion in Pakistan: community based research	Revisão de pesquisas qualitativas	Prover um perfil das mulheres que abortam, identificar suas razões e condições do aborto
Umuhoza C et al., 2013 <sup>17</sup>	Advocating for safe abortion in Rwanda: How young people and the personal stories of young women in prison brought about change	Qualitativa	Analisar estratégias políticas (advocacy) para revisão da lei do aborto

continua

Quadro 1. continuação

Autor e Ano	Título	Tipo de pesquisa/ Método	Objeto/Objetivo de Estudo
Culwell KR, Hurwitz M, 2013 <sup>18</sup>	Addressing Barriers to safe abortion	Análise conceitual	Avaliar o impacto do aborto na mortalidade materna; barreiras e estigma
Harris LH et al., 2013 <sup>19</sup>	Physicians, abortion provision and the Legitimacy paradox	Reflexão conceitual	Discutir os conflitos do profissional na assistência ao aborto e o estigma de colegas de profissão e pela sociedade
Smith S, 2013 <sup>20</sup>	Reproductive health and the question of abortion in Botswana: a review	Qualitativa	Analisar o estigma segundo a abordagem de gênero e fatores sócio-culturais
Astbury-Ward E et al., 2012 <sup>21</sup>	Stigma, Abortion, and Disclosure-Findings from a Qualitative Study	Reflexão conceitual	Analisar os grupos afetados pelo estigma em consequência da revelação do aborto
Harris LH, 2012 <sup>22</sup>	Stigma and abortion complications in the United States	Reflexão conceitual	Analisar em profundidade dois casos de assistência prestada por profissionais como estratégia de <i>advocacy</i>
Tong W et al., 2012 <sup>23</sup>	Exploring pregnancy termination experiences and needs among Malaysian women: A qualitative study	Qualitativa	Identificar necessidades das mulheres que abortam para apoiar implementação de políticas públicas
Banerjee SK et al., 2012 <sup>24</sup>	Woman-centered research on access to safe abortion services and implications for behavioral change communication interventions: A cross-sectional study of women in Bihar and Jharkhand, India	Quantitativo epidemiológico seccional	Analisar experiências de mulheres para acessar assistência ao aborto e apoiar campanhas de mídia para mudanças de atitude da sociedade
De Zordo S, 2012 <sup>25</sup>	Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologista-obstetras trabalhando em 2 maternidades em Salvador, Bahia	Qualitativa	Analisar as narrativas de conflitos dos profissionais na assistência ao aborto legal e provocado
Shellenberg KM, Tsui AO, 2012 <sup>26</sup>	Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the US USA: an exploration by race and Hispanic ethnicity	Quantitativo epidemiológico seccional	Estimar o estigma percebido e internalizado pelas mulheres que abortam e a relação com raça/etnia
McMurtie SM, García S, 2012 <sup>27</sup>	Public opinion about abortion-related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion	Qualitativo	Analisar a representação social do aborto entre mulheres e homens de religião católica

continua

Quadro 1. continuação

Autor e Ano	Título	Tipo de pesquisa/ Método	Objeto/Objetivo de Estudo
Levandowski BA et al., 2012 <sup>28</sup>	Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: the role of stigma	Qualitativo	Analisar a percepção e mitos de mulheres e homens sobre anticoncepção e aborto
Hosseini-Chavosshi M et al., 2012 <sup>29</sup>	Social and psychological consequences of abortion in Iran.	Qualitativo	Analisar a morbimortalidade do aborto segundo aspectos sociais
O'Donnell J et al., 2011 <sup>30</sup>	Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work	Reflexão conceitual	Profissionais e superação do estigma
Gipson JD et al., 2011 <sup>31</sup>	Perceptions and practices of illegal abortion among urban young adults in the Philippines: A qualitative study	Qualitativa	Identificar os relatos de jovens na busca por aborto clandestino
Harris LH et al., 2011 <sup>32</sup>	Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers Share Workshop	Qualitativo	Identificar os relatos de estigma de profissionais de saúde na assistência ao aborto
Harris LH, Grossman D, 2011 <sup>33</sup>	Confronting challenge of unsafe second- trimester abortion	Análise conceitual	Analisar conflitos éticos dos profissionais de saúde nos casos de aborto no 2º trimestre de gestação
Shellenberg KM et al., 2011 <sup>34</sup>	Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study	Qualitativa Multicêntrico	Comparar a percepção de mulheres sobre estigma na revelação do abortamento
Tsui AO et al., 2011 <sup>35</sup>	Managing unplanned pregnancies in five countries: Perspectives on contraception and abortion decisions	Qualitativa Multicêntrico	Analisar a percepção de mulheres sobre contracepção e aborto
Palomino N et al., 2011 <sup>36</sup>	The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru	Qualitativa	Analisar a percepção das mulheres sobre gravidez indesejada e aborto
Omidey AK, 2011 <sup>37</sup>	Contraceptive practice, unwanted pregnancies and induced abortion in Southwest, Nigeria	Qualitativa	Analisar a percepção das mulheres sobre gravidez indesejada e aborto
Rodríguez JV et al., 2011 <sup>38</sup>	Public Opinion on Abortion in Eight Mexican States amid Opposition to Legalization	Pesquisa de opinião	Comparar a percepção da população de oito estados sobre a reforma legal no México, DF

continua

Quadro 1. continuação

Autor e Ano	Título	Tipo de pesquisa/ Método	Objeto/Objetivo de Estudo
Bateman C, 2011 <sup>39</sup>	Abortion practices undermining reformist laws – experts	Nota analítica	Apresentar as barreiras para implementar a lei recém revisada
Norris A et al., 2011 <sup>40</sup>	Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences	Análise conceitual	Conceituar e listar os elementos da estigmatização
Chelstowska A, 2011 <sup>41</sup>	Stigmatization and commercialization of abortion services in Poland: Turning sin into gold.	Analítico	Discutir a vinculação entre restrições legais e a privatização da atenção ao aborto
Lipp A, 2011 <sup>42</sup>	Stigma in abortion care: Application to a grounded theory study	Analítico	Discutir o estigma na prática da enfermagem obstétrica como “dirty work”

cial relacionada ao aborto; o segundo coloca em foco os indivíduos e/ou grupos afetados, analisando suas experiências, percepções e práticas; o terceiro discute lacunas entre as leis e as práticas assistenciais.

a) A discussão conceitual sobre estigma

Na literatura que se debruça na discussão conceitual sobre aborto e estigma<sup>7,8,10,11,30,32,34,40,42</sup> é marcante a relevância dos estudos de Erving Goffman, principalmente de sua publicação *Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*<sup>2</sup>. Desde essa perspectiva analítica, trabalha-se a proposição de que nos processos estigmatizantes os indivíduos são marcados por desgraça, vergonha e até mesmo repugnância, e o estigma estraga ou mancha suas identidades sociais, com o consequente efeito de excluí-los e descredita-los. As modalidades de estigma propostas por Goffman – as provenientes de deformidades corporais, as marcas de caráter e o estigma tribal – são revisitadas nos estudos analisados<sup>2</sup>. As duas primeiras situações podem estar associadas à mulher que engravida (as transformações corporais) e aborta (o caráter desnaturado da recusa da maternidade), e o estigma tribal institui a ideia de um coletivo de mulheres malditas: mães e esposas más e egoístas<sup>11</sup>. Outro artigo<sup>42</sup> trabalha com as dimensões analíticas de “auto-estigma” ou “estigma sentido”, discutindo que o descrédito no caso de aborto provém de duas

fontes: de um lado, da própria mulher que aborta que internaliza os preconceitos da sociedade; de outro lado, o estigma imputado pelo outro, cujas atitudes estigmatizam a mulher. O estigma opera um imaginário das mulheres que abortam como possuidoras de atributos e características que as tornam diferentes dos outros, desvalorizando-as ou depreciando-as aos olhos dos outros e da sociedade, ou seja, portadoras de uma “identidade deteriorada”<sup>10-12,25,26,31-34,40-44</sup>.

O estigma relacionado ao aborto é largamente reconhecido, mas pouco teorizado e pesquisado<sup>40,44</sup>. As autoras argumentam que, embora seja um fato generalizado, a produção social do estigma é local e varia segundo as estruturas de desigualdades de poder; ressaltam a importância de considerar as normas sexuais e reprodutivas em seu contexto e compreender, em cada situação, como a transgressão dos estereótipos de gênero – o imperativo da maternidade, a pureza sexual feminina, o instinto de cuidar de outros – marca as mulheres como seres inferiores, deteriorados: promíscuas, pecadoras, sujas, assassinas. Sugerem que o estigma relacionado ao aborto é produzido, reproduzido e manifestado e deve ser analisado em diferentes níveis: no plano individual e das relações interpessoais e comunitárias, no plano das políticas governamentais e do sistema jurídico legal, no plano das macroestruturas econômicas e dos discursos culturais, entre outros.

Trabalhos<sup>45</sup> sobre o conceito de estigma aplicado a outros temas de saúde – como HIV/AIDS e doenças mentais – também são referenciados para autores que discutem estigma e aborto<sup>30,34,40,44</sup>. Seguindo esses autores, Kumar et al.<sup>44</sup> tematizam a natureza relacional do estigma e seu processo de produção: *rotulação* (as diferenças são identificadas e rotuladas); *estereotipagem* (crenças culturais dominantes associam os indivíduos rotulados a características negativas); *separação* (pessoas rotuladas são classificadas em categorias, que separam o “nós” e o “eles”); e *discriminação* (pessoas rotuladas experimentam perda de status, rejeição, exclusão e discriminação).

Alysson Lipp<sup>42</sup> afirma que toda sociedade tem expectativas e projeções sobre seus membros, delineando o que Goffman<sup>2</sup> chamou de *identidade virtual*. O aborto é estigmatizado porque viola projeções ideais do feminino e contraria normas sexuais e reprodutivas. Tecnologias médicas reforçam essas idealizações, como o ultrassom, por exemplo, ao atribuir personalidade ao feto e à mulher grávida o estatuto de “mãe”<sup>46</sup>.

Alguns textos<sup>11,26,30,34,44</sup> detalham o componente psicológico e relacional do estigma ao aborto, em que o estigma perpassa a forma como indivíduos percebem a si e aos outros. As reações negativas identificadas/percebidas/presumidas nos outros pode influenciar as decisões quanto a revelar ou ocultar a situação estigmatizada, criar conflitos nos relacionamentos afetivos, impactar a saúde física e mental da pessoa e/ou atrasar ou evitar cuidados de saúde. Seguindo a conceitualização de Link et al.<sup>47</sup>, Schellenberg e Tsui<sup>26</sup> analisam o estigma em três dimensões: *estigma percebido*, refere-se a percepção da mulher sobre ideias e sentimentos que terceiros têm sobre o aborto ou sobre a maneira que reagiriam sabendo que ela fez ou tem intenção de fazê-lo; o *estigma experimentado*, refere-se a sofrer rejeição, discriminação ou outro prejuízo por causa das reações negativas dos outros – profissionais, parentes, amigos, vizinhos – ao saberem que a mulher realizou ou planeja realizar um aborto; o *estigma internalizado*, refere-se à incorporação de percepções, crenças e atitudes dos outros que são negativas para a sua autoavaliação, resultando em diminuição da autoestima ou sentimentos de culpa ou vergonha. O estigma refere-se à forma como indivíduos percebem os outros e o quanto as reações negativas identificadas (percebidas) nos outros pode atrasar ou evitar cuidados de saúde.

#### b) Indivíduos e grupos afetados

Três são os grupos afetados pelo estigma<sup>40</sup>: (1) mulheres que abortam, (2) profissionais de saúde que prestam atenção ao aborto, e (3) os

apoiadores das mulheres, como parceiros, familiares, amigos, defensores do aborto.

As informações sobre os efeitos do estigma relacionado ao aborto não são apreendidas em relatórios oficiais dos governos que, quase sempre, apresentam dados objetivos sobre mortalidade materna e outros temas de saúde da mulher, mas omitem as vozes e as experiências das mulheres. Porém, resultados apresentados nesta revisão apontam as experiências das mulheres e dos profissionais de saúde e refletem sobre o estigma do aborto, inclusive com estudos comparativos de diferentes países.

A dualidade calar/revelar sobressaiu na análise de vários estudos, que recuperam a discussão de Goffman<sup>2</sup> sobre estigma e visibilidade: de um lado, estão os estigmas que são imediatamente visíveis para os outros e, de outro, aqueles que são invisíveis, a menos que sejam revelados, sendo estes últimos adjetivados como estigmas “concedíveis”; eles não tornam o imediatamente desacreditado, mas “desacreditável”. Esse é o caso do aborto, cuja visibilidade depende da dinâmica segredo-revelação.

O estigma envergonha e faz calar quem decide interromper uma gravidez, bem como os prestadores da assistência<sup>11,48</sup>. A revelação do aborto ou da intenção de fazê-lo pode criar conflitos e a consciência disso pode influenciar a decisão da mulher sobre contá-lo ou não ao parceiro, à família, a amigos e ao profissional de saúde o acontecido<sup>25,26,49</sup>.

Major e Gramzow<sup>49</sup> identificaram que, para as mulheres que abortam a necessidade de manter segredo a este respeito era um motivo de sofrimento psicológico. Dez anos mais tarde, Kumar et al.<sup>44</sup> descrevem este silêncio como um verdadeiro ciclo vicioso: poucas mulheres revelam que fizeram um aborto; ideias padronizadas sobre o aborto como algo “raro” e “desviante” são reforçadas; incrementa-se a discriminação da prática de aborto; o medo da estigmatização aumenta e faz com que as mulheres se sintam pouco seguras para revelar que fizeram um aborto.

Também Harris<sup>22</sup> enfatizou que o estigma pode levar uma mulher a manter sua decisão de abortar reservada para não macular seu status pessoal e preservar-se como uma pessoa “sem marca”. Shellenberg et al.<sup>34</sup> aponta o dilema das mulheres quanto à revelação de seus abortos atuais ou passados como um nó crítico em suas trajetórias de vida: uma em três mulheres que abortam antecipa um possível estigma, evita falar a respeito e vivencia a decisão de abortar como processos solitários em relação aos parceiros afetivos ou a familiares.

Rossier<sup>50</sup>, no artigo “Aborto: um segredo aberto?” se pergunta como as mulheres mantêm em segredo o aborto? E o que propiciaria a elas revelá-lo? Com uma reflexão sociológica sobre o sigilo, a autora considera que este fornece um véu por trás do qual os atos proibidos, as violações legais, a ineficiência e a corrupção são ocultados. No caso dos abortos, o silêncio não seria apenas o ocultamento de uma transgressão legal ou da realização de algo proibido, mas também uma estratégia para contornar conflitos de valores, julgamentos dos outros e processos de (auto) estigmatização e se manter dentro da ordem social estabelecida. Dois terços das mulheres da pesquisa<sup>26</sup> tinham a convicção de que seriam vistas pelas pessoas de seu convívio de um modo diferente se soubessem sobre seus abortos e mantinham-no sob segredo como um preventivo de estigmas. As mulheres com intuito de preservar sua imagem, ao abortar, buscam serviços clandestinos em locais cada vez mais distantes de sua moradia<sup>51</sup>.

Em culturas asiáticas<sup>23,28</sup> e africanas<sup>37,52</sup>, o estigma do aborto relaciona-se a padrões culturais tradicionais que condenam a interrupção da gravidez fruto de relações sexuais pré ou extramarital. A perda fetal espontânea e a morte neonatal são ambos sinônimos de aborto, e a mulher é julgada como frágil<sup>52</sup>. Em diferentes contextos<sup>20,23,28,29</sup> não são as leis o fator de maior limitação, mas questões culturais religiosas e espirituais. No silêncio das que abortam, além das implicações emocionais de medo e culpa, sobressai o pecado como peso da condenação religiosa<sup>37</sup>.

Em estudos com grupos focais com mulheres adultas<sup>35,36</sup>, narrativas de jovens<sup>53-55</sup> e outros populacionais com dados da Índia e Cuba<sup>56,57</sup> foram ressaltadas a percepção sobre aborto e suas implicações socioculturais como determinantes do estigma.

Ainda no campo psicológico, o processo de internalizar ou de lidar com uma discriminação pode impactar diretamente a pessoa em sua autopercepção e levar à insegurança e à depressão<sup>26,40,43</sup>. Com sentimentos de culpa, as mulheres vivenciam o aborto como uma “marca de caráter”<sup>11</sup>. Opostamente, em países onde os direitos individuais são mais prezados, como a Austrália, a vivência do aborto pode ter expressão positiva: as mulheres sentem-se com autonomia e competência suficiente para decidir sobre interromper ou não uma gravidez<sup>58</sup>.

Entre os autores que se dedicaram a teorizar os efeitos do estigma do aborto vivenciados pelos profissionais de saúde, destacam-se os trabalhos de Lisa Harris et al. que discutem o “paradoxo da legitimidade”: profissionais que realizam o

procedimento dentro de marcos legal, apesar de capacitados e legitimados, são vistos, inclusive pelos colegas, como desviantes, desqualificados, ilegítimos<sup>19</sup>. Esses e outros pesquisadores<sup>19,30,59</sup> atualizam as concepções de Hughes que denominou de “trabalho sujo”, trabalhos estigmatizados como cozeiro, lixeiro e outros; seus praticantes – os “trabalhadores sujos” – executariam funções socialmente necessárias, mas consideradas tarefas materialmente repugnantes, socialmente degradantes ou moralmente duvidosas. Igualmente, os médicos envolvidos na atenção ao abortamento são considerados de menor qualificação técnica, “açougueiros”, e o descrédito e a depreciação passam a ser a tônica quando se refere às práticas destes<sup>18,19,40</sup>. A dinâmica do estigma do aborto como “trabalho sujo”, pode estar relacionada, por um lado, ao contato físico com a genitália feminina e o sangue e partes fetais – como se os profissionais estivessem “maculados”; por outro lado, ao trato direto com uma pessoa estigmatizada, a mulher que aborta sobre a qual pesa uma mácula moral, possuidora de uma natureza desvirtuada, uma identidade deteriorada<sup>42</sup>. Para os profissionais, o desafio torna-se ainda maior quando estão envolvidos na atenção a abortos do segundo trimestre de gestação<sup>33</sup>.

Na literatura sobre estigma e aborto, há análises sobre a recusa do atendimento por objeção de consciência. Refere-se às crenças morais (culturais, religiosas) de cada um e associada a uma recusa de cuidados. Em certos cenários pode haver abusos na utilização da figura jurídica da objeção de consciência por medo de uma estigmatização pessoal<sup>9</sup>. Por igual motivo, os prestadores de serviços de aborto legal podem ser dissuadidos de anunciarem-se publicamente como tal, e adotarem eufemismos e serem conhecidos como “profissionais da saúde da mulher”<sup>27</sup>. Entretanto, outros estudos refutaram as suposições de que profissionais evitariam prestar assistência por temerem reações de discriminação, violência ou assédio: há relatos de manifestações afirmativas por parte dos profissionais que prestam assistência à mulher que aborta, que consideram ser seu dever ético atender a essa população<sup>14,15,18</sup>. Os obstáculos à integração do aborto à prática médica seriam de outras ordens: o *acesso limitado aos serviços* por falta de profissionais treinados, desinformação das mulheres e barreiras administrativas (consentimento do marido, assinatura de vários médicos); a *baixa qualidade da atenção* por uso de tecnologias antiquadas como a curetagem e a falta de misoprostol, e atitudes hostis dos provedores; o *ensino tecnicista* com capacitação carecendo de espaços pedagógicos para revisão de

mitos e valores sobre aborto; o *quadro legal restritivo* que influencia no número de abortos inseguros; e o *estigma* que, por associar sentimentos de culpa, vergonha e segredo, amplia as barreiras para a busca e a prestação dos serviços.

Um conjunto de publicações<sup>30,51,60</sup> discorre sobre estratégias de alívio de tensões e pressões sofridas pelos profissionais que assistem as mulheres que abortam. Apontam que os indivíduos vulneráveis podem evitar, resistir, ou transformar o processo de estigmatização, ao empregarem técnicas de *reenquadramento* (alterar significados), *calibragem* (dar pesos distintos a certas práticas do trabalho) e de *desfocagem* (destacar os aspectos positivos do trabalho) e, assim, produzir espaços “seguros” para a manutenção de uma identidade profissional positiva. Aqueles que superaram os limites do silêncio imposto pelo receio de serem estigmatizados, sentem-se como que “saíndo do armário”, em alusão ao movimento de direitos dos gays<sup>30</sup>. A percepção dos “profissionais de consciência” de que estão comprometidos em fazer o melhor pelas mulheres, seria um exemplo de superação dos temores do estigma<sup>19</sup>.

Para apoiar as mulheres em suas experiências de aborto, Littman et al.<sup>43</sup> consideram a necessidade de se construir nos serviços uma ‘cultura de suporte’, com reflexão das questões socioculturais. Orientações para o uso autônomo dos comprimidos de misoprostol seria uma forma de empoderamento: a biotecnologia contribuindo para uma transição dos sentimentos das mulheres, do medo à segurança<sup>8,33</sup>. Quando o enfoque psicológico está associado ao técnico na assistência, os profissionais de saúde podem contribuir para reverter os sentimentos de isolamento daquelas mulheres que abortam e que percebem atitudes sociais negativas dirigidas a elas<sup>21</sup>.

Uma revisão<sup>61</sup> aborda práticas pedagógicas para lidar com os aspectos emocionais de diferentes temas de saúde e estigma, consideradas adaptáveis para apoiar mulheres estigmatizadas pelo aborto, enfatiza os efeitos positivos das técnicas de aconselhamento através de internet, do telefone e de espaços presenciais para troca de vivências.

#### c) Lacunas entre leis e práticas

Um grupo de artigos<sup>7-9,13,23,18,24,39,58,62-66</sup> analisa arcabouços jurídicos, processos de revisão de leis e/ou obstáculos na implementação de políticas públicas de assistência ao abortamento previsto em lei. Analistas consideram que o estigma do aborto – “ato pecaminoso”, “anti-natural”, “prática assassina” – é um fator que limita e atrasa mudanças legais, uma vez que legisladores e outros atores políticos relutam em considerar os argu-

mentos da saúde pública sobre as consequências do aborto inseguro e, muitas vezes, os debates giram em torno de argumentos morais e religiosos<sup>7,8,39,41,58,65,66</sup>.

A revisão de leis nacionais restritivas do aborto e a regulação da assistência por protocolos técnicos foram temas estudados no continente africano – Gana, Quênia, Nigéria, Senegal, África do Sul, Tanzânia e Zimbábue. Desde 1996, sinalizaram esforços de juizes, médicos, gestores, parlamentares e da sociedade para reduzir sequelas e mortes do aborto inseguro e ampliar o acesso à atenção qualificada<sup>65,66</sup>. Narrativas de jovens que revelavam o conteúdo estigmatizador de suas condenações por aborto repercutiram nas estratégias para os que advogavam (*advocacy*) pela mudança da lei<sup>17</sup>. Nessa perspectiva, da análise de estudos empíricos sobre a representação das mulheres que abortaram, extraíram-se mensagens para entender e reverter o estigma do aborto<sup>16</sup>.

A aliança entre as associações profissionais e os movimentos feministas também construíram caminhos para superar os efeitos das proibições legais, enfrentar discriminações culturais, impulsionando mudanças no acesso e na qualidade da atenção, como no Programa Iniciativas Sanitárias do Uruguai<sup>18</sup> e no Distrito Federal do México<sup>8</sup>.

Assim como as leis, a religião é relacionada no rol dos complexos determinantes que podem reforçar/desconstruir o estigma do aborto, e mereceu estudos de opinião entre católicos no México<sup>27,38,67</sup>, além de análises de argumentos das campanhas de mídia realizadas na Índia<sup>24</sup>. Nos países em que a Igreja católica deposita excessivo valor na vida do feto, foi analisado que obstetras e enfermeiras vivenciam na assistência às mulheres que abortam, o dilema de refletir ou rejeitar os preceitos católicos. Para estes provedores, cuja formação profissional os qualifica para “a missão de salvar o feto”<sup>7,9</sup>, a realidade da demanda do abortamento exerce uma pressão sobre tal contradição, em que o simples ato de administrar o misoprostol nestes casos pode representar um ato transgressor e passível de temor de estigma pelo profissional que o aplica.

O estigma social foi demonstrado como um obstáculo ao acesso ao aborto seguro, mesmo onde o procedimento é previsto por lei com políticas e protocolos para o seu atendimento<sup>7,8,13,18,39,41,58,62,65,66,68</sup>. Esbarram nas ambiguidades e inseguranças dos profissionais na tradução prática da lei<sup>13</sup>, seja por sentirem como uma enorme responsabilidade o fato de terem que aplicar os critérios de elegibilidade e evitar possíveis consequências legais; seja por medo de serem rotulados pejorativamente como aborteiros e carre-

garem o estigma dos agentes da morte<sup>7,13,19</sup>. Há ainda os que recusam assistência ao abortamento por temerem situações de violência de políticos e religiosos antiabortos, exemplificados pelos obstetras americanos<sup>60</sup> e brasileiros<sup>25</sup>.

Vários autores discutem a responsabilidade ético-profissional de gestores e médicos nas omissões de atenção ao aborto legal e seguro<sup>7-9,13,18,19,25,39</sup>. Referem-se, em particular, aos ginecologistas e obstetras, cujas atitudes estigmatizantes, somadas à discriminação social e de gênero, comprometem os cuidados com a saúde feminina. De Zordo<sup>25</sup>, entrevistando profissionais brasileiros, encontra que as mulheres mentiam que haviam sido estupradas para realizar o aborto previsto em lei, e outros evitavam informar sobre o direito ao aborto às vítimas de violência sexual. De outro lado, as mulheres, criam estratégias para cumprir as regras sociais falando dos abortos provocados de forma dissimulada como abortos espontâneos, fruto de acidentes, quedas<sup>69</sup>.

Artigo referente à sociedade estadunidense<sup>44</sup> concluiu que o fato da assistência ao abortamento ter ficado progressivamente à margem do conjunto da ginecologia-obstetrícia, tornando-se quase uma subespecialidade, é parte do processo de sua estigmatização. Igualmente, a fraca integração do tema nos currículos médicos e a não exposição dos estudantes a uma reflexão ético-profissional sobre direitos, corpo e reprodução dificultariam o florescimento de práticas de cuidado não estigmatizantes, livres de juízo de valor, mesmo em contextos onde o aborto é legalizado<sup>14,15,60</sup>. Analistas<sup>18</sup> discutem a relação não linear entre a revisão das leis e o arrefecimento do estigma do aborto: uma maior liberalidade legal parece não necessariamente cessar o sentimento de culpa e de vergonha de muitas mulheres, fruto da desaprovação social e religiosa.

Finalmente, cabe notar como o debate sobre aborto e estigma sofreu uma transição ao longo do período analisado. O texto mais antigo abordou o estigma que circundava as mães com filhos ilegítimos na sociedade norteamericana, sendo o aborto um recurso das mulheres para escaparem às discriminações<sup>70</sup>. Em 1984, em estudo com universitários, pesquisadores verificaram que homens e mulheres manifestaram que manteriam distância de mulheres que abortaram<sup>71</sup>. Em estudo de 1999, floresceram as implicações emocionais pela não revelação do aborto e as técnicas psicológicas de suporte às mulheres que abortavam<sup>49</sup>. E em 2003, Ellison<sup>72</sup> analisa a natureza autoritária das políticas reprodutivas norte-americana que modelavam as decisões das jovens solteiras segundo um padrão de castidade, sem

espaço para a maternidade, empurrando-as para o aborto para fugirem do estigma da desonra que recai sobre elas. Mais tarde, um grupo de artigos enfocou o processo da revisão de leis do aborto em diferentes continentes (África, 2004; Polônia, 2008; México, 2010) e, mais recentemente, sobressaíram os estudos dedicados à teorização sobre estigma e aborto e às estratégias de proteção à vulnerabilidade de mulheres e profissionais envolvidos no abortamento (2008-2014).

Os resultados de trabalhos sobre estigma e HIV/AIDS<sup>73,74</sup> têm sido fontes inspiradoras para o desenho de estudos sobre aborto dos anos 2000. Incorporaram as novas perspectivas teóricas sobre estigma, indo além de uma abordagem individual das marcas visíveis e direcionando a atenção às dinâmicas coletivas que atribuem às mulheres que abortam uma marca moral de “transgressoras” do papel de mãe<sup>44</sup> – talvez, essa renovação conceitual da categoria estigma responda pela profusão de artigos publicados nos anos recentes.

### Considerações finais

Na presente pesquisa, alguns artigos abordaram de forma mais analítica a interface aborto e estigma, enquanto outros utilizaram mais instrumentalmente a categoria estigma para analisar experiências de mulheres e/ou profissionais de saúde e conhecer o que tinham vivido como pensavam e percebiam e o que sentiam em suas experiências com o aborto.

Os autores procuraram mostrar que, justificado em parte pela natureza íntima dos temas da saúde reprodutiva, o aborto tem se mantido em segredo ou em seletiva revelação, numa tentativa das mulheres que abortam de prevenir atitudes estigmatizantes e de serem marcadas por estereótipos<sup>22,34,44,49,50</sup>. As abordagens qualitativas à temática do aborto abriram espaço para que se revelassem não só as experiências individuais de abortamento como os aspectos legais e da assistência. Identificaram que, para as mulheres que abortam, afloravam os sentimentos de culpa, baixa-estima, vergonha, medo e percebiam o cenário das unidades de saúde como um ambiente julgador e de indiferença às suas apreensões, demandas. Para o profissional, os temores eram as possíveis denúncias devido à ilicitude do procedimento de aborto.

Os analistas consideraram que a tensão que ocorre entre revelar *vs.* ocultar as situações de abortamento passa pela necessidade da mulher de manejar o julgamento de sua comunidade/

grupo social ou do serviço de saúde e as consequências da estigmatização. Tal interdição na comunicação sobre o aborto configura-se um obstáculo a mais e retém as mulheres na busca por atendimento. Hesitantes e temerosas da reação dos profissionais de saúde qualificados incrementam a cada dia as estatísticas dos abortos inseguros. Concorre para isto a reduzida divulgação dos serviços, o precário monitoramento da acessibilidade e qualidade do cuidado e a descontínua capacitação dos profissionais. E, nos países com leis restritivas, a revisão de fluxos da atenção e definição de normas e protocolos pode aprimorar a resposta à demanda por abortos seguros, redução da mortalidade materna e alcance das metas do Milênio (meta 5)<sup>62</sup>.

Com esse leque de questões reveladas pelos estudos, a categoria estigma tem sido um elemento/argumento decisivo para um maior entendimento e crítica dos aspectos sociais, médicos e legais da marginalização das mulheres adultas e adolescentes que abortam.

Nesse sentido, os profissionais de saúde jogam um papel fundamental de superação de certo “apartheid” da atenção ao abortamento nos serviços de saúde e nos espaços de formação profissional. Pesquisas locais demonstraram a recusa (velada ou explícita) de profissionais médicos ou de enfermagem de apoiar os procedimentos de interrupção da gravidez (administrar misoprostol ou preparar o instrumental para a aspiração manual intrauterina); do mesmo modo, observou-se que gestores flexibilizavam em demasia a utilização do dispositivo de objeção de consciência, trazendo risco à saúde física e mental das mulheres em abortamento<sup>7</sup>. Tais situações podem ter contribuído para empurrar a assistência ao aborto para fora dos hospitais/maternidades e serem operacionalizados em clínicas como uma subespecialidade, em países norte-americanos e europeus, ou em locais insalubres e clandestinos, como na América Latina.

A relação existente entre estigma social e leis restritivas do aborto foi objeto de estudo de alguns autores. Desde 1980, os artigos analisados trouxeram o contexto político e epidemiológico, assim como os avanços e limitações da atenção em Botswana, Burkina Faso, Canadá, Malásia, Mongólia, Paquistão, África do Sul, México, Uruguai, dentre outros. Ponderaram que para colocar em prática as mudanças ocorridas nos marcos legais, governos e ativistas feministas esbarravam com a posição de médicos e enfermeiros quanto à objeção de consciência<sup>79</sup>. Por outro lado, em iniciativas de mudanças no arcabouço jurídico do aborto, os médicos de “consciência”

foram os que mais rapidamente aderiam ao novo status legal no México<sup>27,38,67,69</sup> e África do Sul<sup>39,66</sup>, reforçando a análise de que em atendimentos controversos como o aborto, uma efetiva participação do profissional de saúde, é igualmente consciência-dependente. Dickens e Cook<sup>75</sup> alertam que o compromisso de consciência é o reverso da objeção de consciência e pode superar os obstáculos culturais e religiosos para o cuidado da mulher em abortamento.

Pensando o estigma como uma construção histórica, as mudanças nas leis podem ser um impulsionador de transformações do ponto de vista cultural (e vice-versa), contribuindo para que o estigma também se modifique. A lógica proibicionista das sociedades, com leis retrógradas e abordagem religiosa conservadora, tem contribuído para o número de mortes maternas por abortamento e para a violação dos direitos de decidir das mulheres sobre sua reprodução. Nos trabalhos aqui analisados, o estigma tem permeado as atitudes, os discursos e as práticas das sociedades em relação a quem procura e a quem presta assistência à saúde sexual e reprodutiva: as práticas de contracepção e, em particular, a de emergência, os processos de esterilização voluntária, as fertilizações *in vitro* e os abortamentos<sup>7</sup>. No cotidiano dos serviços de saúde, gestuais e atos, ditos e não ditos, tem silenciosamente fermentado os processos de estigmatização. A compreensão de como operam essas “marcas invisíveis” que estão relacionadas ao estigma do aborto pode ser uma ferramenta importante para políticas de saúde e de direitos reprodutivos que se proponham a enfrentar o ciclo da gravidez indesejada-aborto clandestino, assim como assegurar de fato o acesso e a qualidade da assistência ao aborto em casos permitido por lei, e contribuir para o (re) desenho de ações para a redução de danos e a garantia dos direitos fundamentais das mulheres.

## Colaboradores

L Adesse trabalhou na concepção e no delineamento do estudo, na pesquisa bibliográfica, análise dos dados, na redação e revisão crítica do artigo e na aprovação de sua versão final; CB Jannotti trabalhou na concepção e no delineamento do estudo, na análise dos dados, na redação e revisão crítica do artigo e na aprovação de sua versão final. VM Fonseca e KS Silva trabalharam na redação e revisão crítica do artigo e na aprovação de sua versão final.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Abortamento Seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*. 2ª ed. Geneva: OMS; 2013.
2. Goffman E. *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar; 1963.
3. Silveira OS, Martins LF, Soares RG, Gomide HP, Ronzani TM. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estud. psicol.* 2011; 16(2):131-138.
4. Parker R, Aggleton P. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 2003; 57(1):13-24.
5. Adesse L. Assistência à mulher em abortamento: a necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso. In: Deslandes S, organizador. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 371-387.
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto-enferm* 2008; 17(4):758-764.
7. Cook R, Dickens BM. Reducing Stigma in Reproductive Health. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 125(1):89-92.
8. Lamas M. Between the stigma and the law: Legal abortion in Mexico. *Salud Publica Mex* 2014; 56(1):56-62.
9. Faúndes A, Duarte GA, Osís MJD. Conscientious objection or fear of social stigma. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 123(Supl. 3):S57-S59.
10. Kumar A. Everything is not stigma. *Womens Health Issues* 2013; 23(6):e329-e331.
11. Cockrill K, Nock A. I'm not that type of person: managing the stigma of having an abortion. *Deviant Behav* 2013; 34(12):973-990.
12. Cockrill K, Upadhyay UD, Turan J, Greene Foster D. Stigma of having an abortion: developing a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspect. Sex Reprod Health* 2013; 45(2):79-88.
13. Payne CM, Debbink MP, Steele EA, Buck CT, Martin LA, Hassinger JA, Harris LH. Why women are dying from unsafe abortion: narratives of Ghanaian abortion providers. *Afr J Reprod Health* 2013; 17(2):118-128.
14. Norman WV, Soon JA, Maughn N, Dressler J. Barriers to rural induced abortion services in Canada: findings of the British Columbia abortion providers. *PLoS One* 2013; 8(6):e67023
15. Dressier J. The perspective of rural physicians. *PLoS One* 2013; 8(6):e67070
16. Khan A. Induced abortion in Pakistan community-based research. *J Pak Med Assoc* 2013; 63(3):S27-32
17. Umuhoza C, Oosters B, van Reeuwijk M, Vanwesenbeeck I. Advocating for safe abortion in Rwanda: How young people and personal stories of young women in prison brought about change. *Reprod Health Matters* 2013; 21(41):49-56
18. Culwell KR, Hurwitz M. Addressing barriers to safe abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 121(1):S16-S19.
19. Harris LH, Martin L, Debbink M, Hassinger J. Physicians, abortion provision and the Legitimacy paradox. *Contraception* 2013; 87(1):11-16.
20. Smith S. Reproductive health and the question of abortion in Botswana: a review. *Afr J Reprod Health* 2013; 17(4):26-34.
21. Astbury-Ward E, Parry O, Carnwell R. Stigma abortion and disclosure. *J Sex Med* 2012; 9(12):3137-3147.
22. Harris LH. Stigma and abortions complications in the United States. *Obstet Gynecol* 2012; 120(6):1472-1474.
23. Tong W, Low WY, Wong YL, Choong SP, Jegasothy R. Exploring pregnancy termination experiences and needs among Malaysian women: A qualitative study. *BMC Public Health* 2012; 12(1):743.
24. Banerjee SK, Andersen KL, Buchanan RM, Warvadekar J. Woman-centered research on Access to safe abortion services and implications for behavioral change communication interventions: A cross-sectional study of women in Bihar and Jharkhand, India. *BMC Public Health* 2012; 12(1):175.
25. De Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em duas maternidades em Salvador, Bahia. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1745-1754.
26. Shellenberg KM, Tsui AO. Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the USA: an exploration by race and Hispanic ethnicity. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 118(2):152-159.
27. McMurtie SM, Garcia S. Public opinion about abortion-related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 118(2):S160-S166.
28. Levandowski BA, Kalilani-Phiri L, Kachale F, Awah PG, Mhango CK. Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: the role of stigma. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 118(2):167-171.
29. Hosseini-Chavoshi M, Abbasi-Shavazi MJ, Glazebrook D, McDonald P. Psychological consequences of abortion in Iran. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 118(2):S172-S177.
30. O'Donnell J, Weitz TA, Freedman LR. Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Soc Sci Med* 2011; 73(9):1357-1364.
31. Gipson JD, Hirz AE, Avila JL. Perceptions and Practices of illegal abortion in Philippines. *Stud Fam. Plan* 2011; 42(4):261-272.
32. Harris LH, Debbink M, Martin L, Hassinger J. Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the providers share workshop. *Sol Sci Med* 2011; 73(7):1062-1070.
33. Harris LH, Grossman D. Confronting challenge of unsafe second-trimester abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 115(1):77-79.
34. Shellenberg KM, Moore AM, Bankole A, Juarez F, Omideyi AK, Palomino N, Sathar Z, Singh S, Tsui AO. Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Glob Public Health* 2011; 6(1):111-125.
35. Tsui AO, Casterline J, Singh S, Bankole A, Moore AM, Omideyi AK, Palomino N, Sathar Z, Juarez F, Shellenberg KM. Managing unplanned pregnancies in 5 countries. *Glob Public Health* 2011; 6(Supl. 1):S1-S24.
36. Palomino N, Padilla MR, Talledo BD, Mazuelos CG, Carda J, Bayer AM. The social construction of unwanted pregnancy abortion in Lima, Peru. *Glob Public Health* 2011; 6(1):S73-S89.
37. Omideyi AK, Akinyemi AI, Aina OI, Adeyemi AB, Fadayibi OA, Bamiwuye SO. Contraceptive practice, unwanted pregnancies and induced abortion in southwest, Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 118(2):167-171.

38. Rodríguez JV, Wilson KS, Olavarrieta CD, García SG, Sánchez Fuentes ML. Public opinion on abortion in eight Mexican States amid Opposition to legalization. *Stud Fam. Plan* 2011; 42(3):191-198.
39. Bateman C. Abortion practices undermining reformist laws – experts. *S Afr Med J* 2011; 101(5):302-304.
40. Norris A, Bessett D, Steinberg JR, Kavanaugh ML, De Zordo S, Becker D. Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Women's health issues* 2001; 21(3):49-54.
41. Chelstowska A. Stigmatization and commercialization of abortion services in Poland: turning sin into gold. *Reprod Health Matters* 2011; 19(37):98-106.
42. Lipp A. Stigma in abortion care: Application to a grounded theory study. *Contemp Nurs* 2011; 37(2):115-123.
43. Littman LL, Zarcadoolas C, Jacobs AR. Introducing abortion patients to a culture of support: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health* 2009; 12(6):419-431.
44. Kumar A, Hessini L, Mitchell EMH. Conceptualizing abortion stigma. *Cult Health and Sex* 2009; 11(6):625-639.
45. Bruce L, Jo CP. Conceptualizing stigma. *Annual Review Soc* 2001; 27(1):363-385.
46. Kirklin D. The role of medical imaging in the abortion debate. *J Med Ethic* 2004; 30(5):426.
47. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J. Health Soc. Behav* 1997; 38(2):177-190.
48. Harris LH. 2<sup>nd</sup> trimester: breaking the silence and changing the disclosure. *Reprod Health Matters* 2008; 16(31):74-81.
49. Major B, Gramzow RH. Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77(4):735-745.
50. Rossier C. Abortion: An Open Secret? Abortion and Social Network Involvement in Burkina Faso. *Reprod Health Matters* 2007; 15(30):230-238.
51. Weitz TA, Cockrill K. Abortion Clinic Patient's opinion obtaining abortion. *Patient Educ Couns* 2010; 81(3):409-414.
52. Haws RA, Mashasi I, Mrisho M, Schellenberg JA, Darmstadt GL, Winch PJ. These are not good things for other people to know: How rural Tanzanian women's experiences of pregnancy loss and early neonatal death may impact survey data quality. *Soc Sci Med* 2010; 71(10):1764-1772.
53. Dahlbäck E, Maimbolwa M, Kasonka L, Bergström S, Ransjö-Arvidson AB. Unsafe induced abortion among adolescents in Lusaka. *Health Care Women Int* 2007; 28(7):654-676.
54. Atuyambe L, Mirembe F, Johansson A, Kirumira EK, Faxelid E. Experiences of pregnant adolescents voices from Wakiso, Uganda. *Afr. Health Sci* 2005; 5(4):304-309.
55. Varga CA. Pregnancy termination among South African adolescents. *Stud Fam Plan* 2002; 33(4):283-298.
56. Ganatra B, Hirve S. Induced abortions among adolescent women in rural Maharashtra, India. *Reprod Health Matters* 2002; 10(19):76-85.
57. Peláez MJ, Rodríguez IA, Lammers C, Blum RWJ. Abortion among adolescents in Cuba. *J Adolesc Health* 1999; 24(1):59-62.
58. Wainer J. Abortion and the struggle to be good in the 1970s. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42(1):30-37.
59. Chiappetta-Swanson C. Dignity and dirty work: nurses experiences in managing genetic termination for fetal anomaly. *Qual Sociol* 2005; 28(1):93-116
60. Freedman L, Landy U, Darney P, Steinauer J. Obstacles to the integration of abortion into obstetrics and gynecology practice. *Perspect Sex Reprod Health* 2010; 42(3):146-151.
61. Upadhyay UD, Cockrill K, Freedman LR. Informing abortion counseling: an examination of evidence-based practices used in emotional care for other stigmatized and sensitive health issues. *Patient Educ Couns* 2010; 81(3):415-421.
62. Singh. S. Global consequences of unsafe abortion. *Women's Health* 2010; 6(6):849-860.
63. Hessini L. Islam and abortion: the diversity of discourses and practices. *IDS Bulletin* 2008; 39(3):18-27
64. Billings DL. Scaling-up a public health innovation: a comparative study of post-abortion care in Bolivia and Mexico. *Soc Sci Med* 2007; 64(11):2210-2222.
65. Hord C, Wolf M. Breaking the cycle of unsafe abortion in Africa. *Afr J Reprod Health* 2004; 8(1):29-36.
66. Brookman-Amisshah E, Moyo JB. Abortion Law reform in sub-saharan, Africa. *Reprod Health Matters* 2004; 12(24):227-234
67. Garcia SG. Policy implications of a National Public opinion survey on abortion in Mexico. *Reprod Health Matters* 2004; 12(24):65-74.
68. Dalvie SS. Second trimester abortion in India. *Reprod Health Matters* 2008; 16(31):37-45.
69. Erviti J, Castro R, Collado A. Strategies used by low-income Mexican women to deal with miscarriage and spontaneous abortion. *Qual Health Res* 2004; Oct; 14(8):1058-1076
70. Cutright P. Historical and contemporary trends in illegitimacy. *Arch Sex Behav* 1972; 2(2):97-118.
71. Weidner G, Griffitt, W. Abortion as a stigma: In the eyes of the beholder. *J Res Pers* 1984; 18(3):359-371
72. Ellison MA. Authoritative knowledge and single women's unintentional pregnancies, abortions, adoption, and simple motherhood: social stigma and structural violence. *Med Anthropol Q* 2003; 17(3):322-347.
73. Garcia S, Koyama MAH. Stigma, discrimination and HIV/AIDS in Brazil context 1998-2005. *Rev Saude Publica* 2008; 42(1):72-83.
74. Monteiro S, Villela WV, Knauth D. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). *Cad Saude Publica* 2012; 28(1):170-176.
75. Dickens BM, Cook RJ. Conscientious commitment to women's health. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113(2):163-166

---

Artigo apresentado em 30/04/2015

Aprovado em 13/08/2015

Versão final apresentada em 15/08/2015