

## **MEMORIAL**

Audiência Pública Convocada pelo Supremo Tribunal Federal para Discutir Aspectos

Interpretativos dos arts. 124 e 126 do Decreto-lei nº 2.848/1940 (Código Penal)

Relatora: Ministra Rosa Weber

Autor do memorial: Marcos Augusto Bastos Dias

Médico Ginecologista-Obstetra

Agradeço a oportunidade de estar aqui e apresentar argumentos a este julgamento, derivados da minha experiência como médico obstetra com 35 anos de formado. Atuo no ambulatório de pré-natal do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro. Nosso hospital é referência no Estado do Rio de Janeiro para as gestações de alto risco, especialmente para os casos de malformação fetal e atendemos cerca de 400 mulheres a cada ano nesta situação.

Pretendo nestes breves minutos expor o problema da vulnerabilidade e dos riscos clínicos, psicoafetivos e sociais decorrentes da criminalização da interrupção voluntária da gestação e propor a tese de que o aborto precisa fazer parte do cuidado integral à mulher, pois só assim se cumprirá com os objetivos fundamentais da ginecologia e obstetrícia de promover o maior bem-estar possível para mulheres em seu processo reprodutivo.

A criminalização do aborto traz profundos impactos negativos na vida das gestantes que atendemos em nosso serviço, além de sofrimento, contradições e sensação de impotência para os profissionais. Testemunhamos cotidianamente como o ambiente restritivo das possibilidades de aborto obriga as gestantes com diagnóstico de fetos malformados, e desejando interromper a gestação, a trilharem percursos que são um continuum de sofrimento e de exposição a violências

dos mais variados tipos. Os danos podem e costumam ser grandes, seja no plano de sua saúde física e mental, de suas interações sociais e integridade moral. Em um caso particularmente doloroso para a mulher e para a equipe, uma gestante se confessou culpada pois assim que descobriu a gestação não planejada tomou medicamentos para interrompe-la. Não obtendo sucesso na tentativa, procurou conformada um serviço para fazer o acompanhamento pré-natal e descobriu a presença da malformação fetal. A mulher sofria duplamente pois não desejava a gestação e se sentia culpada pelo problema que o feto apresentava.

Como profissional que atua diretamente com essas mulheres, e a partir dos dados do nosso serviço, vemos que dentre as que desejam interromper a gestação cerca de metade abandona o serviço diante da impossibilidade de fazê-lo, da demora para que o trâmite legal seja finalizado ou mesmo da recusa da autorização judicial. A criminalização do aborto empurra a mulher para fora dos serviços de saúde onde poderia ter uma assistência integral e segura, e a coloca no âmbito da criminalidade, da insegurança e dos riscos.

Outro problema que agrava esta situação é que estas gestações com fetos malformados são muitas vezes acompanhadas de complicações clínicas e obstétricas e, por si mesmas, já trazem risco para a vida da mulher. Ao término da gestação, muitas vezes é necessário que se realize uma cesariana e aí novamente trazemos risco para a saúde e também comprometemos seu futuro reprodutivo<sup>1</sup>. A possibilidade de um abortamento profilático para reduzir riscos e complicações maternas seria uma forma de aliviar parte do sofrimento por que passam essas mulheres.

---

<sup>1</sup> WESTPHAL, Flavia; ARAUJO, Edward; FUSTINONI, Suzete Maria; ABRAHÃO, Anelise Riedel. Maternal risks and predictor factors for the termination of pregnancy in fetuses with severe congenital anomaly: experience from a single reference center in Brazil. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2016.

Assim desenvolverei esta tese conforme dois pontos principais:

- i) O primeiro, a partir da compreensão das implicações do conceito de proteção à saúde integral proposto pela Organização Mundial da Saúde no campo da ginecologia e obstetrícia;
- ii) O segundo, como decorrência do primeiro, com um desenvolvimento sobre o dever de médicos obstetras em oferecerem cuidados em saúde, nem que seja por redução de danos para o aborto.

### **1. Conceito integral de saúde na ginecologia e obstetrícia**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”.<sup>2</sup> Isso significa que não basta a integridade física do corpo e o desempenho regular das funções vitais para se determinar que uma pessoa está saudável. Da mesma forma, não basta à medicina se ocupar de como tratar e curar doenças, mas é preciso que se dedique à promoção da integralidade da saúde, compreendendo a inter-relação entre o equilíbrio físico e psíquico com as condições de vida e os projetos de vida.

Na especialidade da ginecologia e obstetrícia, todos esses aspectos são particularmente evidentes: mulheres, casais e famílias nos procuram não só quando estão com sinais de adoecimento, mas também quando querem tomar decisões sobre ter ou não filhos. Por isso é das especialidades médicas mais fundamentalmente conectadas ao sentido profundo da existência – nosso senso de passado, presente e futuro passa por este encontro.

---

<sup>2</sup> [Constitution of the World Health Organization, 48<sup>th</sup> edition. Disponível em: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf](http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf)

Por essa razão, nossa responsabilidade como médicos obstetras é tremenda e tem por paciente a mulher em seus processos reprodutivos. Embora casais, famílias, embriões, fetos e recém-nascidos sejam preocupações de nossa profissão, o cuidado a nenhum deles prescinde de fazer uma pergunta anterior sobre as condições da mulher responsável pelo projeto reprodutivo. É a saúde desta mulher, no sentido integral da OMS, que deve ser nosso objeto de reflexão e atuação. Isso significa que precisamos ser cuidadores de todas as possibilidades de uma decisão reprodutiva: desde a orientação e acompanhamento do uso de métodos contraceptivos, passando pelo cuidado de preparação à mulher que deseja engravidar e toda a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, mas também a possibilidade de interrupção da gestação, quando necessário e se essa for a vontade da mulher. Não é o que eu penso ou considero a melhor decisão que importa para este encontro – mas o que cada mulher diante mim lança como questão para sua vida, em determinado momento.

Todas as exceções hoje previstas à lei que criminaliza o aborto são formas de cuidar da saúde da mulher. A mais óbvia delas refere à possibilidade de uma interrupção da gestação não punível “se não há outro meio de salvar a vida da gestante”. A sobrevivência da mulher é o que precisamos garantir. A segunda exceção prevista no Código Penal também tem seu fundamento na proteção à saúde da mulher. O direito ao aborto em caso de estupro, que também é chamado de aborto humanitário, é garantido por se reconhecer que o horror da violência sexual prolongado em uma gestação pode ser uma fonte persistente de sofrimento mental injusto às mulheres. Por último, a terceira exceção, garantida por este Tribunal, se justifica em uma proteção ainda mais evidente à saúde mental das mulheres: submeter uma mulher à gestação compulsória em condições de sofrimento, como o provocado pela anencefalia, pode configurar tortura. Essas foram palavras desta corte no julgamento de anencefalia.

Nós, que somos médicos obstetras, e especialmente que atuamos na saúde pública, já temos por dever realizar o procedimento de aborto nas três exceções previstas. Este é nosso dever legal e ético como médicos. Mas se lembramos do conceito de saúde apresentado no início desta exposição, rápido percebemos que a lei atual não protege todas as situações em que uma gravidez pode ser considerada um risco à saúde da mulher. Há uma incompatibilidade entre o nosso dever médico de cuidar e a ameaça da punição.

Sob a perspectiva integral da saúde, qualquer gravidez que não pôde ser evitada e não é compatível com o projeto de vida de uma mulher já se constitui como um risco à sua saúde. Os efeitos desse risco podem ser variados. A gravidez pode comprometer seu arranjo familiar e outras relações de dependência e cuidado, pode interferir na sua possibilidade de inserção no mundo do trabalho e na sua garantia de subsistência, pode inviabilizar projetos de estudo, profissionalização e conquista de autonomia, pode agravar contextos familiares ou comunitários de violência. As razões são tão diversas quanto são as mulheres, mas todas elas devem fazer parte do horizonte de um médico obstetra comprometido com valores e princípios profissionais básicos de oferecer todas as alternativas de tratamento e cuidado disponíveis à situação em que a paciente se encontra.

Ao afirmarmos que o aborto é uma questão de saúde pública, não estamos apenas afirmando que a criminalização faz com que mulheres procurem práticas clandestinas e inseguras que podem resultar em morte ou em graves adoecimentos. Afirmar que o aborto é um tema de saúde pública significa também que sua criminalização e a imposição de gestações indesejadas faz com que mulheres sejam submetidas a fatores múltiplos de agravamento de suas condições de vida, que não podem ser ignoradas pela saúde pública.

Por outras palavras, a proteção da saúde da mulher não pode ser compreendida como um direito isolado, fragmentário ou desconectado de outros direitos – e de forma alguma pode ser confundido com o mero direito à vida fisiológica, ou seja, à mera sobrevivência. O direito à vida deve ser compreendido em sua forma integral, como direito à vida digna, ou seja, uma vida com possibilidade de planejamento familiar e pessoal, com acesso à informação, com trabalho digno, com inserção social adequada, com poder de escolha sobre seu futuro – quando qualquer destes aspectos do direito à saúde é violado, há uma falha na proteção integral da saúde da mulher.

## **2. Dever de redução de danos do médico obstetra**

Quando uma mulher engravida, feliz ou não, ela me procura sobre os caminhos a seguir. Ela toma sua decisão não pela lei, e sim pelo que ela considera necessário para a sua vida. Se ela decide interromper a gestação e não se encaixa em nenhuma das restritas três exceções à criminalização, eu não posso realizar o procedimento tampouco posso orientá-la sobre como não colocar sua vida em risco ao procurar a oferta clandestina do procedimento. Isso se chama redução de danos, uma política ampla para saúde pública: cuidar do paciente significa informar formas de diminuir seus riscos de vida ou à saúde o que já se provou eficiente em outros países que descriminalizaram o aborto como nosso vizinho o Uruguai. Mas o fato de que eu não possa cuidar dela não muda o fato de que ela já se decidiu por interromper a gestação; só muda a forma como ela irá fazê-lo. Eu e meus colegas poderíamos fazer diferença no cuidado dessas mulheres se a lei nos permitisse.

É um equívoco pensar que o médico obstetra deva ou possa dissuadir uma mulher a fazer ou não um aborto: uma mulher sabe o que é melhor para sua vida. É um equívoco dizer que o bom médico obstetra não é “abortista”. Essa é uma forma pejorativa de se referir aos

profissionais da saúde que desconsidera seu dever, imposto pelos princípios da ética médica, de respeitar a autonomia da paciente, de maximizar as opções de tratamento médico, de priorizar as alternativas que garantam a saúde, de proteger a dignidade das pacientes e, principalmente, de evitar danos. Deixar as mulheres morrerem ou adoecerem por uma causa evitável é o que deveria ser visto como inadmissível para nossa profissão.

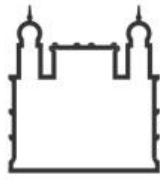
Pessoalmente, posso inclusive discordar de que a decisão pelo aborto seja a melhor possível. Mas isso não interessa para o cuidado: é irrelevante para meu exercício da profissão médica. O que penso sobre o aborto ou sobre o início da vida não é relevante para minhas pacientes. O médico obstetra não pode pretender substituir a decisão da própria mulher, tolhendo-lhe a autonomia e impondo uma visão pré-definida acerca do que pode ou deve ser feito: ao médico cabe, apenas, respeitar a decisão da mulher e, atuando como coadjuvante, assegurar-se de que, quando for feita a opção pelo aborto, isso se faça de maneira segura, de forma a reduzir ao máximo os riscos à saúde. Da mesma forma que jamais poderia obrigar nenhuma mulher a fazer um aborto, não posso, não devo jamais omitir socorro.

Em outros campos da saúde, admitimos com mais facilidade que este seja o caso. Qualquer pessoa deve ser capaz de dar seu consentimento livre e esclarecido para que seja submetida a uma cirurgia, a um programa de tratamento para determinada doença ou para o uso de uma medicação. Caso alguém deseje recusar atendimento, ou negar submeter-se a um tipo de tratamento ou reanimação, os critérios são ainda mais restritos, para que se tenha certeza de que esta foi a vontade expressa da pessoa e se possa orientar os médicos para o excepcional: abster-se de agir. Mas para o procedimento de aborto, a pergunta se inverte. O crime faz com que a omissão seja a regra, e as mulheres sejam objetos da prática médica, em vez de sujeitos do seu cuidado em saúde. Elas são abandonadas pela lei e por nós, médicos. No caso citado

anteriormente o recém-nascido faleceu poucas horas depois do parto em decorrência de sua grave patologia e nada sobrou para esta mulher além do sofrimento.

Esse cenário não pode mais persistir, e esta Corte tem finalmente a oportunidade de garantir às mulheres e seus médicos a possibilidade de proteger efetivamente a saúde.





Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Audiência Pública ADPF 442 - Supremo Tribunal Federal

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro

Expositor: Mariza Miranda Theme Filha, pesquisadora Titular em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Título da apresentação: **Gravidez indesejada e seu impacto sobre a saúde mental materna e o desenvolvimento da criança.**

**Tese a ser defendida:**

Toda mulher está em risco de uma gravidez não planejada. A falha na contracepção pode ser atribuída a diversos fatores: aos métodos em si e a questões mais amplas, de cunho social e cultural. Em um país em que a interrupção voluntária de uma gravidez não planejada é considerada crime, é importante discutirmos o impacto desta gestação e do nascimento sobre a saúde mental da mulher e, conseqüentemente, sobre a saúde física e o desenvolvimento da criança. Este é um tópico pouco abordado quando o tema aborto é discutido.

**O debate:**

Ter filhos, quantos ter e quando tê-los são questões que a maioria das pessoas enfrenta ao longo de sua vida. Entretanto, a regulação da fecundidade é um

processo complexo. Em geral, a contracepção é tratada apenas sob a perspectiva do conhecimento, do uso e do acesso aos métodos contraceptivos, ou seja, como uma questão técnica, individual, não considerando os aspectos culturais envolvidos. Com certeza vivemos um grande paradoxo: no Brasil, mais de 90% das mulheres de todas as idades já utilizaram algum tipo de anticoncepção, prática esta fortemente centrada no uso de métodos modernos. Entretanto, o número de gestações não planejadas é elevado. Por que? Alguns fatores podem ser apontados: sabemos que, por parte das mulheres, há uma limitação no conhecimento de todas as alternativas disponíveis para a regulação da fecundidade, o que representa uma redução do seu leque de escolha anticoncepcional; os métodos apresentam graus variáveis de falha; a oferta e acesso aos serviços de saúde são desiguais; e o contexto onde as mulheres vivem também atua para que as necessidades de contracepção não sejam plenamente satisfeitas. Além disso, por parte dos serviços de saúde há pouco conhecimento sobre como as representações sociais da contracepção, maternidade, conjugalidade, família e sexualidade atuam sobre o planejamento da fecundidade. Sem uma compreensão holística da questão não seremos capazes de reduzir as elevadas taxas de gravidez não planejada.

Mas uma vez que a gravidez ocorreu, e ela não é desejada, que impacto pode ter sobre a saúde da mulher e do seu bebê?

Primeiramente vou apresentar um panorama da gravidez não planejada:

Esse é um problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Em 2012, de acordo com estimativas das Nações Unidas, cerca de 40% das gestações no mundo, ou 85 milhões de gestações, não

foram planejadas. As regiões com maiores prevalências de gravidez não planejada foram a América Latina e o Caribe, com 56%.

No Brasil, o número de nascimentos decorrentes de gestações não planejadas é elevado a despeito do uso disseminado de métodos contraceptivos e da drástica redução da taxa de fecundidade observada nas últimas décadas (em média cada mulher tem 1,8 filhos durante sua vida reprodutiva). Em 2006, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde revelou que 54% dos nascimentos ocorridos nos 5 anos anteriores não foram planejados. Seis anos depois, a Pesquisa Nascer no Brasil, realizada entre 2011 e 2012, e que entrevistou 24 mil mulheres em todo país, mostrou que a gravidez não planejada atingiu 55,4% das gestações que chegaram até o parto. Entre as mulheres que não planejaram a gravidez, 25% queriam esperar mais tempo, 30% não desejavam engravidar em momento algum, e 7,7% tentaram interromper a gestação sem sucesso.

Aqui vale uma breve explicação sobre a Pesquisa Nascer no Brasil: ela foi realizada com mulheres entre 6 e 12 horas após o parto, e apesar de estarem com seus filhos na maternidade, elas não hesitaram em referir que aquela gestação não foi desejada e que tentaram a sua interrupção. O percentual de gestações não planejadas nesta pesquisa revela apenas uma parcela do problema, uma vez que as mulheres que conseguiram interromper o curso da gestação não foram abordadas no estudo.

Extrapolando os percentuais encontrados na pesquisa para o total de crianças nascidas vivas no Brasil em 2016, considerando que o panorama nacional de saúde reprodutiva não mudou nos últimos anos, os dados são alarmantes: em 2016 foram registrados 2.857.800 nascimentos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

Significa que, desse total, mais de 1.500.000 gestações não foram planejadas, 728.000 mulheres desejavam postergar a gravidez, 854.000 mulheres não desejavam a gravidez de jeito nenhum e 171.400 mulheres tentaram a interrupção da gestação sem sucesso.

Os resultados da pesquisa também revelaram um quadro de profundas iniquidades: um perfil bastante distinto foi observado entre as mulheres que queriam engravidar em relação àquelas que queriam esperar mais tempo ou não queriam engravidar. As mulheres que queriam engravidar tinham idade igual ou maior de 35 anos (52%), eram majoritariamente de cor da pele branca (52,7%), com elevado nível de escolaridade (60% tinham 12 anos ou mais de estudo), tinham companheiro (49,5%) e estavam em sua primeira gestação (51,5%). Contrariamente, aquelas que não queriam engravidar tinham menos de 20 anos, cor da pele parda, sem companheiro, desempregadas, com 3 ou mais filhos, com história de parto prematuro ou filhos com baixo peso ao nascer, ou apresentaram complicações em gestações anteriores.

Todos esses fatores têm se mostrado de risco para gravidez não planejada em diferentes culturas. No mundo, mulheres em idade fértil encontram-se em risco de ter uma gravidez não planejada, porém a magnitude deste risco é variável, afetando principalmente o grupo de mulheres em maior desvantagem social.

Diversos estudos revelam que a gravidez não planejada está associada ao início tardio do pré-natal, parto prematuro, baixo peso ao nascer e maior mortalidade das crianças antes de completarem 28 dias de vida. Isso ocorre porque as mulheres que têm gestações não planejadas adotam comportamentos menos saudáveis, apresentando um risco seletivamente maior de desfechos adversos da gravidez em

relação às mulheres com gravidez planejada. Estas mulheres parecem menos propensas a cuidar de si próprias em decorrência do stress psicológico provocado por uma gestação não desejada.

Aqui chegamos a outro ponto importante nesta discussão: o cuidado precário com a própria saúde durante uma gravidez não planejada reflete algum grau de sofrimento psíquico associado, e a depressão durante a gestação ou após o parto está fortemente associada à gravidez não desejada. As mulheres que não planejaram a gravidez apresentam um risco 40% maior de desenvolver depressão no pós-parto. Outros estudos mostram que este risco pode ser até duas vezes maior quando comparado com aquelas que planejaram a gestação.

A depressão é uma doença grave que coloca em risco o bem-estar da mãe e do bebê. É também uma condição altamente estigmatizada com implicações a curto e longo prazo para a mãe e a criança.

Os sintomas de depressão durante a gravidez ou pós-parto variam de formas leves a casos mais graves. A mulher apresenta humor deprimido, perda do interesse ou prazer nas atividades diárias, fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva; capacidade diminuída de pensar, concentrar-se ou tomar decisões, além de pensamentos recorrentes de morte. O quadro clínico pode persistir por longos períodos e seguir um curso crônico e recorrente. Seus efeitos sobre a saúde da mulher e do bebê são inúmeros, influenciando negativamente no estabelecimento do vínculo da mãe com seu filho, que é fundamental para a prática do aleitamento materno e o desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança. Os efeitos da depressão materna prolongada sobre a criança continuam nas fases

posteriores da vida e estão associados a transtornos afetivos na infância e adolescência.

A depressão materna é altamente prevalente, afetando quase 15% das mulheres nos países desenvolvidos. No contexto brasileiro, onde mais da metade das gestações não são desejadas, a depressão pós-parto atinge 26% das puérperas: isto é, 1 em cada 4 mulheres desenvolve quadro de depressão pós-parto.

Assim como a gravidez não planejada, a depressão materna atinge de forma mais intensa as mulheres jovens, pardas, de baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e sem companheiro. De novo observamos maior risco entre aquelas em maior vulnerabilidade social.

Quando a sociedade criminaliza a interrupção voluntária da gestação ela está condenando um enorme contingente de mulheres a uma tripla carga de sofrimento: o sofrimento por uma gravidez não desejada, o sofrimento ao desenvolver algumas formas de transtorno mental devido a esta gravidez não desejada, e o sofrimento pela incapacidade de prover seu bebê dos cuidados necessários devido à depressão. E seus filhos já apresentam uma grande desvantagem desde o nascimento, com comprometimento do seu desenvolvimento, que pode se refletir sobre sua saúde física e mental até a idade adulta. Assim, vemos que existe uma forte interrelação entre o planejamento da gestação, a saúde mental materna e o desenvolvimento do bebê.

Para finalizar, não podemos deixar de falar sobre o papel do estado na preservação da saúde da população: considerando o preceito constitucional de que a saúde é um

direito de todos e um dever do estado, observamos que a saúde pública no Brasil vem se distanciando da sua missão original de abordar e promover a saúde em nível social, ao adotar um paradigma com foco individual e de culpabilização dos indivíduos. A saúde reprodutiva das mulheres no nosso país ainda está fortemente ancorada no paradigma biomédico e isolado do seu contexto social. Desconsiderar todos os aspectos envolvidos na saúde reprodutiva, e no caso específico desta discussão, a gravidez não planejada e o desejo da sua interrupção de forma segura, é condenar muitas mulheres a piores condições de saúde, que são desproporcionalmente mais elevadas entre aquelas em baixas condições socioeconômicas.

Para evitar gravidezes indesejadas e suas consequências, o Brasil deve adotar políticas de apoio e compromissos financeiros para garantir às mulheres o pleno direito à saúde sexual e reprodutiva. Isso inclui a ampla oferta e aconselhamento sobre os diferentes métodos contraceptivos, inclusive a contracepção de emergência; aconselhamento preciso sobre planejamento familiar; investimentos na formação dos profissionais de saúde, de forma a compreender o planejamento da fecundidade de forma holística; e acesso a métodos para interrupção da gestação, com o aborto legal, seguro e gratuito. Sem tais iniciativas não se conseguirá fazer respeitar os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, para todas as mulheres.

#### **Referências bibliográficas:**

- 1) Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, Fraga ACSA, Ayers S, Gama SGNG, Leal MC. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional

- results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reprod Health*. 2016; 13(Suppl 3): 118.
- 2) Theme-Filha MM, Ayers S , Gama SGN , Leal MCL. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders* 2016, 194:159–167.
  - 3) Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança PNDS 2006. Relatório Final. Brasília, DF, 2008.
  - 4) Abortion Worldwide 2017: uneven progress and inequal access. Guttmacher Institute.
  - 5) Gauthreaux C, Negron J, Castellanos D, Ward-Peterson M, Castro G, de la Vega PR, Acuña JM. The association between pregnancy intendedness and experiencing symptoms of postpartum depression among new mothers in the United States, 2009 to 2011: a secondary analysis of PRAMS data. *Medicine* 2017, 96:6(e5851).
  - 6) Singh A1, Singh A, Mahapatra B. The Consequences of Unintended Pregnancy for Maternal and Child Health in Rural India: Evidence from Prospective Data. *Matern Child Health J*. 2013,17(3):493-500.
  - 7) Horvath S, Schreiber CA. Unintended Pregnancy, Induced Abortion, and Mental Health. *Curr Psychiatry Rep*. 2017, 14;19(11):77.
  - 8) Mercier RJ, Garrett J, Thorp J, Siega-Riz AM. Pregnancy intention and postpartum depression: secondary data analysis from a prospective cohort. *BJOG*. 2013, 120(9): 1116–1122.



- 9) Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A. Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. *Psychol Health Med*. 2017, 22(1):65-74.
- 10) Kavanaugh, ML. Moving beyond the individual in reproductive health: Exploring the social determinants of unintended pregnancy. PhD thesis. University of Pittsburgh, Department of Behavioral and Community Health. 2008. [http://d-scholarship.pitt.edu/8006/1/KavanaughML\\_etd2008.pdf](http://d-scholarship.pitt.edu/8006/1/KavanaughML_etd2008.pdf).
- 11) Logan C, Holcombe E, Manlove J, Ryan S. The Consequences of unintended childbearing: a White paper. Child Trends, Inc. May 2007