

FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E DA PERSONALIDADE

Dissertação de Mestrado

**Integralidade e Promoção da Saúde da Mulher:
as proposições da Câmara Federal sobre a legalização do aborto**

Milena Nardini

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Neuza Maria de Fátima Guareschi

Porto Alegre, março 2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E DA PERSONALIDADE

**Integralidade e Promoção da Saúde da Mulher:
as proposições da Câmara Federal sobre a legalização do aborto**

Dissertação de Mestrado

Milena Nardini

Prof^a. Dr^a. Neuza Maria de Fátima Guareschi
Orientadora

Porto Alegre, março de 2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E DA PERSONALIDADE

**Integralidade e Promoção da Saúde da Mulher:
as proposições da Câmara Federal sobre a legalização do aborto**

Milena Nardini

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Social e da Personalidade.

Prof^a. Dr^a. Neuza Maria de Fátima Guareschi

Orientadora

Porto Alegre, março de 2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E DA PERSONALIDADE

Milena Nardini

**Integralidade e Promoção da Saúde da Mulher:
as proposições da Câmara Federal sobre a legalização do aborto**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Neuza Maria de Fátima Guareschi
Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Lílian Rodrigues Cruz
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Grossi
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Porto Alegre, março de 2008.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus,
pois ele me deu forças para conseguir passar por esta jornada científica.

Ao CNPq,
pelo investimento e concessão da bolsa que oportunizou meu estudo.

À professora Neuza Guareschi,
pela luz que muitas vezes clareou meus pensamentos e me fez enxergar além.

Ao Pablo, meu marido,
companheiro de todas as horas, que muito me incentivou; e em função do nosso amor teve paciência quanto às minhas ausências nestes últimos tempos.

À minha família,
Porque sempre incentivaram meu crescimento profissional! Amo vocês!

À Jerusa Cuty,
amiga querida que acreditou no meu potencial e sempre com palavras doces, me incentivou.

À Ana Paula,
amiga, irmã, madrinha... me auxiliou com idéias, com leituras, e com palavras de incentivo e compreensão. Te Amo!

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo discutir o aborto e a política de saúde da mulher, principalmente no que se refere aos princípios da integralidade e da promoção da saúde, através das proposições sobre a legalização do aborto em pauta na Câmara Federal. Como concepções teóricas para esta discussão, utilizam-se os fundamentos das Políticas Públicas de Saúde da Mulher, a concepção de Planejamento Familiar, bem como os princípios e diretrizes do SUS. Para isso fizemos uma busca na base de proposições da Câmara Federal a fim de acessar aquelas que tratam sobre o aborto no período de janeiro de 2005 a novembro de 2007, tendo sido encontradas 35 proposições. Dentre estas, foram selecionadas 16 proposições de acordo com o seu conteúdo para serem analisadas. A análise mostra que as questões relativas à saúde da mulher não se integram às questões da legalização do aborto devido à falta de articulação e de comunicação entre as instâncias das políticas públicas de saúde e da legislação em vigor. As instâncias não dialogam suficientemente para que as questões sobre o aborto sejam integradas às políticas de saúde da mulher. Cada instância, dentro de suas atribuições, trabalha diretamente com as questões do aborto de acordo com um determinado prisma – o legislativo através de controle/punição das ações da mulher sobre seu corpo e a política de saúde através da promoção de ações que visem à prevenção do aborto e ao tratamento de suas conseqüências na saúde da mulher. Assim, as ações da área da saúde em relação ao aborto podem não estar sendo modificadas em função das prováveis limitações impostas pelo legislativo, o que acaba interferindo na integralidade e promoção de saúde proposta pelo SUS e pela PNAISM.

Palavras-chaves: Políticas Públicas, Saúde, Mulher, Aborto.

ABSTRACT

This dissertation intends to discuss abortion and women's health politics, focusing on the principles of integrality and health promotion, through the study of the propositions about abortion legalization in the political agenda of the Brazilian Deputies Chamber. The theoretical background to this discussion is built upon the fundamentals of Woman's Health Public Politics, the Familiar Planning conception, as well as on the principles and guidelines of Brazilian SUS. To do this we developed a research at the Federal Deputies Chamber database of propositions aiming to access those that deal with abortion matters within the period of 2005th January to 2007th November, being found 35 propositions. Among these propositions, 16 were selected according to their contents to be analyzed. The analysis shows that the questions related to woman's health are not integrated with abortion legalization questions due to the lack of articulation and communication between the instances of the health public politics and the legislative. These political instances do not dialogue enough so that the questions concerning abortion are integrated to woman's health politics. Each one, within its functions, works directly with abortion matters according to a determinate perspective – the legislative through the perspective of control/penalization of woman's actions upon her body, and the health politics through the perspective of promoting actions that aim abortion prevention and the treatment of its consequences on woman's health. Therefore, the actions of the health area when it comes to abortion may not be transformed due to legislative limitations, which end up interfering on integrality and health promotion proposed by SUS and PNAISM.

Key words: Public Politics, health, woman, abortion.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO 1 - A MULHER E O ABORTO: TRAJETÓRIAS	17
A sexualidade feminina e o aborto: uma contextualização	18
A sexualidade e o aborto: normatizações sobre o corpo da mulher	22
Controle da natalidade: o crescimento da população como uma política do Estado	28
A inserção da mulher no mercado de trabalho: as questões da reprodução e do aborto	37
A assistência à saúde da mulher: do pré-natal ao PAISM	41
Referências do capítulo 1	46
CAPÍTULO 2 - A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER E A QUESTÃO DA INTEGRALIDADE	49
PAISM: assinalando uma proposta de integralidade da saúde da mulher	50
O SUS e a PNAISM: a integralidade do cuidado e a promoção da atenção à saúde da mulher	54
Apresentando os materiais de análise: as proposições sobre o aborto	65
Referências do capítulo 2	80
CAPÍTULO 3 - A SAÚDE DA MULHER E A LEGALIZAÇÃO DO ABORTO: ARTICULANDO ALGUMAS REFLEXÕES	82
As Políticas de Saúde da Mulher e a Integralidade	82
Planejamento Familiar e Integralidade: a limitação das discussões para a integração das questões sobre o aborto nas políticas de saúde da mulher	91
As proposições sobre a legalização do aborto: promoção da saúde da mulher?	111
Referências do capítulo 3	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS - A AUSÊNCIA DE IMPLICAÇÕES E DIÁLOGOS ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER E O LEGISLATIVO SOBRE O ABORTO	122
Referências das Considerações Finais	125
ANEXOS	126
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	127

LISTA DE TABELAS

Tabela		Pg.
1	Distribuição por unidade das internações em gestantes em 2004 e 2005	65
2	Posicionamento das proposições que referem o aborto no período de 2005 a 2007	67
3	Proposições que referem o aborto no período de 2005 a 2007	69
4	Proposições que não se posicionam sobre a legalização do aborto no período de 2005 a 2007	76

INTRODUÇÃO

a) **Temática da Dissertação**

Esta dissertação é fruto da minha participação no Grupo de Pesquisa Estudos Culturais e Modos de Subjetivação, que perpassa uma trajetória de aproximadamente sete anos. Comecei a colaborar com esse grupo de pesquisa como bolsista de iniciação científica logo no início do Curso de Graduação em Psicologia, em 2000, extendendo essa participação por praticamente quatro anos, me inserindo em diversas pesquisas desse grupo. Minha vontade de pesquisar e de colaborar para a construção de conhecimento em Psicologia me fez contribuir na formulação de diversos artigos e capítulos de livros que tratavam das pesquisas desenvolvidas pelo grupo.

Logo após o término do curso de Psicologia, ao final de 2004, adentrei no mercado de trabalho, mas sentia falta do ambiente acadêmico, das pesquisas, das descobertas que ele proporciona, então, durante o ano de 2005, participei desse grupo de pesquisa como colaboradora e auxiliei na criação do projeto “Planejamento Familiar e Aborto: problematizando as Políticas Públicas de Saúde da Mulher”¹, que no ano seguinte serviria de base para minha inserção no grupo como mestranda em Psicologia Social. Esse projeto teve por objetivo realizar uma investigação sobre o Programa de Planejamento Familiar, no que diz respeito às ações em Saúde da Mulher, no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). O envolvimento com a temática da saúde da mulher e do aborto ampliou meus conhecimentos sobre as especificidades dos programas voltados à mulher, sobre as políticas públicas que subsidiam a atenção a essa população nos serviços públicos e sobre a forma como essas políticas lidam com o aborto. Em função dessa experiência, escolhi trabalhar com o tema das políticas públicas de saúde da mulher e do aborto nesta dissertação.

¹ Projeto financiado pelo CNPq.

Para discutir este tema, faz-se necessário compreender inicialmente algumas definições sobre o ser que está no útero materno e sobre os procedimentos abortivos, uma vez que essas definições serão utilizadas ao longo deste estudo. Nesse sentido, as duas formas pelas quais podemos chamar o ser que está dentro do útero materno são: *embrião* (ser com até oito semanas de gestação) e *feto* (ser após oito semanas até o final da gestação). Após o nascimento, é denominado *recém-nascido* (Snustad e Simmons, 2001).

Sobre os procedimentos de aborto, as definições pertinentes para a compreensão deste estudo são as seguintes: *aborto espontâneo*, que corresponde ao término acidental da gestação antes da vigésima semana, sendo a maneira por meio da qual o organismo interrompe a gravidez que não está desenvolvendo-se normalmente, e *aborto induzido/provocado/criminoso*, que é causado por uma ação humana deliberada, também denominado *aborto voluntário, procurado* ou, ainda, *interrupção voluntária da gravidez*. O aborto induzido apresenta as seguintes subcategorias: *aborto terapêutico*, realizado para salvar a vida da gestante, preservar a sua saúde física ou mental, interromper a gestação que resultaria em uma criança com problemas congênitos que seriam fatais ou estariam associados com enfermidades graves e reduzir seletivamente o número de fetos para minorar a possibilidade de riscos associados a gravidezes múltiplas, e *aborto eletivo*, realizado por qualquer outra motivação (Roche, 2004).

Além das diferentes formas por meio das quais se pode referir ao aborto, dependendo do período da gestação em que ele é realizado, também lhes são atribuídas as seguintes denominações: *aborto subclínico*, procedimento realizado antes de quatro semanas de gestação; *aborto precoce*, realizado entre quatro e doze semanas; e *aborto tardio*, realizado após doze semanas de gestação (Roche, 2004).

Atualmente, o aborto vem sendo reconhecido como um tema polêmico, o qual suscita posicionamentos de diversas áreas, como a da saúde, a da política e a da religião. A área da saúde

preocupa-se com o tema porque é ela quem lida com as especificidades do corpo da mulher e da sua saúde, abrangendo os procedimentos que envolvem a contracepção, a concepção e o aborto. É o serviço de saúde que acolhe a mulher em situação de abortamento e que a trata, tendo por base as políticas, os programas, os manuais e as cartilhas, entre outros materiais criados pelo Ministério da Saúde com o objetivo de contemplar a integralidade da saúde da mulher e a promoção de sua saúde.

No campo político, o aborto é tratado como um tema controverso: assim como se discutem alguns Projetos de Lei que visam à sua legalização, há outros Projetos que propõem caracterizá-lo como um crime hediondo, de modo que não existe consenso do legislativo em relação ao assunto. Contudo, as inúmeras discussões que vêm sendo realizadas na Câmara Federal visam a contemplar essa ambigüidade sobre o tema do aborto, analisando-o sob diversos prismas. Na religião² católica, o aborto pode ser entendido como a morte de um ser humano que já possui vida, mesmo que seja de horas, após a concepção, motivo pelo qual não deve ser legalizado. Esse posicionamento é fortemente mantido pela instituição católica, que não considera o aborto viável em nenhuma situação.

Os entraves que ocorrem na discussão desses campos de conhecimento compõem a problemática desta dissertação. A partir disso, uma discussão sobre o aborto e a sua legalização torna-se relevante, pois este é entendido como uma importante causa de morte de mulheres que poderia ser evitada. Porém, em função da ilegalidade do aborto, as mulheres nessa situação não têm acesso aos serviços de saúde e acabam recorrendo a procedimentos inseguros, que podem levá-las à morte.

² Sabe-se que existem diversas religiões e que cada uma delas tem um determinado posicionamento sobre a questão do aborto. Porém, como a discussão do aborto em relação às religiões não se trata especificamente da temática desta dissertação, não nos deteremos nela, apesar de reconhecermos sua relevância. Por isso, citamos apenas a Igreja Católica como um exemplo que envolve a temática das religiões e do aborto.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2004), estima-se que cerca de 20 milhões – ou aproximadamente a metade – dos abortamentos induzidos anualmente sejam inseguros. Além disso, dados revelam que, em âmbito mundial, os abortos correspondem a 13% das mortes de mulheres durante a gravidez ou o parto. E, curiosamente, as taxas de aborto nos países em que essa prática é legal e em que ela é ilegal são semelhantes, o que nos leva a pensar que o fato de o aborto ser legalizado não interfere na decisão das mulheres que desejam interromper a gravidez³ (Almeida, 2007).

Portanto, torna-se urgente discutir a legalização do aborto, já que a falta de articulação das políticas públicas de saúde da mulher com o governo acabam prejudicando a saúde e a vida da mulher nessas condições, situação que se torna problemática para atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

b) Justificativa

O presente estudo torna-se relevante na medida em que pode contribuir para a produção de conhecimento sobre o tema das políticas públicas de saúde da mulher e do aborto e servir de base para a discussão sobre a atual legislação brasileira que trata da legalização do aborto. Além disso, pode suscitar uma reflexão acerca das práticas em relação ao aborto nos serviços de saúde, promovendo a saúde da mulher e propiciando condições para o atendimento mais adequado da mulher em situação de abortamento.

c) Objetivos

³ Dados levantados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), publicados pelo Jornal *New York Times*, traduzidos e publicados pelo Jornal *O Estado de São Paulo* em 13 de outubro de 2007.

Esta dissertação objetiva discutir o aborto e a política de saúde da mulher, especialmente no que se refere aos princípios da integralidade e da promoção da saúde, nas proposições sobre a legalização do aborto em pauta na Câmara Federal.

d) Ferramentas teóricas

Como fundamentos teóricos para discutir o aborto e a sua legalização no Brasil recorreu-se às Políticas Públicas de Saúde da Mulher (Brasil, 2004b), à concepção de Planejamento Familiar (Brasil, 1996, 2005c), aos princípios da Promoção de Saúde e da Integralidade, bem como aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2000 2002, 2003, 2004c, 2005a, 2005b).

e) Questões da Pesquisa

Como esta dissertação tem por objetivo discutir as políticas públicas de saúde da mulher e o aborto nas proposições sobre a sua legalização, tornam-se pertinentes as seguintes questões de pesquisa:

- 1) Como acontece a articulação entre a esfera do legislativo e a da política de saúde nas proposições legislativas sobre o aborto?
- 2) Como as políticas públicas de saúde focam as questões do aborto?
- 3) Como as proposições da Câmara Federal sobre o aborto se integram às políticas públicas de saúde no que diz respeito à integralidade e à promoção da saúde da mulher?

f) Do Contexto da Pesquisa

Para abordar a legalização do aborto, é preciso demarcar um campo empírico, neste caso, a base de proposições da Câmara Federal. Essa instância do Poder Legislativo, também conhecida como Câmara dos Deputados, legisla sobre assuntos de interesse nacional, viabilizando o atendimento das necessidades da população a partir da discussão e da aprovação de propostas sobre as áreas socioeconômicas, como educação, saúde, transporte, habitação, entre outras. Assim, a Câmara dos Deputados compõe-se de representantes, eleitos pelo povo, de todos os Estados e do Distrito Federal, o que resulta em um parlamento com diversidade de idéias a serviço da sociedade brasileira.⁴

g) Metodologia da Pesquisa

Para analisar as proposições que vêm sendo discutidos sobre a legalização do aborto, procedeu-se a uma busca na base de proposições da Câmara Federal. Vale esclarecer que, nesta dissertação, entende-se por proposições os Projetos de Lei, os Projetos de Decreto-Lei, os Requerimentos e os Requerimentos de Informação em trâmite na Câmara.

Como o tema do aborto é bastante polêmico e vem sendo amplamente discutido, o número de proposições criado anualmente é grande. Por isso, foi necessário demarcar um período de análise, que nesta pesquisa compreendeu janeiro de 2005 a novembro de 2007. Nesse período, foram encontradas 35 proposições.

Para a visualização do conteúdo dessas proposições, foram elaboradas duas tabelas (ver tabelas 3 e 4) com o resumo de cada uma delas, apresentando os seguintes dados: o número da proposição com o respectivo ano, quem a propôs, qual o posicionamento de seu autor em relação ao aborto (se contra ou a favor) e o seu conteúdo resumido. Essas tabelas possibilitaram a visualização de núcleos de significado referentes à discussão sobre a legalização do aborto.

⁴ Para maiores informações sobre a Câmara Federal e as proposições, consultar o site <www.camara.gov.br>.

Em função do grande número de dados dessas proposições, para que pudéssemos analisá-las com maior profundidade nesta dissertação, selecionamos 16 proposições conforme o seu conteúdo, tendo como critério de seleção o fato de tratarem mais diretamente sobre as questões do aborto e das políticas de saúde da mulher, especialmente sobre os princípios da integralidade e da promoção da saúde. As discussões sobre estas questões vem sendo realizadas por Mattos (2004), Guareschi e Colaboradores (2007), Medeiros, Guareschi e Bernardes (2005), Gomes e Pinheiro (2005), entre outros.

h) Apresentação da Dissertação

Esta dissertação é composta por três partes ou capítulos. No primeiro capítulo, realizamos uma contextualização do movimento histórico e político sobre o aborto, conforme alguns autores que vêm discutindo este assunto como Roden (2003) e Pedro (2003); abrangendo questões como a sexualidade, o corpo, o controle da natalidade, o mundo do trabalho e a saúde da mulher; no contexto da Saúde Pública.

No segundo capítulo, construímos o objeto de estudo desta pesquisa, que é o aborto e a política de saúde da mulher, tendo em vista os princípios e as diretrizes do SUS, além de outras questões que atravessam a política de saúde da mulher como a questão da integralidade e da promoção da saúde, no contexto da Saúde Coletiva. Além disso, foram explicitados o contexto e os procedimentos metodológicos desta pesquisa, bem como os resultados da investigação realizada na base de proposições da Câmara Federal.

No terceiro capítulo, realizamos a análise dos dados obtidos na base de proposições da Câmara Federal, através da discussão do aborto (e de sua legalização) no âmbito da política de saúde da mulher, principalmente no que se refere aos princípios da integralidade e da promoção da saúde, entre outros aspectos.

Por fim, as considerações finais tecem algumas reflexões sobre os resultados da pesquisa e apontam sugestões de ações para lidar com o aborto e a saúde da mulher nos serviços públicos de saúde.

i) Referências da Introdução

Almeida, L.M de. *Aborto: o que falta discutir*. Recuperado em 16 outubro, 2007, do <www.observatoriodeimprensa.com.br>.

American Psychological Association (APA). (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5.ed.). Washington, DC: Author.

Brasil. (1996). Diário Oficial da União. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 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. Recuperado em 19 agosto, 2007, do <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9263.htm>>. pp. 561-570.

Brasil. (2000, outubro). *Legislação Federal e Estadual do SUS - SUS é Legal*. Governo do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde: Brasília.

Brasil. (2002). *Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico*. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil. (2003). *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes*. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil. (2004b). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil. (2004c). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil. (2005a). *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil. (2005b). *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica*. (2.ed.). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde: Brasília.

- Brasil. (2005c, setembro 01). *Portaria nº 1.508*. Ministério da Saúde. Seção I. Recuperado em 22 novembro, 2007, do <<http://www.providaanapolis.org.br/port1508.htm>>. pp. 124-125.
- Gomes, M.C.P.A.; Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Revista Interface: comunicação, saúde e educação*. 9(17), pp. 287-301.
- Guareschi, N.; Medeiros, P.F.; Nardini, M.; Wilhelms, D.M. (2007). O Aborto e as Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 2(1). Recuperado em 13 dezembro, 2007, do <http://www.ufsj.edu.br/Pagina/ppp-lapip/volume2_numero1.php>.
- Mattos, R.A.de. (2004, setembro/outubro). A Integralidade na Prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), pp.1411-1416.
- Medeiros, P.F. de; Guareschi, N.M.; Bernardes, A.G. (2005). O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*, 21(3), pp. 263-269.
- Organização Mundial de Saúde & International Women's Health Coalition. (2004). *Abortamento Seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde*. Campinas: Cemicamp.
- Pedro, J.M. (2003). Aborto e Infanticídio: práticas muito antigas. In: Pedro, J.M. (org.). *Práticas Proibidas: práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX*. Florianópolis: Cidade Futura. pp. 19-58.
- Roche, N.E. (2004). *Therapeutic Abortion*. Recuperado em 26 janeiro, 2008, do <<http://www.emedicine.com/med/topic3311.htm>>.
- Rohden, F. (2003). *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Snustad, P.; Simmons, M. (2001). 2.ed. *Fundamentos de Genética*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

1. A MULHER E O ABORTO: TRAJETÓRIAS

Este primeiro capítulo da dissertação objetiva apresentar uma contextualização do movimento histórico e político sobre o aborto no que se refere a algumas questões que se inter-relacionam, exercendo efeito umas sobre as outras, como a sexualidade, o corpo, o controle da natalidade, o mundo do trabalho e a saúde da mulher.

Embora essas questões pareçam estar, às vezes, apresentadas aparentemente em uma ordem cronológica, não se pretende segui-la e nem fazer, como já dito, com que elas estejam dissociadas umas das outras, mas sim expô-las com base nas implicações em relação ao aborto. Além disso, pode-se dizer que esta explanação situa-se no contexto da Saúde Pública, que marca o investimento da medicina nas enfermidades, tendo como estratégia o esquadramento estatístico da epidemiologia no espaço urbano, adotando medidas sanitárias para combater as epidemias (Medeiros, Guareschi e Bernardes, 2005).

Como o presente capítulo constitui uma contextualização de diversos movimentos, para que a leitura ficasse mais clara, tornou-se necessário criar um subtítulo para cada um dos itens que serão discutidas em relação ao aborto. Porém, é importante ressaltar que as divisões foram utilizadas por motivos didáticos, pois essas questões estão estreitamente relacionadas. Alguns assuntos como a questão da religião, a do direito, a da medicina, a da psicologia, entre outras; apresentam-se desde a história primordial do aborto até o contemporâneo, permeando as diferentes situações que aparecem ao longo desta dissertação.

A sexualidade feminina e o aborto: uma contextualização

Durante muito tempo, a sexualidade não era entendida como um tabu, como um assunto que causasse pudor, não sendo necessários disfarces para se falar sobre ela, porque se aceitava a diversidade de manifestações nesse sentido, ou seja, o ilícito ainda era tolerável (Foucault, 1993).

Somente mais tarde é que a sexualidade passou a ser discutida em outro âmbito, e o sexo tornou-se algo a ser dito através das diversas instituições: a Igreja e as *práticas confessionais da carne*; a medicina e a psiquiatria com as patologias sexuais em torno da masturbação; as políticas de natalidade; as instituições pedagógicas voltadas para o estudo das manifestações de sexualidade infantil, etc. (Adorno, 2006). Porém, essas discussões somente se davam em instituições respaldadas por um conhecimento científico de quais comportamentos seriam normais, admissíveis, ao contrário daqueles que transgrediam as regras, sendo, por isso, considerados patológicos e até mesmo anormais. Para esses, era necessário que se criasse uma punição, já que, afinal de contas, extrapolavam os limites do aceitável. Nesses casos, o silêncio tornou-se um aliado, pois ao se falar de outro tipo de sexualidade, a ilícita, emergiam as repressões.

Em diversos povos, o aborto ocorria em função da vivência proibida da sexualidade, ou seja, quando havia um relacionamento extraconjugal ou ainda um relacionamento sem o contrato matrimonial, sendo a gestação fruto de uma relação não-legalizada. Desta forma, revelar o aborto significava dar visibilidade ao sexo fora do matrimônio.

Na Antigüidade Greco-Romana, por exemplo, não se têm registros de um saber legitimado que delineasse o comportamento feminino, que normatizasse os atos que seriam permitidos ou não em relação à sexualidade da mulher. Em função disso, o aborto era entendido como uma forma de interrupção da gravidez indesejada em quaisquer situações, fosse em um casamento legítimo, fosse em uma relação extraconjugal (Rohden, 2003). Ao longo do tempo,

porém, o direito romano instituiu leis de punição ao aborto cuja preocupação maior não implicava salvar a vida do feto, mas sim assegurar os direitos do marido sobre a traição que lhe fora feita (Pedro, 2003).

Em diversas culturas o sexo masculino era entendido como sujeito de direitos constitucionais que deveriam ser respeitados, enquanto o feminino era visto como passivo; a mulher era concebida como reprodutora, portadora da vida, da descendência familiar. Desse modo, a penalidade em caso de aborto não era aplicada à mulher, mas somente às pessoas que a auxiliavam nos procedimentos e acabavam por levá-la à morte. A sua sexualidade não poderia, então, ser vivenciada somente no sentido do prazer sexual, já que sua função principal era a da procriação; por isso, a mulher era valorizada pelo número de filhos: seu corpo servia para gerar crianças saudáveis (Rohden, 2003).

Pode-se pensar também no aborto como uma tentativa de resistir aos discursos hegemônicos sobre a maternidade. Ele seria uma forma de romper com a norma, de possibilitar à mulher exercer alguma ação sobre o seu corpo e a sua sexualidade, optando pela gestação ou não. Porém, o processo de apropriação da sexualidade feminina não foi simples, tendo logo emergido as proibições penais. Então, os atos que antes eram repreendidos pela moralidade popular, tomam maiores proporções e passam a ser legalmente proibidos pela legislação. A mulher que pratica o aborto, antes vista pela sociedade como imoral e indecente, agora é vista também como criminosa.

A questão da punição à mulher que faz o aborto começa a gerar grandes repercussões em meados de 1910, quando passa a ser utilizada a terminologia *aborto criminoso* em teses, periódicos e outras publicações da época. O *aborto criminoso*, também chamado de *aborto provocado*, é o ato voluntário da mulher em interromper a gravidez por meios ilegais através de medicamentos ou procedimentos; diferentemente do aborto espontâneo, em que feto é eliminado pelo corpo da mãe sem que ela faça qualquer procedimento (Rohden, 2003). A divulgação dessa

terminologia pela sociedade demarca o aborto como um ato infracional, ou seja, a mulher que o realiza passa a ser considerada como socialmente criminosa, perigosa, aquela a quem o âmbito judiciário reprime e condena.

Para que ocorresse tal condenação, era necessário que a medicina passasse a examinar o corpo feminino na busca de provas sobre o crime. A sexualidade da mulher passa, então, a ser entendida como algo que pode ser vigiado, investigado, rotulado. Isso produz efeitos nas mulheres no sentido de que elas passam a relacionar-se com o próprio corpo, com a própria sexualidade e até mesmo com a sociedade estando permeadas por esses saberes, tomados como a norma baseada na cientificidade, que propaga aquilo que é melhor para elas, para a sua saúde e para a sua integridade social.

A exposição da sexualidade e também do aborto – por vezes contida, por vezes não – mobilizou algumas possibilidades de punição, como, por exemplo, a instituição do Código Criminal do Império, em 1830, que penalizava o terceiro que auxiliasse a mulher a realizar o abortamento, ou que o fazia sem o consentimento dela (Bitencourt, 2003). Já o abortamento praticado pela própria mulher não era considerado crime em função da dificuldade de sua comprovação; por esse motivo, a punição para tais casos surgiu mais de cem anos depois, em 1940, com o Código Penal Brasileiro.

O artigo 128 do Código Penal tipifica⁵ o aborto, estabelecendo duas formas de aborto permitido: em caso de estupro ou de risco à vida da mulher, não mencionando o aborto espontâneo, que seria uma interrupção natural da gravidez por motivos biológicos, mas estabelecendo penalidades ao aborto criminoso. Os artigos 124 a 128 estabelecem que a mulher que provocar aborto ou permitir que outrem o faça será punida de um a três anos de prisão, semelhante à pena dos casos de homicídio culposo (Pirotta e Piovesan, 2001; Brasil, 2004a).

⁵ Institui como crime.

O Código Penal era a única forma legal de penalização das mulheres que realizavam abortamentos, embora existissem outras maneiras informais de punição, como a publicação do comportamento feminino nos jornais. Divulgavam-se registros de inquéritos policiais, fotos das acusadas, trechos de depoimentos de testemunhas, enfim, todo tipo de material que expusesse as mulheres (Pedro, 2003). A mídia passa então a exercer um papel importante no que se refere à repressão da sexualidade feminina, uma vez que a exposição da mulher como infratora perante a sociedade denota uma repreensão. Desse modo, a divulgação de escândalos envolvendo a sexualidade do corpo da mulher, seu comportamento e a geração de uma nova vida podem ser entendidos como estratégias de controle social da sexualidade.

Rohden (2003) analisou alguns processos judiciais divulgados pela mídia e evidenciou que o relato de crimes sexuais buscava, primeiramente, provar que as mulheres que diziam ter sido violentadas tinham um comportamento moral e honesto, merecedor de proteção judicial. Caso as atitudes da mulher em relação à sexualidade fossem consideradas promíscuas, desviantes do que socialmente era esperado dela, o processo não assumia maiores proporções, já que esse comportamento provavelmente havia estimulado tal abuso. Quanto aos homens envolvidos, eram julgados por sua conduta no trabalho.

A autora ressalta que a honra e a moral sexual são concebidas no âmbito judicial como base para o julgamento feminino, enquanto os homens não são julgados pelo mesmo parâmetro, mas sim pelo seu desempenho como cidadãos trabalhadores, que contribuem para o desenvolvimento da economia social. Pode-se pensar que, através do julgamento e da condenação, a esfera jurídica busca a domesticação da sexualidade feminina, evidenciando relações de poder e de saber que moldam não só o comportamento feminino, como também a idéia que se tem de relação conjugal e familiar.

Algumas questões permeiam a compreensão da forma pela qual as mulheres se relacionam com os homens, com a família e com a sociedade. Dentre elas, está a constituição de uma família patriarcal idealizada, a associação da sexualidade feminina à função reprodutiva e o modo como a mulher lida com a moralidade. Todos esses itens constituíam o cenário de discussão da sexualidade feminina e do aborto – cenário no qual predominavam a vigilância e o julgamento da sexualidade feminina, já que somente a sexualidade das mulheres era vigiada e julgada –, o que implicava determinadas posturas e condutas que revelariam se aquela mulher era honesta e merecedora de proteção legal. Assim, se a mulher agisse conforme o esperado, o considerado correto e decente, adquiriria o benefício do aparato jurídico; caso contrário, se ela se desviasse da regra e se relacionasse de outras formas com a sexualidade, eram-lhe instituídas as punições.

A sexualidade feminina, externada pelo corpo, pela forma como a mulher o mostra à sociedade – que espera das mulheres que sejam decentes, que sejam exemplares mães de família, dedicadas ao cuidado da casa e do marido –, está pautada também pela moralidade. Nessa época, ainda não parecia haver movimentos sociais de articulação feminina organizados que reivindicassem os direitos das mulheres. Porém, de alguma forma, ocorriam rupturas individuais em algumas ações, como é o caso da prática abortiva, em que a mulher rompia com as normas sociais e tornava-se agente ativo do corpo e da sexualidade, uma vez que renegar a maternidade contrariava o padrão de normalidade estipulado para as mulheres.

A sexualidade e o aborto: normatizações sobre o corpo da mulher

Ao longo do tempo, uma série de normatizações e prescrições recaem sobre o corpo da mulher, já que é no corpo que a sexualidade se externaliza, toma forma, assim como é nele que se pode investigar, examinar e comprovar a realização do aborto. Buscando saber mais sobre o

corpo, a sexualidade e as possíveis formas de investigá-la, a medicina aproxima-se do corpo da mulher com o interesse de estudar suas especificidades.

Nesse sentido, a medicina parece posicionar-se conforme seus próprios interesses em relação à sexualidade feminina, principalmente no que se refere ao aborto: em determinados momentos, possibilita o auxílio das mulheres na realização de abortos às escondidas, provendo os meios para que sejam realizados, pois sabe como fazê-lo sem prejudicar o corpo, sem deixar marcas, encobrindo tal prática; em outros momentos, aliada à esfera judiciária, posiciona-se contra o aborto através do exame do corpo feminino, buscando a comprovação do ato através de possíveis vestígios.

Por volta do século XIX, no momento em que a medicina participa mais ativamente da investigação do corpo feminino, os médicos disponibilizam novos métodos, instrumentos e remédios abortivos sob os rótulos de “medicamentos para mulheres”, os quais seriam utilizados para “regular as funções femininas”. Esses métodos foram divulgados através de anúncios, principalmente pela imprensa, como uma “propaganda contraceptiva”, com a suposta finalidade de “prevenir a gravidez” sustentada por “técnicas científicas”. Havia, inclusive, anúncios que referiam um “processo seguro para as pessoas que não possam conceber”. Embora a menção do aborto não fosse claramente referida, tais procedimentos eram desenvolvidos através de técnicas abortivas e, de alguma maneira, a finalidade desses anúncios tornava-se conhecida (Rohden, 2003, p. 74).

A prática do aborto passa, então, a circular pela sociedade com nomenclaturas científicas, como “embriotomia”, “feticídio terapêutico” ou “aborto obstétrico”, ao mesmo tempo em que começam a se difundir na sociedade brasileira estudos em que a denominação *aborto criminoso* é citada. A circulação de informações com denominações científicas sobre o aborto caracteriza uma nova relação entre medicina, direito e poderes públicos focalizada no controle da natalidade e na

qualidade da população (Rohden, 2003, p. 74). De certa forma, a difusão das informações sobre técnicas abortivas permite veladamente o aborto por meio do uso de termos médicos que aparentam ser procedimentos como quaisquer outros da área; porém, por trás dessa divulgação, pode-se pensar em uma possível intencionalidade de controle dos corpos, da sua domesticação, de controle do número de filhos que a mulher poderia ou não ter, além de como o seu corpo deve manter-se para ser considerado saudável.

A sexualidade também tinha uma implicação com o momento do parto, no sentido de que, para a mulher, naquele momento em que a sexualidade era vivida de forma contida e reprimida, causaria menos pudores para ela expor seu corpo e seus órgãos genitais para uma outra mulher, no caso a parteira, do que para um homem, o médico. As parteiras eram vistas popularmente como experientes sobre assuntos como o corpo da mulher, a gravidez, o parto e o aborto, enquanto os médicos acabavam não entrando tanto nesses assuntos, apesar de os conhecerem e de estarem igualmente disponíveis para a realização desse tipo de procedimento. Isso acontecia porque as mulheres acreditavam que as parteiras seriam suficientemente experientes nessa área (Pedro, 2003).

A maior participação da medicina na área da concepção ganha força no século XIX e configurou a chamada *medicalização do parto*, considerada sinal de prosperidade familiar, já que chamar um médico em casa custava muito mais caro do que solicitar a visita de uma parteira, o que só era possível às pessoas de classes mais altas. Mesmo após esse acontecimento, o índice de mortes materno-infantis manteve-se elevado (Rohden, 2003).

Por outro lado, a maior participação da medicina na sexualidade da mulher, no que se refere às especificidades do parto, tem por efeito a desarticulação de diversas redes de solidariedade femininas, pois começam a se desqualificar técnicas populares utilizadas pelas parteiras, como simpatias, chás, entre outras crendices, postas em prática tanto para auxiliar na

saúde do feto quanto para induzir o abortamento. Com essa realidade, formou-se uma tecnologia acerca da sexualidade ordenada “em torno da instituição médica, da exigência de normalidade e, ao invés da questão da morte e do castigo eterno, o problema da vida e da doença” (Foucault, 1993, p. 111). Passa-se, então, a investir na sexualidade “ao mesmo tempo como objeto de análise e alvo de intervenção” (Foucault, 1993, p. 29).

O maior interesse da medicina na saúde da mulher, sobretudo aliada ao direito, passou a normatizar o que era permitido ou não ser feito com o corpo feminino, e a população foi aos poucos sendo levada a desacreditar no trabalho das parteiras, que passaram a sofrer ataques tanto de médicos quanto de religiosos (Pedro, 2003). Além do movimento de ampliação do conhecimento da área da saúde sobre o corpo da mulher, há também o movimento da esfera judiciária em relação ao estudo da sexualidade daqueles considerados à margem da sociedade, como os loucos e os criminosos, bem como à investigação acerca da origem dos desvios na infância (Adorno, 2006).

É nesse mesmo contexto de movimentos de ampliação do conhecimento acerca dos corpos que a sexualidade é tomada como algo escondido, que pertence somente ao âmbito conjugal. Assim, a mulher é absorvida pela tarefa da reprodução, calando-se no que concerne ao sexo. A repressão dos corpos em relação à sexualidade faz com que esta somente possa ser manifestada dentro dos lares, sendo proibido falar sobre ela. Se esse mutismo fosse rompido, que fosse em lugares específicos da sociedade, como as casas de prostituição e as instituições de saúde, nos quais era permitido falar sobre a sexualidade, manifestá-la, ainda que a preços altos:

(...) se a repressão foi, desde a época clássica, o modo fundamental de ligação entre poder, saber e sexualidade, só se pode liberar a um preço considerável: seria necessário nada menos que uma transgressão das leis, uma suspensão das interdições, uma irrupção da

palavra, uma restituição do prazer ao real, e toda uma nova economia dos mecanismos do poder, pois a menor eclosão de verdade é condicionada politicamente (Foucault, 1993, p. 11).

Nessa conjuntura repressiva, fora dos locais onde era permitido manifestar a sexualidade, visibilizava-se o puritanismo, difundindo-se o tríplice decreto: “interdição, inexistência e mutismo” (Foucault, 1993, p. 10). E se a sexualidade era tratada como assunto que ao ser falado causava melindres à sociedade, “a sexualidade desviante não é problema do magistrado, contudo do médico” (Adorno, 2006, p. 218).

Conforme o desenvolvimento dos estudos da medicina sobre os corpos, principalmente acerca da comprovação de crimes através do exame corporal, cria-se a medicina legal por meio da especialidade dos médicos legistas. Ela se torna um ramo de prestígio dentro da medicina no que se refere às questões de controle da natalidade e aborto, ocupando maior espaço na resolução de casos desse tipo (Pedro, 2003).

Além de sua função diagnóstica e curativa, a medicina apropria-se da função de identificação de marcas corporais que provariam ou não crimes, policiando os procedimentos utilizados para o controle da natalidade. Esses estudos intensificam-se principalmente quando surgem formulários que questionam o perito sobre a existência de tentativas ou da efetivação de abortamentos. Quando Pedro (2003) discorre sobre o parto e a forma como a medicina alia-se ao direito para discutir essa questão, pode-se perceber o início de uma implicação dessa relação – da medicina com o direito – também com o aborto. Além disso, o maior interesse da medicina na temática da concepção fornece subsídios que possibilitam ao âmbito legislativo oficializar punições ao aborto através do Código Penal. Isso se torna possível em função da comprovação científica das práticas abortivas através do exame médico do corpo da mulher (Pedro, 2003). Esse

movimento de legitimação possibilita que se fale sobre o aborto, produzindo formas de pensar a sexualidade da mulher como algo que pode ser investigado e avaliado dentro dos parâmetros de normalidade e decência.

A medicina, assim, une-se à esfera jurídica através dos exames de cadáveres, buscando neles as causas de morte, contribuindo para a reconstituição de crimes e a formulação de estratégias de contenção das condutas consideradas criminosas, como, por exemplo, o aborto. Em termos de saúde pública, a medicina passa a ser considerada como o saber que investiga os comportamentos que podem ser considerados saudáveis ou patológicos, afastando cada vez mais as conhecidas parteiras de sua função em relação à gravidez e ao aborto, pois “virá do conhecimento médico recém-qualificado a comprovação da naturalidade do amor materno” (Pedro, 2003, p. 31).

Os médicos, então, passam a interferir mais na vida familiar e na saúde materno-infantil por meio da formulação de políticas, da naturalização dos papéis sexuais, do conhecimento científico sobre os métodos contraceptivos, bem como das investigações do corpo da mulher que poderiam condená-la por ter realizado um aborto criminoso. A partir desse interesse da medicina na vida familiar, o controle da natalidade começa também a ser um assunto bastante discutido pelos médicos: laboratórios trabalham para descobrir o método mais eficaz para evitar a gravidez e para desvendar os vestígios das práticas sexuais nos corpos femininos (Rohden, 2003).

A medicina estuda e trata das doenças do corpo da mulher, principalmente as doenças relacionadas à sexualidade, enquanto o âmbito legislativo normatiza formas legais de exercê-la. Porém, contrapondo-se ao normal emerge o patológico, o não-permitido, o ilegal, que passa a ser falado através de estudos sobre a honra sexual e os delitos dessa ordem. Segundo Rohden (2003), os estudos de Caulfield mostram que aproximadamente quinhentas famílias procuravam a polícia

no Rio de Janeiro a cada ano em busca de algum tipo de reparação pela perda da virgindade das filhas.

No contexto de maiores intervenções da medicina legal e de problematizações a respeito dos comportamentos que envolvem a sexualidade, encontra-se, em 1960, o registro da primeira mulher acusada judicialmente por ter realizado um aborto (Pedro, 2003). A partir do desvelamento do corpo da mulher, é possível localizar nele as suas práticas sexuais, já que se pode examiná-lo, investigá-lo, julgá-lo e condená-lo. Assim, o discurso da penalidade às práticas abortivas proporciona determinadas formas de a mulher analisar-se, agir e relacionar-se com o corpo, na medida em que é nele que se localizam tais condutas; busca-se o controle da população através do corpo, que se torna dócil e submisso, ou seja, um corpo disciplinado.

Controle da natalidade: o crescimento da população como uma política do Estado

Os métodos abortivos propagavam-se popularmente na sociedade. Assim, como forma de conter o aumento da utilização desses métodos, introduziu-se em 1890 a penalidade às mulheres que por si só realizavam o aborto (Pedro, 2003). A condenação passa a ocorrer quando esses atos tornam-se ameaçadores ao desenvolvimento social, ao progresso da nação, pois o objetivo maior das penalidades era punir aquele que importunasse o crescimento populacional (Marcão, 2002). Pode-se pensar que as leis não visavam a assegurar a saúde física ou o bem-estar emocional da mulher, mas sim a garantir questões econômicas, políticas e sociais que envolviam o temor à escassez da nação (depopulação). A partir disso, a proibição ao aborto ocorre devido a ele ser considerado um método de controle da natalidade que contribuía para a depopulação, motivo pelo qual foram necessárias as intervenções jurídicas para frear essa prática.

Mais tarde, em finais do século XIX, a considerável diminuição das taxas de natalidade em diversos países impulsionou inúmeras discussões políticas acerca da contracepção, do aborto

e do controle da natalidade. Esses debates possibilitaram que se falasse sobre o uso de métodos contraceptivos, sobre as práticas abortivas e sobre o que se poderia fazer para detê-los, já que as punições jurídicas não funcionaram conforme o esperado (Rohden, 2003). Por outro lado, apesar da constante repressão, é nessa conjuntura de discussões políticas sobre a contracepção e sobre as penalidades que as mulheres começam a manifestar publicamente questões associadas à sua sexualidade (Piazzeta, 2001).

A percepção generalizada de que as taxas de fecundidade diminuía incitava discussões referentes ao controle da sexualidade feminina. Os debates aconteciam como reflexos da chamada transição demográfica em função da constatação de que os índices de nascimentos diminuía, o que impactava aqueles que temiam a depopulação, receosos de que as mulheres não tivessem um número de filhos suficiente para dar continuidade à nação (Rohden, 2003).

Apesar da realidade de contenção aos métodos contraceptivos e ao aborto, com vistas, sobretudo, à normatização dos comportamentos sexuais, o aborto continuava ocorrendo. Diversas formas de nomeação foram utilizadas para referir as mulheres que o praticavam, tal como as “mães desnaturadas que representam um atentado à civilização” (Pedro, 2003, p. 21). Essas denominações produzem modos de ser mulher, pois ela passa a agir e a pensar em si mesma como sendo subjetivada/interpelada pela fala do *ser mulher que aborta*. Essas designações implicam certas formas de a mulher relacionar-se com a sexualidade, porque, nesse caso, quem aborta é ela mesma, que já não é mais vista como passiva. A mulher, mesmo interpelada por um saber que a oprime e a condena, é autora dos atos sobre o próprio corpo.

Contudo, para algumas crenças, não só as leis jurídicas condenavam a mulher que abortava, mas também as leis de Deus materializadas na Igreja Católica. O aborto é entendido por essa instituição como um pecado, como um crime, pois ela considera o feto, mesmo que tenha sido gerado a poucas horas, já como uma vida. Um exemplo disso é a maneira como os índios

brasileiros lidavam com a questão do controle da natalidade antes e depois da chegada dos portugueses, interpelados pelos conceitos cristãos, às terras brasileiras (Pedro, 2003).

Antes da vinda dos portugueses ao Brasil, a sexualidade feminina era expressa e vivenciada com naturalidade, através do instinto indígena: o corpo à mostra dos índios e das índias fazia parte da cultura local, não havendo razão para se esconder as curvas do corpo. Nessa cultura, o aborto era uma prática comum a partir do terceiro filho de um casal, pois, em caso de guerra, somente se poderia proteger a dois filhos: o pai a um e a mãe ao outro. Então, o terceiro filho não era concebido em função de uma possível injustiça em ter de escolher quem deveria sobreviver nesses casos, ou seja, o aborto era utilizado, ao mesmo tempo, para manter a família e para preservar a tribo (Nora, 2004).

Por volta de 1500, os portugueses chegam ao Brasil e iniciam um investimento religioso de catequização dos índios e de expansão do cristianismo no país, doutrinando-os para que se tornassem civilizados (Pedro, 2003). A partir disso, as práticas consideradas comuns entre os índios começaram a ser interpeladas pelo olhar português. A sexualidade começa a ser ensinada como algo reservado: os corpos devem ser cobertos e domesticados, enquanto a sexualidade deve ser vivenciada dentro dos lares.

Houve, então, um estranhamento de costumes, pois o hábito de matar os fetos era entendido como uma barbárie, um crime: os portugueses desconsideraram o instinto de conservação indígena e instituíram normas pautadas nos preceitos culturais da sua civilização. Com base nas leis cristãs pregadas pela religiosidade portuguesa, a sexualidade das índias passa a ser domesticada e o sexo começa a ser entendido como um ato que visa à procriação, à continuação da espécie. O aborto, por sua vez, é desnaturalizado, a mulher que o pratica é vista como pecadora, e o temor português à escassez da nação diminui, já que as índias começariam a ter mais filhos.

No processo de colonização, o Concílio de Trento⁶, representando a Igreja Católica, reafirma o casamento como sacramento através da publicação de manuais de confissão que enfatizam a constituição de uma família (Pedro, 2003). Com isso, objetiva-se a domesticação dos indivíduos através da moralização dos casais, disciplinando suas condutas sexuais. Assim, a gravidez indesejada começa a ser vista como algo ilícito, que ocorre fora das relações matrimoniais, pois, se o filho fosse gerado pelo casal, comporia a família e não haveria motivos para ser rejeitado. Nesse caso, o aborto revelaria uma relação extraconjugal, sendo a mulher protagonista de uma relação pecadora, condenada pelo olhar da Igreja Católica. Nessa conformação social, estão implicadas relações de poder e saber, já que não existe domínio da sexualidade que pertença a um conhecimento científico livre, desinteressado (Foucault, 1979). Assim, permanecem as exigências econômicas e ideológicas do poder que instituíram mecanismos de proibição: por trás da norma impera o temor dos portugueses à depopulação.

Um dos efeitos desse receio de que a civilização pudesse diminuir foi a proibição do aborto, o qual sempre ocorreu e era até mesmo entendido como uma prática banalizada. Em função disso, o aborto torna-se alvo de leis, de investigações pela Inquisição, de inquietações da medicina e do setor público (Pedro, 2003). O modo como o aborto foi registrado, discutido, enfrentado e criminalizado está atrelado à forma como a nação foi sendo constituída, com base em conhecimentos como os da medicina e do direito, que buscavam regulamentar o corpo e a sexualidade feminina no sentido de criar corpos saudáveis, aptos para a reprodução e a produção da população. No que se refere aos debates sobre o crescimento da população e às práticas restritivas da natalidade, pode-se referir como exemplo as discussões entre malthusianos e

⁶ O Concílio de Trento foi uma importante Assembléia do século XVI realizado na cidade de Trento, na Itália, que visava a reunir os católicos para combater as idéias da Reforma. Essa assembléia manteve todos os dogmas do catolicismo: reafirmou a crença de que a salvação da alma se dá por meio da fé e das boas obras; reforçou o poder do Papa; manteve o celibato clerical e os sete sacramentos; determinou a criação de seminários para a formação de sacerdotes; destacou a importância da missa para lembrar o sacrifício de Cristo; considerou criminoso o lucro proveniente da venda de indulgências e organizou um Índice dos Livros Proibidos (Brasil Escola, 2007).

neomalthusianos, as quais possibilitaram que o aborto fosse falado, discutido e pensado como uma questão política, econômica e social.

As pessoas que concordavam com a teoria de Malthus (1766-1834), pastor protestante, acreditavam que a população crescia em proporção geométrica, enquanto a produção de alimentos aumentava em proporção aritmética, o que levaria a uma catástrofe, já que a quantidade de recursos disponíveis pelo planeta seria inferior à demanda populacional. Contudo, essa teoria não foi confirmada na época de seu anúncio – em plena Revolução Industrial –, pois ignorou os efeitos do progresso tecnológico, apostou em uma idéia de crescimento infinito da população e propôs um diagnóstico equivocado sobre os mecanismos do crescimento demográfico moderno (Torres, 1995).

Os neomalthusianos, embora tenham sido inspirados na teoria de Malthus, foram mais além, porque acreditavam que a superpopulação seria a origem da miséria e da guerra, as quais precisavam ser combatidas através de métodos de controle da natalidade. Eles apoiavam a vida sexual e reprodutiva como uma questão de escolha dos indivíduos, que para tanto utilizariam os métodos contraceptivos que julgassem mais adequados, e encaravam o controle de natalidade como algo positivo (Rohden, 2003). A partir dessa idéia, o crescimento da população tornou-se uma variável politicamente estratégica e o controle da natalidade passou a fazer parte da agenda de colaboração econômica, política e militar do país (Carvalho e Brito, 2005).

Há, então, um investimento na vida e na lógica do controle das populações. Assuntos como a saúde, a higiene, a sexualidade e a natalidade são tratados como responsabilidade do Estado. E, dentre eles, emerge como objeto de interesse do governo a prevenção da reprodução dos chamados anormais, que atrapalhariam o progresso saudável da nação (Caponi, 2004), bem como o impedimento de que crianças saudáveis não pudessem nascer em função de abortamentos. Assim, existe o estímulo àqueles que são saudáveis e normais para que se reproduzam e dêem

continuidade a uma população conforme os padrões esperados pelo Estado. Este, por sua vez, incentiva determinados sujeitos a terem mais filhos, porém não a todos os sujeitos, reafirmando, por exemplo, o que ocorre desde a Idade Média, quando o aborto é associado às mulheres pobres, classe à qual se dirigem as punições judiciárias e religiosas (Pedro, 2003).

Ainda sobre a questão do controle da natalidade voltado às mulheres pobres, em meados do século XX, os procedimentos abortivos eram bastante discutidos e condenados socialmente. Por isso, acabavam sendo praticados às escondidas, geralmente por quem tivesse condições de pagar por eles. Desse modo, o acesso a tais métodos era possibilitado a algumas pessoas, sendo que o uso evidenciava-se somente no momento em que deixavam registros ao passar pela polícia: “as classes dominantes pareciam merecer a atenção dos médicos, enquanto as outras, a da polícia” (Rohden, 2003, p. 125). Assim, mulheres de algumas camadas sociais, por questões associadas à falta de condições financeiras, tinham implicações diferenciadas com o aborto. Provavelmente, as mulheres de diversas camadas sociais utilizavam métodos contraceptivos, porém, em função dos métodos que as de camadas mais elevadas utilizavam e do maior acesso a profissionais particulares, os procedimentos de aborto eram mais facilmente encobertos (Rohden, 2003). A partir disso, o investimento do Estado no sentido da vigilância às mulheres voltava-se mais às camadas pobres para que não dessem continuidade a uma prole desprovida de *status* e sem perspectivas de crescimento social.

Essa lógica do controle da natalidade, voltada aos elementos indesejáveis que poderiam compor a população, não atinge somente a camada pobre da população, mas também a todos aqueles socialmente improdutivos e imperfeitos (deficientes, doentes, etc.), para quem os métodos contraceptivos passam a ser considerados viáveis, ao passo que para as pessoas saudáveis prevalece a lógica da valorização da maternidade e da vida familiar.

O estímulo à procriação aparece através de um projeto de valorização da maternidade divulgado em propagandas, direcionadas principalmente às mulheres: era preciso convencer as sadias de seu papel materno (Rohden, 2003). Nesse sentido, elas ocupam determinadas posições no meio social embasadas em determinadas formas de ser e de pensar designadas pela sociedade, ou seja, existe uma naturalização do feminino, da idéia de que a mulher saudável deve assumir a posição de cuidadora, procriadora e mãe de família.

Diversos debates ocorrem com o objetivo de discutir o controle da natalidade e o desenvolvimento da humanidade. Entre eles, por exemplo, pode-se citar o Congresso Internacional de Eugenia, realizado em 1912, em Londres, cujas discussões centravam-se no aperfeiçoamento da raça humana (Guerra, 2006). Após inúmeras análises, emergem questões referentes à função restritiva do Estado através do controle da natalidade sobre pessoas doentes ou portadoras de alguma deficiência, já que se acreditava que elas gerariam filhos igualmente comprometidos e afetariam o desenvolvimento da almejada nação saudável. Nos Estados Unidos, dirigentes dos diversos estados formulam leis de esterilização para esses casos. Já na Alemanha, o assunto adquire maiores proporções e a lei de esterilização assume importância social. Efeitos desse processo manifestam-se no Brasil.

No país, o estudo do comportamento sexual, baseado na moral e nos costumes, torna-se assunto de Estado, pois coloca em risco o futuro de uma normalidade da nação. Por isso, esse tema que originalmente era discutido, sobretudo, pela medicina expande-se a outras instâncias de controle social, especialmente ao jurídico (Rohden, 2003).

Segundo Rohden (2003), os estudos de Esteves analisaram diversos processos judiciais de estupro e atentado ao pudor, em que se sobressaíam tentativas de controle moral sobre as camadas populares através da discriminação de comportamentos e valores, bem como através de intervenções sobre as relações amorosas. Fica evidente nesses processos a tentativa do controle

da natalidade por meio da contenção das relações das camadas populares, principalmente as ilegítimas, que por vezes têm por decorrência a gravidez indesejada e o aborto. Pretendia-se, com a vigilância e com a iminência de punição, estabelecer uma norma sexual baseada na honra feminina, que teria por efeitos a diminuição do número de nascimentos ilegítimos e a prevenção de famílias com mulheres não-higienizadas, ou seja, mulheres que não seguiam os padrões de decência. Houve, assim, a tentativa para que os membros familiares assumissem novos papéis e responsabilidades na produção de cidadãos ordeiros e trabalhadores: os corpos são submetidos à norma e destituídos de direitos próprios (Caponi, 2004).

Uma das atribuições legadas à medicina era auxiliar na higienização das mulheres. Para que se pudesse discutir esse e outros temas que preocupavam o Estado, ocorre em 1922 o Primeiro Congresso Nacional dos Práticos, realizado no Rio de Janeiro. Nesse encontro, o aborto é tratado como uma temática de renomada atenção entre os assuntos que evidenciavam a preocupação da medicina com questões sociais. Era função do médico auxiliar na higiene mental da população, bem como no combate à pobreza, ao analfabetismo, às doenças venéreas e ao aborto; além de serem também discutidas questões como a liberdade profissional e a legislação sanitária do país. A busca por uma nação saudável, selecionada, requeria uma postura intervencionista da medicina no controle da natalidade, em que se chegou a ponto de tentar restringir o casamento de pessoas infectadas ou, ainda, de se intervir energicamente no caso do aborto criminoso, buscando punir a mulher e a pessoa que a tivesse auxiliado em tal procedimento (Rohden, 2003).

Nesse congresso, diversas medidas foram recomendadas quanto ao aborto e à contracepção, tais como: a divulgação de propagandas contra a idéia de controle da natalidade, a censura de anúncios que remetessem ao aborto, a vigilância do número de partos e de mortalidade de recém-nascidos, o respeito absoluto ao segredo médico (exceto em casos de

aborto criminoso), os julgamentos severos nos casos de aborto e as denúncias das associações médicas que realizassem abortos criminosos, tendo por objetivo o aumento da população e da moralidade (Rohden, 2003). Evidencia-se, assim, a preocupação com o controle da natalidade associada à população doente, economicamente improdutiva, pois ela poderia retardar o desenvolvimento da nação, assim como os abortos de crianças saudáveis e futuramente ativas também poderiam conter o progresso.

O temor de que a civilização se extinguisse ou decaísse em termos de desenvolvimento econômico suscitou diversas mobilizações por parte do Estado, com vistas ao controle das taxas de natalidade e à vigilância da sexualidade feminina. Como resposta a essas tentativas, emergem alguns movimentos, principalmente de mulheres, articulados com o movimento de direitos humanos, na luta pelos direitos reprodutivos femininos e pela descriminalização do aborto (Pitanguy, 1999). Essas organizações foram percebidas como desviantes das mulheres de sua função materna e de seu interesse pela família, além de contribuir para a redução das taxas de natalidade (Rohden, 2003). Ao lado do surgimento desses movimentos, destacam-se as seguintes mudanças: o olhar mais específico do pensamento médico sobre a mulher, atribuindo a ela maior importância à posição social que ocupa no progresso da nação; a expansão da medicina intervencionista, aproximando-se cada vez mais do Estado; a maior propagação de concepções eugênicas e de métodos de controle de natalidade; a disseminação do trabalho feminino fora de casa (Rohden, 2003).

Ao mesmo tempo em que ocorrem movimentos pela emancipação da sexualidade feminina, conforme referido anteriormente, ocorrem também diversas campanhas de incentivo à maternidade que visam a fortalecer a função da mulher como mãe dentro da família. Essas campanhas intensificam-se, sobretudo, a partir do período de maior desenvolvimento industrial

no país, quando as mulheres começam a participar mais ativamente da mão-de-obra de fábricas e de indústrias, a exercer maior participação na política, etc.

A inserção da mulher no mercado de trabalho e as questões da reprodução e do aborto

As posições que a mulher foi ocupando na sociedade ao longo do tempo sofreram várias modificações em função dos diversos movimentos sociais, tanto de mulheres quanto da demanda social por mais mão-de-obra em diversos setores da economia brasileira. Na década de 1930, as mulheres já ocupavam diversos postos de trabalho no comércio (como escritórios de fábricas, de casas comerciais, de companhias de seguros e de bancos) e na indústria (especialmente de fiação, de tecelagem, de calçados, de produtos químicos, de vidros, de alimentação, de vestuário, de material elétrico, de produtos de matérias plásticas e metalúrgicas). Naquela época, era conveniente empregar mulheres pobres no setor terciário, pois se acreditava que elas eram mais dóceis, mais pacientes e contentavam-se com salários mais baixos. Essa era somente uma dentre as várias diferenças na forma de se conceber homens e mulheres no que tange aos seus direitos e deveres como trabalhadores, fato que sofreu modificações com a Constituição Brasileira de 1988 (Lopes, 2006).

No período inicial de inserção da mulher no mercado de trabalho, emerge como acontecimento importante a Revolução de 30, em que duas líderes feministas de Minas Gerais formaram uma comissão que, em contato com as autoridades federais, religiosas e com o antigo governador local, reivindicaram e obtiveram apoio quanto ao voto feminino. Em função disso, dois anos mais tarde, o Presidente Getúlio Vargas suprime todas as restrições eleitorais às mulheres através do Decreto nº 21.076 e institui o Código Eleitoral Brasileiro.

Em seu segundo artigo, consta que é considerado eleitor qualquer cidadão maior de 21 anos, sem distinção de sexo, embora os homens com mais de 60 anos e as mulheres em qualquer

idade pudessem isentar-se da obrigação eleitoral; logo, não havia obrigatoriedade do voto feminino. Já no ano seguinte, na eleição para a Assembléia Nacional Constituinte, a mulher brasileira, pela primeira vez em âmbito nacional, votaria e seria votada, de forma obrigatória, tendo sido a médica paulista Carlota Pereira de Queiróz eleita a primeira deputada brasileira (Ribeiro, 2007). As mulheres passam, então, a ter os mesmos direitos e deveres políticos que os homens perante a lei no que se refere ao voto, mas em relação à sua inserção no mercado de trabalho ainda havia diversas dificuldades, como sair do espaço da casa e do cuidado à família para o espaço público, de trabalho.

A criação da Constituição Brasileira, em 1988, surge como um marco jurídico de igualdade de direitos e deveres entre os sexos (Ribeiro, 2007). Antes dela, o ordenamento jurídico buscava proteger o trabalho feminino, mas ainda perpetuava a discriminação da mulher no mercado de trabalho. Como exemplo, podem-se citar as proibições específicas para as mulheres, como a realização de horas-extras ou de trabalho no período da noite (Lopes, 2006).

Lopes (2006) fez um estudo acerca das razões que levaram à criação de normas de proteção ao trabalho da mulher e concluiu que nenhuma delas realmente visava à proteção do trabalho feminino, mas sim à estrutura da família patriarcal, já que a única circunstância que justificaria diferentes normas de trabalho entre os sexos seria a questão da maternidade, que demandaria uma maior presença da mulher junto à criança em função da amamentação. Em caso de gestação, a mulher acabaria tendo de se afastar do trabalho, o que poderia acarretar demissão em seu retorno devido ao período de amamentação. Assim, o aborto emerge como meio de impedir que a mulher pare de trabalhar, rompendo com o modelo familiar tradicional.

Delineiam-se, então, diferentes formas de se conceber a mulher e o homem, tendo em vista que ele não interrompe seu trabalho quando assume a paternidade. Nesse sentido, a fidelidade, o casamento e a dedicação exclusiva à maternidade são entendidos como meios legais

de expressão da sexualidade feminina. Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, a sua naturalização como mãe de família e cuidadora desestabiliza-se, criando condições para a emergência de outras formas de ‘ser mulher’ e possibilitando-lhe ocupar outras posições na sociedade. O aborto, nesses casos, evidencia o movimento de ruptura da mulher enquanto passiva e submissa ao sustento masculino.

As reivindicações femininas de igualdade de direitos entre os sexos e a necessidade de determinado tipo de mão-de-obra – fácil e barata – possibilitam a maior inserção da mulher no mercado de trabalho. A partir disso, ela sai do âmbito privado, da casa e da submissão do marido para adentrar o espaço público, o trabalho formal, o auto-sustento, a democracia. Esse movimento de saída para o público implica repressão, já que se envolver em outras atividades externas às do lar significa nem sempre estar disponível para gerar filhos e cuidar da família. Então, o espaço da casa passa a caracterizar-se pela divisão de tarefas, enquanto o espaço público caracteriza-se pela concorrência entre os sexos, delineando uma nova maneira de ‘ser mulher’: ativa, batalhadora, desbravadora da posição de igualdade social.

Pena (1981) refere que o movimento de inserção das mulheres no campo de trabalho ocorreu mais acentuadamente com o início da industrialização do país. Nessa época, as mulheres estiveram mais presentes no mercado, embora essa participação tenha sido permeada por períodos de transformações em função das necessidades do capital. Assim, durante muito tempo, o trabalho feminino teve um caráter complementar no sustento da família em relação ao dos homens, fazendo com que a inserção das mulheres no setor de empregos acontecesse de maneira interrompida, comumente em atividades de baixa qualificação e com baixa remuneração. No entanto, por volta de 1970, há um importante crescimento do número de mulheres incorporadas no mercado de trabalho em função da valorização desse espaço (Aquino et al., 1995).

Em meio ao Regime Militar, são desenvolvidas diversas ações no sentido de aumentar ou diminuir a população, visando à garantia da soberania através do poder bélico, da atividade industrial e do mercado em larga escala. Em função disso, não só a quantidade de pessoas, mas também a qualidade delas despertava grande interesse político e econômico, pois visavam ao desenvolvimento da nação. Como efeito das ações de controle da natalidade, emergem certas formas de ser mulher, de agir e de se relacionar com o corpo. O corpo feminino é visto com grande interesse econômico, passando a ser entendido como mão-de-obra no mercado e como gerador dos próximos trabalhadores. Com base nessa concepção, a busca de uma nação saudável e seleta passa a ser disseminada também através de livros didáticos e institucionais, sendo entendida como uma prestigiada ciência (Rohden, 2003).

No período do Regime Militar, ao mesmo tempo em que a mulher foi conquistando alguns espaços, ela foi sendo subjugada a outros. Em relação à questão do aborto defendida pelos movimentos das mulheres, por exemplo, as condições de visibilidade foram limitadas; porém, esses movimentos criaram condições para que maiores debates sobre o tema emergissem na transição para a democracia, na década posterior. Tendo em vista as discussões que revelaram a importância do assunto, o aborto e a sexualidade aparecem como prioridades na agenda feminista do país (História, 2006) e a perspectiva de gênero passa a ser incorporada às políticas públicas embasadas por tais movimentos (Farah, 2004).

Além dos direitos sociais que as mulheres foram conquistando, como o direito ao voto e ao trabalho assalariado, outro item importante é o direito da mulher à saúde. Sabe-se que até meados de 1988, antes da criação do Sistema Único de Saúde, só quem tinha direito à saúde eram os assalariados. Como a mulher realizava somente trabalhos domésticos, ela tinha acesso aos serviços de saúde em função dos direitos do marido que trabalhava, ou seja, por ser casada com um trabalhador, ela teria o atendimento de saúde, mas não por seu próprio direito, pois nesse

sentido também era dependente do marido. Caso o marido perdesse o emprego, ambos não tinham mais acesso à saúde.

A partir da problemática desse contexto da saúde e de todas as implicações que ele suscitou, a mulher foi concebida durante muito tempo nos programas de saúde como mãe, sendo incorporada nos programas pela preocupação dessa área em relação à gestante, à mulher como portadora dos futuros membros sociais. Somados a esses acontecimentos, estão os movimentos de emancipação femininos pelo direito ao voto e ao trabalho assalariado, em que a mulher adquiriu independência econômica, a partir do seu desejo de trabalhar, interpelada pela necessidade do mercado de mão-de-obra barata, caracterizada pela sensibilidade e pelo cuidado nas atividades.

A assistência à saúde da mulher: do pré-natal ao PAISM

Antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do Ministério da Saúde resumia-se às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças. O Ministério assistia as pessoas que não tinham acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974 pelo Regime Militar, através do desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). O INAMPS era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social) e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, ou seja, aos empregados que tinham carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizada pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam

a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde (Brasil, 2003a).

Quando a mulher começa a trabalhar, ela passa a ter direito à saúde independentemente do marido, conforme já foi referido. No entanto, a saúde da mulher também não pode ser algo visto como vinculado somente ao trabalho, pois, para a sociedade, a mulher é quem vai gerar os futuros trabalhadores. A posição de mãe, de reprodutora, sempre esteve presente no olhar à mulher lançado pela sociedade. Então, a partir da criação do SUS, que considera a saúde como direito de todos e dever do Estado, abre-se a possibilidade para que a mulher seja olhada de outras maneiras, e não só como aquela que produz e reproduz a mão-de-obra para o trabalho, mas como um ser que possui integralidade.

A perspectiva de abranger a gestação sempre permeou os atendimentos às mulheres na área da saúde, que direcionou diversas ações para a saúde genital da mulher e para os programas de atendimento pré-natal. O olhar voltado à maternidade possibilitou que na década de 1920, por exemplo, com a reforma sanitária de Carlos Chagas, a proteção da saúde materno-infantil se tornasse alvo de políticas governamentais que mais tarde seriam consolidadas nos programas de governo. Desse modo, ocorrem “numerosas modificações em nível ministerial e, conseqüentemente, no planejamento e na organização da assistência materno-infantil” (Tyrrell e Carvalho, 1995, apud Nagahama e Santiago, 2005, p. 652). Porém, o Estado restringiu-se aos aspectos de saúde da mãe e da criança somente nas dimensões biológica e funcionalista, enquanto a assistência limitou-se basicamente aos cuidados médicos.

Duas concepções cerceavam a atenção à saúde do grupo materno-infantil: uma seria a de que a reprodução se constituía em uma função essencialmente social, que interessava mais à sociedade do que ao indivíduo; a outra encarava as práticas de higiene simplesmente como conservadoras da vida. Não havia uma preocupação no sentido de controlar a reprodução, mas

sim de combater a mortalidade infantil, visando a construir uma nação saudável e desenvolvida. Baseado nessas duas concepções emerge o primeiro órgão governamental voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil, o qual atuou de 1940 a 1965: o Departamento Nacional da Criança (DNCR). Suas diretrizes tinham por objetivo integrar os planos e as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, tanto públicos quanto privados, com os programas de saúde pública em geral (Tyrrell e Carvalho, 1995, apud Nagahama e Santiago, 2005).

Surgem inúmeras iniciativas voltadas à saúde materno-infantil, sendo amplamente utilizadas nos serviços de Saúde Pública como resposta do governo aos problemas sanitários concebidos como prioritários na agenda da saúde. Nessa perspectiva, é criado em 1975 o Programa Materno-Infantil (PMI), bastante impregnado ainda pela concepção da mulher como mãe. Esse programa é criado e implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura, sendo constituído por seis subprogramas: assistência materna (gestação, parto e puerpério); assistência à criança e ao adolescente (controle de crianças menores de 5 anos e do grupo de 5 a 14 anos); expansão da assistência materno-infantil (integração de grupos comunitários; controle e orientação de curiosidades sobre o assunto); suplementação alimentar (prevenção de desnutrição materna, gestação e lactação); atividades educativas e capacitação de recursos humanos (Silva, 2000).

As ações voltadas somente à saúde materno-infantil não conseguem mais dar conta das necessidades da sociedade em termos de reprodução. Isso ocorre em função de diversos vetores sociais, como, por exemplo, a inserção das mulheres no mercado de trabalho e os movimentos femininos que discutem assuntos relacionados à autonomia sobre o corpo e o direito à anticoncepção; emergem, então, instituições que visam a esclarecer a população sobre o tema.

A Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) é uma instituição privada, idealizada por médicos preocupados em informar sobre os métodos contraceptivos para tentar evitar o grande número de abortos provocados no país que, para esses profissionais, ocorriam por falta de informações e acesso às práticas anticonceptivas. Criada em 1965 e considerada como de utilidade pública em 1971, a BEMFAM contava com o apoio da Federação Internacional do Planejamento Familiar (IPPF), que tinha como objetivo financiar clínicas de controle da natalidade em diversos estados. Com o apoio do governo, os médicos da instituição desenvolviam projetos educativos, difundindo as vantagens de uma família reduzida e o uso de práticas modernas de prevenção sexual (Silva, 2000).

Os estudos de Silva (2000) criticam a BEMFAM e outras entidades, como a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEF), criada em 1981, e mostram que a amplitude de atuação dessas entidades através do saber médico controlista divulgado no país foi responsável, entre outros fatores, pelo alto índice de mulheres esterilizadas no Brasil. Além disso, a atuação dos médicos despolitizou as ações informativas propostas inicialmente, atribuindo um caráter de cientificismo à questão através de seminários e cursos para profissionais da área da saúde e autoridades do governo, entre outros. Dessa forma, a BEMFAM obteve o apoio institucional de que necessitava graças a parcerias com diversas prefeituras no país.

Durante a década de 1970, o movimento de mulheres era contrário à idéia de planejamento familiar presente nas ações da BEMFAM, pois acreditava que nessa instituição estava implícita a concepção de que a pobreza somente seria superada se os brasileiros tivessem menos filhos. Já na década de 1980, o movimento passa, então, a debater outros termos, deslocando o eixo da discussão para situar a anticoncepção no contexto da atenção integral à saúde (Farah, 2004). Esse movimento intensificou o questionamento acerca de qual tipo de atendimento à saúde as mulheres precisavam receber. As reivindicações baseavam-se na queixa

de que, em geral, os médicos entendiam as mulheres principalmente, quando não somente, como úteros gravídicos (Osis, 1998).

Em discussões sobre a qualidade da atenção dada às mulheres que procuravam os serviços do Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), um grupo de médicos aos poucos percebeu que era prioritário oferecer a elas uma assistência integral, em que o serviço se preocupasse com o corpo das mulheres como um todo, e não apenas com órgãos isolados a serem tratados por diferentes especialistas (Osis, 1994, apud Nagahama e Santiago, 2005).

Na tentativa de conceber as mulheres em sua integralidade, organizam-se diversos movimentos de mulheres que, aos poucos, vão ganhando destaque nas esferas do poder público e que passam também a levantar temas específicos à condição de mulher, como saúde, sexualidade, contracepção e violência contra a mulher (Farah, 2004). Em meados de 1980, esses movimentos dão visibilidade à questão da sexualidade feminina, fazendo emergir a problemática da anticoncepção no contexto da saúde reprodutiva como um direito das mulheres. Nessa perspectiva, qualquer atividade voltada para a normatização da fecundidade deveria fazer parte de uma abordagem integral da saúde da mulher, tendo por base seus direitos como mulheres. Nessa mesma época, discute-se em termos mundiais a necessidade de controle da natalidade, sobretudo em países do terceiro mundo (Nagahama e Santiago, 2005).

No âmbito da Saúde Pública, que envolve a necessidade de regulação da natalidade, havia a recomendação de que os governos possibilitassem a liberdade de escolha sobre o número de filhos que cada pessoa gostaria de ter, oferecendo-lhe informações e acesso a métodos anticoncepcionais eficazes, mostrando as vantagens de se ter uma família pequena e, especialmente, derrubando os empecilhos legais às atividades de controle da fecundidade. Nesse meandro de discussões, surge o interesse de grupos organizados de mulheres em conhecer aquele

modelo de atenção desenvolvido na Unicamp, denominado de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), com a intenção de transformá-lo em um programa nacional.

Os movimentos de mulheres lutaram para que o conceito de AISM fosse transformado em um programa de saúde que incluísse um item de educação sexual em saúde. Em 1983, forma-se, então, um grupo composto por sanitaristas, psicólogas e sociólogas, representantes dos grupos de mulheres, demógrafos e pesquisadores das universidades para a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que entrou em ação somente a partir de 1984 (Nagahama e Santiago, 2005, p. 654). Esse tópico será discutido no próximo capítulo.

Referências do Capítulo 1

- Adorno, S. (2006). Foucault, a lei e o direito. In: Scavone, L.; Alvarez, M.C.; Miskolci, R. (orgs.). *O Legado de Foucault*. São Paulo: Editora da UNESP. pp. 201-222.
- Aquino, E.M.L.; Menezes, G.M.S.; Marinho, L.F. (1995). Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. *Cadernos de Saúde Pública*. 11(2), pp. 281-290.
- Bitencourt, C.R. (2003) *Tratado de Direito Penal*. 3.ed. Vol. 2. São Paulo: Editor Saraiva.
- Brasil. (2003a). *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes*. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. *Código Penal Brasileiro*.(2004a). 9.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Brasil Escola. (n.d.). *A Reforma da Igreja Católica ou a Contra-Reforma*. Recuperado em 22 dezembro, 2007, do <<http://www.brasilecola.com/historiag/contra-reforma.htm>>.
- Caponi, S. (2004). A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2(9), pp. 445-455. Recuperado em 10 julho, 2007, do <www.scielo.com.br>.
- Carvalho, J.A.M.; Brito, F. (2005). A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, 22(2), pp. 351-369.
- Farah, M.F.S. (2004). Gênero e políticas públicas. *Revista Estudos Feministas*, 12(1), p.47-71.

- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1993). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 11.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Guerra, A. (2006). Do Holocausto Nazista à Nova Eugenia do Século XX. *Revista Ciência e Cultura*, 58(1), pp.4-5. Disponível no site <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252006000100002&lng=en&nrm=iso>.
- História da formação da problemática do aborto*. (2003, abril). Recuperado em 05 julho, 2006, do <http://www.aborto.com.br/index2.html> 05/07/2006 .
- Lopes, C.M. (2006). Direito do Trabalho da Mulher: da proteção à promoção. *Cadernos Pagu*, 26(1), pp. 405-430.
- Marcão, R. (2002). O aborto no anteprojeto de Código Penal. *Jus Navigandi*, 6(57). Recuperado em 24 junho, 2007, do <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2961>> .
- Medeiros, P.F. de; Guareschi, N.M.; Bernardes, A.G. (2005). O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*, 21(3), pp. 263-269.
- Nagahama, E.E.I.; Santiago, S.M. (2005). Institucionalização médica do parto no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 3(10), pp. 651-657.
- Nora, P. (2004). *Entre Memória e História: a problemática dos lugares*. Projeto História n. 10. Belo Horizonte: autêntica.
- Osis, M.J.M.D. (1998). PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), pp.25-32.
- Pedro, J.M. (2003). Aborto e Infanticídio: práticas muito antigas. In: Pedro, J.M. (org.). *Práticas Proibidas: práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX*. Florianópolis: Cidade Futura. pp. 19-58.
- Pena, M. V. J. (1981). *Mulheres e Trabalhadoras: presença feminina na constituição do sistema fabril*. Rio de Janeiro: Paz Terra.
- Piazzeta, N.O. (2001). *O Princípio da Igualdade no Direito Penal Brasileiro: uma abordagem de gênero*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Pirotta, W.R.B; Piovesan, F. (2001). Direitos Reprodutivos e o Poder Judiciário no Brasil. In: Oliveira, M.C.; Rocha, M.I.B da (org.). *Saúde Reprodutiva na Esfera Pública e Política*. Campinas: Editora da Unicamp, 2001. pp. 155-186.
- Pitanguy, J. (1999). O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: Giffin, K.; Costa, S.H. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Ribeiro, A.S. (n.d). *A Mulher e o Voto*. Recuperado em 18 novembro, 2007, do <http://www.al.sp.gov.br/web/eleicao/mulher_voto.htm>.

Rohden, F. (2003). *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Silva, S.M.V. da. (2000, agosto). Inovações nas Políticas Populacionais: o Planejamento Familiar no Brasil. *Scripta Nova – Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona. 25(69). Recuperado em 26 dezembro, 2007, do <<http://www.ub.es/geocrit/sn-69-25.htm>>.

Torres, A. (1995). *Demografia e Desenvolvimento: elementos básicos*. Lisboa: Gradiva.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER E A QUESTÃO DA INTEGRALIDADE

No capítulo anterior, apresentamos uma contextualização do movimento histórico e político sobre as questões do aborto, abrangendo questões como a sexualidade, o corpo, o controle da natalidade, o mundo do trabalho e a saúde da mulher. As questões apresentadas situam-se em um período anterior à criação do SUS no contexto da Saúde Pública.

Neste capítulo, o ponto de partida da discussão será a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no âmbito do Movimento Sanitário, que propõe questões como a integralidade e a universalidade, à medida que estas vão sendo incorporadas às políticas públicas na área da saúde. Além disso, este capítulo está permeado pelas resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde, da Lei Orgânica da Saúde e da Constituição de 1988, que são importantes instrumentos na configuração do cenário de emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Políticas Públicas de Saúde da Mulher, já no contexto da Saúde Coletiva.

Desse modo, torna-se relevante contextualizar brevemente o processo de transição da Saúde Pública para a Saúde Coletiva, pois esse processo envolve uma mudança paradigmática na forma como se considera a saúde, a doença e o sujeito – e, por conseguinte, a política de saúde da mulher.

A Saúde Pública é demarcada, desde o século XVII, pelo investimento médico nas doenças, baseada na concepção biologicista e estatístico-epidemiológica, utilizando-se de medidas sanitárias para combater as epidemias. Já a Saúde Coletiva constituiu-se com base na crítica ao universalismo naturalista do saber médico, caracterizando-se pela multidisciplinaridade através da entrada das ciências humanas na saúde, mostrando-se crítica em relação às categorias universalizantes da saúde pública, destacando as dimensões simbólicas, éticas e políticas e, por fim, buscando a relativização do discurso biológico.

No Brasil, a implantação do SUS modifica a concepção de saúde, que passa a ser entendida como uma questão integral e plural, e não mais como ausência de doença. Além disso, passa a ser considerada como uma questão coletiva, e não pública, na medida em que o público remete a modelos de programas assistencialistas (Medeiros, Guareschi e Bernardes, 2005).

O SUS caracteriza-se pelos princípios da universalidade, que concebe a saúde como um direito de todos; da integralidade, que proporciona atenção à saúde desde a prevenção até o tratamento de agravos individuais e coletivos; da equidade, que preconiza que todos têm igual oportunidade de utilizar os serviços de saúde; e do controle social. As diretrizes que norteiam o SUS perpassam a descentralização político-administrativa, o atendimento integral e a participação da comunidade (Idec, 2006; Brasil, 2000).

Tendo em vista os princípios e as diretrizes do SUS, além de outras questões que atravessam as políticas de saúde da mulher, este capítulo objetiva abordar a problemática da política de saúde da mulher em relação ao aborto ao longo do processo de modificação da Saúde Pública para a Saúde Coletiva.

PAISM: assinalando uma proposta de integralidade da saúde da mulher

Segundo a concepção biologicista da Saúde Pública e dos diversos movimentos sociais nos quais a mulher tem adquirido espaço, como o direito ao voto, a expansão da sua participação como força de trabalho e o seu papel essencial no núcleo familiar (Brasil, 1984), torna-se prioridade governamental a implantação de um programa específico à saúde da mulher, dada a necessidade de encará-la sob um outro prisma, além dos programas até então desenvolvidos, os quais se limitavam ao ciclo de gravidez e, mesmo assim, eram bastante deficientes (Osis, 1998).

O Ministério da Saúde estabelece uma base de ação programática para a Assistência Integral à Saúde da Mulher com o objetivo de incluir a assistência à mulher em todo o ciclo vital, desde a adolescência até a terceira idade, explicitando um compromisso com o direito das mulheres no sentido de ser uma escolha delas exercer ou não a maternidade. No documento intitulado *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática* (AISM), publicado pelo Ministério da Saúde em 1984, o conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher compreende as ações de saúde dirigidas ao atendimento global das necessidades prioritárias das mulheres e de extensa aplicação no sistema básico de assistência à saúde. Baseadas nos princípios de equidade⁷ e no controle do risco de gravidez exercido pelo médico, as atividades de planejamento familiar são incluídas no documento (Brasil, 1984).

Conforme Nagahama e Santiago (2005, p. 654), surge, assim, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática – (PAISM), a partir das...

(...) pressões internacionais para que os países em desenvolvimento controlassem o crescimento populacional; das pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde; e das pressões dos movimentos de mulheres no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs, na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à sua saúde como um todo, e não apenas como mães em potencial.

O PAISM insere-se nesse contexto de mudanças nas políticas de saúde nos anos 1980, decorrente de discussões no âmbito do Movimento Sanitário sobre questões como a integralidade e a universalidade, à medida que estas vão sendo incorporadas às políticas públicas na área da saúde. Esse programa representa uma ressonância do que foi exposto na Conferência Mundial da População de Bucareste, em 1974, em que o Estado deveria

⁷ Entende-se por equidade a igual oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população (Brasil, 1984).

proporcionar meios e informações para que a população pudesse realizar o planejamento familiar (Osis, 1998). Portanto, a implantação desse programa pode ser entendida como efeito da compreensão do planejamento familiar como um dos itens da saúde da mulher, fortalecida ainda pelas discussões político-ideológicas realizadas pelos movimentos de mulheres⁸ (Carvalho e Brito, 2005).

Os princípios e diretrizes gerais do PAISM incorporavam as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Entre seus principais objetivos, constavam: capacitações do sistema para atender às demandas da feminilidade, com ênfase no controle das principais patologias das mulheres; adoção de uma nova postura por parte dos profissionais da saúde, baseada na integralidade das ações e na equidade da atenção; prática educativa implícita em todas as atividades desenvolvidas (Brasil, 2004b). Porém, o ponto mais relevante desse programa foi a inclusão da anticoncepção como uma atividade de assistência integral à saúde da mulher (Osis, 1998), considerando que ela pode, então, decidir o momento de conceber os filhos.

Quando o PAISM é implementado, ocorre uma série de ressonâncias a favor e contra o programa. Ele é alvo de questionamentos sobre os objetivos das ações que propunha, pois aparentemente se baseava nos princípios da integralidade e da universalidade, porém, a autora refere que seus objetivos acabaram se distorcendo e se concentrando nos problemas da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, em consonância com a então criticada perspectiva de se considerar a mulher como mãe (Farah, 2004). Por isso, segundo a autora, a atenção integral proposta pelo programa não correspondeu à prática em serviço. Havia ainda algumas suspeitas de que o PAISM, na verdade, fosse um disfarce do governo para tentar controlar a

⁸ Muitos movimentos de mulheres fizeram parte de movimentos feministas que, por sua vez, tinham diferentes enfoques em relação aos direitos e à posição da mulher na sociedade. Nesta dissertação não serão tratadas as particularidades dos movimentos feministas, mas sim dos diferentes movimentos das mulheres, ligados ou não aos movimentos feministas, que buscavam melhores condições de saúde às mulheres. Embora dentro da nossa perspectiva de pesquisa, a nossa concepção de gênero seja a partir das Teorias de Estudos de Gênero Pós-Estruturalistas, sabemos que cada um desses movimentos feministas possuía uma concepção de mulher e um modo de entender as questões de gênero, as quais não iremos nos deter neste trabalho.

natalidade da população – especialmente pelos médicos ligados a BEMFAM. Entretanto, as reações positivas podem ser identificadas, por exemplo, através da produção de documentos criados nas reuniões realizadas pelo movimento de mulheres, como a Carta de Itapeirica, que enfatizava a necessidade de se implantar esse programa (Osis, 1998).

No que tange ao planejamento familiar, o PAISM abordava as atividades voltadas à regulação da fecundidade como complementares na hierarquia de ações em saúde materno-infantis, além de salientar a não-vinculação da adoção dessas atividades à solução dos problemas sociais e econômicos do país (Osis, 1998). Ou seja, o programa ainda relacionava a idéia de planejamento familiar à saúde materna, e não à saúde da mulher; ainda concebendo a mulher como procriadora, cuidadora do lar e dos filhos.

Além do PAISM, na década de 1980, no contexto do Movimento Sanitário – que mais tarde levaria à constituição do SUS – e sob influência de diversos movimentos de mulheres, foram elaboradas as primeiras políticas públicas voltadas especificamente às mulheres: o Conselho Estadual de Condição Feminina, em 1983, e a Delegacia de Polícia em Defesa da Mulher, em 1985, ambos em São Paulo. Nesse mesmo ano, foi criado também o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, órgão do Ministério da Justiça (Farah, 2004). O PAISM representou um papel importante em direção à Reforma Sanitária, passou pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e contribuiu com os debates na Assembléia Nacional Constituinte. Na Constituição de 1988, grande parte das reivindicações foi atendida, inclusive a garantia de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, os princípios e as diretrizes do PAISM – descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e equidade da atenção –, criaram condições para que se formulasse a estrutura conceitual que mais tarde embasaria o SUS. O PAISM, portanto, propunha a questão da integralidade antes da implementação do SUS (Osis, 1998).

O SUS e a PNAISM: a integralidade do cuidado e a promoção da atenção à saúde da mulher

Com a criação do SUS, em 1989, a saúde como direito de todo cidadão começa a ser considerada questão de Estado. A partir dessas mudanças, as políticas públicas de saúde estruturam-se conforme a lógica da coletividade e possibilitam a implementação de programas, manuais e procedimentos voltados à saúde, viabilizando, assim, a aplicação de seus princípios: universalidade, equidade e integralidade.

A implementação do SUS situa-se na lógica da Saúde Coletiva, modificando o paradigma médico biologista para a ampliação da visão de saúde/doença através da inserção de outras áreas do conhecimento nos serviços de saúde, como o serviço social, a psicologia, a nutrição, etc. Trabalhando com a perspectiva da coletividade de ações e serviços multiprofissionais na busca de um olhar integral sobre os usuários, o SUS oferece serviços específicos à saúde da mulher como parte das ações básicas em saúde (Brasil, 2004b).

O processo de implementação do PAISM modifica-se ao longo dos anos através das influências das proposições do SUS, “pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF)” (Brasil, 2004b, p. 17). Esse processo sofre críticas porque grande parte dos serviços voltados às mulheres corresponde aos programas de saúde materno-infantil ou a módulos mais abrangentes, como os PSF. Tais programas elegem as mulheres gestantes (e seus filhos) como grupo de risco e não se articulam a uma política mais abrangente de atenção integral à saúde da mulher com vistas a contemplar todas as etapas de vida e envolver diversas questões relacionadas às mulheres, como a sexualidade e o planejamento familiar (Farah, 2004).

Na mesma época da instalação do PAISM e em seguida à do SUS, muitos países discutem sobre a questão do desenvolvimento da população e optam pela adoção de políticas

de apoio ao planejamento familiar ou de programas de planejamento populacional. Um exemplo dessas discussões foi a Conferência do México, realizada em 1984, cuja maior inovação foi a atenção despendida à situação e ao papel da mulher. As recomendações dessa conferência orientam que a possibilidade de as mulheres controlarem sua própria fecundidade constitui base importante para que desfrutem de outros direitos. Além disso, a garantia de oportunidades socioeconômicas iguais às dos homens e a provisão dos serviços e meios necessários permitiriam a elas assumir maior responsabilidade em sua vida reprodutiva (Alves, 1995).

Na Conferência do México, foram feitas outras recomendações acerca do planejamento familiar e do aborto: sobre o primeiro, enfatizou-se a necessidade de os governos fornecerem educação e meios para que as pessoas possam optar pelo número de filhos que desejam ter; quanto ao segundo, alertou-se para o fato de que os governos devem tomar medidas preventivas para auxiliar as mulheres a evitarem o aborto, que em momento algum deve ser tomado como modo de planejamento familiar, uma vez que é preciso empreender grandes esforços para reduzir a morbimortalidade materna. Além disso, os governos devem ter disponíveis o tratamento e o aconselhamento às mulheres que tenham recorrido a esse procedimento (Alves, 1995).

As temáticas discutidas por conferências anteriores, como a do México, serviram como um processo preparatório para a Conferência do Cairo. Realizada em 1994, foi inicialmente divulgada através da idéia de que seria uma conferência sobre o aborto, em função dos enunciados dos temas a serem discutidos, que envolviam não só questões populacionais, mas também conceitos e valores de foro íntimo e ético, como a família, a procriação e os direitos reprodutivos. Porém, essa expectativa não se confirmou, já que o aborto foi mais um – embora não menos importante – dos temas de diversos debates (Alves, 1995).

A partir dessa Conferência surge, então, o Programa de Ações do Cairo, que contribuiu fortemente para o tratamento de questões referentes à população e ao seu desenvolvimento, sendo utilizado como base para três conferências internacionais precedentes: a Cúpula do Desenvolvimento Social, em Copenhague, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, ambas realizadas em 1995; e a II Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Habitat-II), em Istambul, ocorrida no ano seguinte (Alves, 1995).

De todas as conferências mencionadas, duas delas são entendidas como marcos no que tange à discussão relativa à saúde da mulher e ao aborto: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, e a Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing. Nelas, o aborto é tratado como um grave problema de saúde pública, não devendo ser considerado como método contraceptivo ou de planejamento familiar. Recomendou-se ainda que os países revisassem as leis de punição às mulheres que praticam o aborto (Rede Feminista de Saúde, 2005) e salientou-se a importância de se haver providências para que se reduzam os casos de aborto, através de serviços de planejamento familiar expandidos e aperfeiçoados, nas situações em que ele é uma medida legal. No entanto, de acordo com as Nações Unidas (1994), em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços para lidar com as complicações advindas de um aborto. Junto a isso, serviços como aconselhamento pós-aborto, educação e serviços de planejamento familiar devem estar prontamente disponíveis, com vistas a evitar a reincidência de abortos (Alves, 1995).

Essas duas conferências afirmam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como direitos humanos e recomendam uma atenção de qualidade a todas as pessoas em quaisquer situações. Elas se tornam condições prioritárias para que haja mobilização do Ministério da Saúde e de outras autoridades governamentais a fim de que algumas providências sejam tomadas. Assim, emerge a necessidade de serem criadas normas,

padronizações e formas de conduta baseadas em manuais legitimados para que a mulher na situação de abortamento possa ser amparada e acolhida nos serviços de saúde.

Um dos reflexos decorrentes desse contexto de movimentos sociais e políticos voltados às questões de contracepção e direitos reprodutivos é a sua priorização na área da saúde. Assim, em 1996, é aprovado o projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar, estabelecendo que as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, são obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde (Brasil, 1996). O planejamento familiar é tratado no âmbito dos direitos reprodutivos, tendo como principal objetivo a garantia de que mulheres e homens possam optar por ter filhos ou não.

A Lei Federal nº 9.263, que trata do Planejamento Familiar, entende-o como um conjunto de ações preventivas e educativas que garantam acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. É dever do Estado, através do SUS, em associação no que couber às instâncias educativas, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar. Em relação ao aborto, essa lei proíbe a esterilização cirúrgica em mulheres durante o período de parto ou aborto, havendo exceções nos casos de comprovada necessidade (Brasil, 1996), mas não se posiciona quanto à prática do aborto como um método de planejamento familiar — que não é permitido e nem estimulado, mas acontece. Esta é mais uma questão que problematiza a integralidade proposta pelo SUS, já que o aborto vinha sendo referido como um grave problema de saúde pública.

A partir de 1998, observam-se modificações no que previa o PAISM, em função de dificuldades e descontinuidades no processo de assessoria e apoio à prática em serviço, visto que a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo. Por isso, nos anos seguintes, fez-se um balanço institucional das ações realizadas nessa área e verificou-se que,

embora se tenha mantido a imagem e o objetivo da atenção integral à saúde da mulher, durante a implementação do PAISM priorizou-se a saúde reprodutiva feminina, principalmente as ações para a redução da mortalidade materna, o que dificultava a atuação sobre outras áreas mais amplas relativas à saúde da mulher (Brasil, 2004b).

Em 2003, promovida pelo Ministério da Saúde, a Área Técnica de Saúde da Mulher elege como objetivo promover a atenção integral à saúde da mulher (Brasil, 2003b). Para tanto, identifica as seguintes necessidades: articular-se com outras áreas técnicas a fim de propor novas ações; apoiar e incentivar a formação de profissionais de saúde para a criação e o desenvolvimento de atenção de qualidade à saúde da mulher; investir na ampliação e promover a criação de tecnologias adequadas para a atenção integral à saúde da mulher; criar instrumentos gerenciais para apoiar a execução, o acompanhamento, o controle e a avaliação de políticas, ações e serviços de saúde; apoiar as organizações de mulheres para o controle social (Brasil, 2003a). A partir disso, em parceria com outras instâncias técnicas do Ministério da Saúde, essa área formula a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes para o período de 2004 a 2007 - PNAISM* (Brasil, 2004b).

A PNAISM tem por objetivos reduzir a morbimortalidade devida a causas preveníveis e evitáveis, além de fomentar a implementação de ações que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres (Brasil, 2004b). Surge com a proposta da integralidade, visando a promover tanto ações de atenção à saúde em todas as fases da vida da mulher, abrangendo cuidados com sua saúde mental e ocupacional, quanto ações direcionadas ao controle de doenças sexualmente transmissíveis (DST), de prevenção do câncer e de planejamento familiar, de modo a ir além das ações dos programas exclusivamente da saúde materno-infantil (Farah, 2004). Seus princípios norteadores são a integralidade e a promoção da saúde⁹, sob o enfoque de gênero, buscando consolidar os avanços conquistados pelas

⁹ Sobre a questão da promoção da saúde, a PNAISM refere promover melhorias nas condições de vida e saúde das mulheres, através “da garantia de direitos legalmente constituídos e da ampliação do acesso aos meios e

Políticas de Saúde da Mulher (Brasil, 2004b). Nesse sentido, a PNAISM delimita ações, normatiza modos de atenção à saúde e fundamenta a prática de profissionais em relação às particularidades da saúde da mulher.

A PNAISM inclui o programa de planejamento familiar, apontando-lhe como estratégias: ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade; garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais; estimular a participação e a inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar (Brasil, 2004b).

Essa política emerge como parte de um processo em que começa a se delinear um maior esforço das Políticas Públicas de Saúde da Mulher e do SUS para conceber a mulher efetivamente de forma integral. A PNAISM emerge em consonância com os princípios do SUS, já no âmbito da Saúde Coletiva, em que a saúde se torna um direito de todo cidadão e é redefinida pela OMS como o estado de bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não apenas como ausência de doenças (Martin, 1996), como partilhava a anterior perspectiva da Saúde Pública de caráter preventivista.

Contudo, sabe-se que a questão do aborto passa a ser problemática para atender a essa integralidade. Dados como os da Organização Mundial da Saúde (OMS) e International Women's Health Coalition (2004) mostram-nos que globalmente há a média de um abortamento inseguro para cada sete nascidos vivos. Sendo considerado o abortamento inseguro “um procedimento para terminar uma gravidez indesejada realizado por pessoas sem as devidas habilidades ou em um ambiente sem os mínimos padrões médicos, ou ambos” (Organização Mundial da Saúde, 2004, p. 15).

serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação de saúde”. Além disso, a promoção da atenção à saúde é apresentada na PNAISM voltada também a populações específicas, como por exemplo, a promoção da saúde da mulher indígena, da saúde da mulher negra, da saúde da mulher na terceira idade, entre outros (Brasil, 2004b, p. 67).

Em algumas regiões, o número é muito maior: na América Latina e no Caribe, ocorre mais de um abortamento inseguro para cada três nascidos vivos. No Brasil, o aborto representa a quarta causa de mortalidade materna e a segunda causa de internação obstétrica, tendo um custo de 140 milhões por ano ao SUS. Esses dados chamam a atenção na área da saúde, em função de o aborto ser uma das causas de morte e internação feminina que poderiam ser prevenidas e evitadas (Rede Feminista de Saúde, 2005).

Tendo em vista esses dados preocupantes, a PNAISM alerta que a situação de ilegalidade em que o aborto é realizado no Brasil afeta a existência de estatísticas fidedignas, que subsidiem a prática de políticas públicas mais confiáveis acerca da questão (Brasil, 2004b). No entanto, a política de saúde da mulher não se posiciona explicitamente em relação à interrupção da gravidez, não propõe ações para lidar com esses casos; mencionando a questão do aborto associada somente ao atendimento prestado à mulher nessa condição, apresentando como urgentes a qualificação e a humanização da atenção à mulher em situação de abortamento, revelando que a mulher em situação de aborto é causa de discriminação e violência institucional nos serviços de saúde, não esclarecendo a qual tipo de aborto está referindo-se, se o espontâneo ou o provocado.

A OMS, apontada pela Rede Feminista de Saúde (2005, p. 14), associa o planejamento familiar ao aborto, sinalizando que:

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

Com base nessa afirmação, embora o Ministério da Saúde incentive o planejamento familiar através da distribuição de métodos anticoncepcionais, pode-se pensar que o seu foco está na questão da concepção/contracepção e acaba por desconsiderar algumas questões que também fazem parte da saúde integral da mulher, como a interrupção voluntária da gravidez.

A preocupação com a integralidade dos serviços está trazendo à tona a preocupação com o aborto, pois em muitas circunstâncias nas quais as mulheres têm o direito legal de realizá-lo não encontram serviços seguros disponíveis. Segundo a Organização Mundial da Saúde e a International Women's Health Coalition (2004), isso ocorre devido a fatores sociais amplos, tais como: a falta de conhecimento da existência de estabelecimentos que realizam o abortamento ou da necessidade de solicitá-lo nas primeiras semanas de gravidez; o medo da possível atitude dos familiares; o estigma e o medo da perda da privacidade e da confidencialidade; a percepção sobre a qualidade do atendimento disponível. As políticas de saúde influenciam não só essa indisponibilidade de serviços, como também a falta de informação da população sobre as normas/requisitos legais para a realização do aborto e sobre os direitos das mulheres. Tudo isso deve ser considerado para que serviços seguros e legais possam estar acessíveis.

Diversos encontros, discussões e debates específicos têm sido realizados na tentativa de encontrar saídas para lidar com as dificuldades decorrentes da prática do aborto. Entre eles está o IX Fórum Interprofissional Abortamento Inseguro como forma de Violência contra a Mulher, realizado em São Paulo em 2004, que contou com a organização da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos e do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp). Durante esse evento, foram feitas algumas recomendações, tais como: melhorar o acesso e a qualidade do atendimento às mulheres que realizaram abortamento permitido pela legislação

brasileira; criar medidas para prevenção e atenção digna aos abortamentos provocados; modificar as leis que criminalizam o aborto, acrescentando-se que elas não resolvem o problema e acabam por prejudicar a saúde das mulheres (Rede Feminista de Saúde, 2005).

Esse encontro denota a implicação de diversas instituições na busca de alternativas a um problema de saúde coletiva, chegando-se, então, à elaboração de um documento chamado *Dossiê Aborto: mortes preveníveis e evitáveis*, lançado pela Rede Feminista de Saúde no ano seguinte, momento em que o governo considera a criminalização do aborto como uma violação dos direitos humanos das mulheres e abre publicamente o debate, buscando como fim último a saúde e a vida da mulher. De acordo com o dossiê, mesmo que as taxas de mortalidade por abortamento apresentem queda, permanecem estáveis os números de curetagens pós-aborto. Dessa forma, sugere-se a necessidade de conhecer melhor, em cada estado brasileiro, quem são as 238 mil mulheres que, a cada ano, buscam os hospitais do SUS para realizar esse procedimento (Rede Feminista de Saúde, 2005).

No mesmo período, surge como proposta de melhorias para a saúde das mulheres a norma técnica *Atenção humanizada ao abortamento*, promovida pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um guia que propõe apoiar profissionais e serviços de saúde, além de introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção às mulheres em situação de abortamento, com vistas a assegurar-lhes a saúde e a vida (Brasil, 2005a). Essa norma técnica não faz distinções entre mulheres que realizaram o procedimento de forma legal ou não, possibilitando o acesso aos serviços de saúde a quaisquer mulheres, em quaisquer condições, quando necessitarem de acolhimento e atendimento, visando a proporcionar atenção de qualidade ao abortamento e suas complicações com referenciais ético-legais e bioéticos (Brasil, 2005a). Portanto, o acesso à saúde não se restringe somente às mulheres que realizaram o aborto em situações legais; nos casos em que a mulher procura atendimento por complicações decorrentes de um

procedimento ilegal, seu atendimento deve ser realizado sem quaisquer diferenças em relação às demais mulheres.

Esse instrumento do Ministério da Saúde possibilita que os médicos da rede pública estejam autorizados a realizar o procedimento de aborto em mulheres que aleguem terem engravidado após um estupro, mesmo sem apresentar o boletim de ocorrência policial ou outro documento comprobatório de violência contra a mulher (Collucci, 2005), os quais até então legitimavam o crime. A publicação da norma técnica *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*, criada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005b), refere que o Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento a não ser o consentimento da mulher. Sendo assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de anunciar o fato à polícia e, caso não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento, já que o Código Penal refere que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como verdade. “O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça” (Brasil, 2005b, p. 42).

De modo complementar, o Ministério da Saúde cria a Portaria do nº 1.508 (Brasil, 2005b), que preconiza os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do SUS. Assim, torna-se obrigatório o preenchimento de formulários preexistentes para esse fim, por meio dos quais a mulher declare ter sido vítima de violência sexual. Em seguida, ela passa por uma avaliação multiprofissional que define como o serviço de saúde vai proceder em relação àquela mulher. Nesse sentido, a norma não pertence mais ao âmbito legislativo, mas sim ao da saúde, não havendo a necessidade de uma prova policial concreta sobre uma situação de violência à mulher para que ela possa ter acesso ao serviço de saúde.

Nos casos em que o aborto é ilegal, os serviços de saúde não têm permissão para realizar o procedimento. Em função disso, as mulheres que decidem por si só provocá-lo através de métodos populares, como chás, remédios e outros procedimentos, ou até mesmo em clínicas clandestinas, acabam sofrendo as conseqüências e necessitando de assistência médica. Contudo, as Políticas Públicas de Saúde da Mulher e o Planejamento Familiar não se posicionam quanto a essa questão que também faz parte da concepção de integralidade em saúde. A questão aqui não é incluir o tema aborto nessas políticas, visto que é considerado crime, mas sim incitar discussões e reflexões sobre tal temática, no sentido de possibilitar que se pense sobre a questão da sua legalidade e ilegalidade, já que esta é chave para possibilitar melhor atenção à saúde da mulher.

Para que se possam discutir essas questões, torna-se importante contextualizar a situação do aborto atualmente, pois embora ocorra em um corpo feminino, o aborto deve ser pensado como uma questão coletiva, constituindo um assunto de saúde – e como estamos explanando sobre os diversos movimentos voltados à integralidade na forma de considerar a mulher, torna-se relevante, assim, situarmos o aborto em uma demarcação empírica, neste caso, dados estatísticos referidos pela pesquisa de Guareschi e colaboradores (2007).

Nessa pesquisa, foram demonstrados os motivos de internação materna¹⁰ de um Grupo Hospitalar Público de Porto Alegre, nos anos de 2004 e 2005, cujo foco foi o motivo de internação materna por curetagem pós-aborto e a existência ou não da sua relação com as Políticas Públicas de Saúde da Mulher, mais especificamente com as ações do Planejamento Familiar. A seguir, constam os dados levantados pelo Relatório de Ações Materno-Infantis do Serviço de Saúde Comunitária desse grupo hospitalar, composto por três hospitais e doze unidades de saúde.

¹⁰ Considera-se internação materna todo e qualquer evento que leve a mulher a buscar auxílio médico, a partir da vigésima semana de gestação, e que necessite de hospitalização (Serviço de Saúde Comunitária, 2005).

Tabela 1. Distribuição por unidade das internações em gestantes em 2004 e 2005

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

Fonte: Serviço de Saúde Comunitária (SSC, 2004 e 2005).

Segundo as informações deste relatório, identificam-se 399 internações no ano de 2004, das quais 54 ocorrências corresponderam a reinternações; logo, 345 gestantes internaram-se em um dos hospitais desse grupo hospitalar em 2004. Além disso, o relatório mostra que, entre as 399 internações desse ano, 172 (43%) ocorreram por curetagem pós-aborto e 45 (11%) por ameaça de aborto. Em 2005, foram identificadas 373 internações, das quais 172 (46%) ocorreram por curetagem pós-aborto (Serviço de Saúde Comunitária, 2005).

Esses dados nos possibilitam visualizar o elevado índice de internação materna por curetagem pós-aborto, representando quase a metade desses motivos, e também indicam um aumento desse procedimento. A partir disso, pode-se pensar que as ações propostas pelo Planejamento Familiar, as quais deveriam estar focadas na questão da concepção/contracepção, não estão atingindo suas metas e estão deixando estatisticamente descoberto o tema do aborto (Guareschi et al., 2007, p. 22).

Apresentando os materiais de análise: as proposições sobre o aborto

Atualmente, uma série de publicações em jornais e revistas tem discutido o aborto. Conforme Leong (2007) publicou no jornal *O Sul*, o Ministério da Saúde estima que um milhão de abortos ilegais seja realizado anualmente no Brasil, sendo que em 2005 foram

registradas 241 mil internações por curetagens pós-aborto, com um custo de 35 milhões de reais ao SUS. Conforme Segatto (2007) escreveu na revista *Época*, o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, foi a primeira autoridade a defender publicamente um plebiscito sobre a legalização do aborto, prometendo melhorar o planejamento familiar e a atenção ao aborto inseguro, abrindo um debate sobre o assunto. Além disso, o ministro confirma a estimativa de que um milhão de abortos clandestinos é realizado anualmente no país.

Tendo em vista que o aborto não é tratado explicitamente por uma política de saúde, e que as políticas públicas de saúde da mulher e o planejamento familiar não referem explicitamente esse problema, torna-se relevante analisar como está sendo proposta a questão da legalidade do aborto, já que esta acaba por refletir-se na possibilidade ou não de a mulher ter acesso aos serviços públicos de saúde.

Para tal análise, foi realizada uma busca na base de proposições da Câmara dos Deputados¹¹ com o objetivo de acessar as proposições que tratam da temática do aborto no Congresso Nacional. Pelo termo “proposição” ser de uma área do conhecimento diferente da psicologia, faz-se necessário especificar mais claramente do que se trata já que este foi o material de análise utilizado para discutir a política de saúde da mulher e o aborto.

O termo “proposições” é utilizado no site da Câmara para designar Requerimentos, Requerimentos de Informação, Projetos de Lei e Projetos de Decreto de Lei. O Requerimento (REQ) trata-se de um pedido, de uma reivindicação ou pretensão de algo – como por exemplo, o comparecimento de uma determinada pessoa à Câmara. Já o Requerimento de Informação (RIC) refere-se especificamente a uma exigência de informações, no caso dos requerimentos de informação consultados na pesquisa, pedem-se informações sobre o aborto, como, por exemplo, dados estatísticos de incidência de abortos no Brasil. Considera-se Projeto de Lei (PL) a proposta de uma “norma escrita, elaborada por órgão competente, com forma

¹¹ Disponível no site <www.camara.gov.br/proposicoes>.

estabelecida, através da qual as regras jurídicas são criadas, modificadas ou extintas” (p. 100). Por último, o Projeto de Decreto de Lei (PDL) é uma proposta de ato legislativo de uso do Executivo nos períodos ditatoriais, sendo proibido aos Estados. Atualmente, o Decreto Legislativo não existe mais, tendo sido substituído pela Medida Provisória, que tem a vigência de somente trinta dias, a menos que seja renovada, caso não seja apreciada nesse período (Guimarães, 2004).

Na base de proposições da Câmara Federal existe uma ferramenta de pesquisa que possibilita consultarmos as proposições em tramitação no Congresso Nacional sobre determinado assunto, no nosso caso, o aborto. A partir dessa pesquisa, verificamos que constam o total de 129 proposições desde 1949 até 2007. Entretanto, este período nos pareceu muito extenso, por isso, delimitamos um determinado período de tempo para a pesquisa, que passou então a ser de janeiro de 2005 a novembro de 2007, estando em evidência neste período 35 proposições (Tabela 2).

Tabela 2. Posicionamento das proposições que referem o aborto no período de 2005 a 2007

Proposições	Posicionamento em relação ao aborto		
	Contrárias à legalização	Favoráveis à legalização	Não se posiciona em relação à legalização
Projetos de Lei (PL)	14	3	0
Projeto de Decreto de Lei (PDL)	1	2	0
Requerimentos (REQ)	4	3	1
Requerimentos de Informação (RIC)	1	0	6

As proposições, em sua maior parte, correspondem aos anos de 2005 (15 proposições) e de 2007 (19 proposições), havendo somente uma no ano de 2006. Para evidenciarmos mais claramente a que se referem essas proposições, foram elaboradas duas tabelas. A primeira (Tabela 3) explicita quem sugere as proposições, o que elas indicam e qual o seu posicionamento sobre o aborto (se contra ou a favor da legalização). A segunda (Tabela 4)

apresenta as proposições que não se posicionam sobre a questão da legalização do aborto, referindo quem as sugere e o seu conteúdo. As duas tabelas estão colocadas logo abaixo.

Tabela 3. Proposições que referem o aborto no período de 2005 a 2007

Tipo de Proposição	2005		2006		2007	
	A Favor da Legalização	Contra a Legalização	A Favor	Contra	A Favor da Legalização	Contra a Legalização
Requerimento de Informação	–	–	–	–	–	RIC 607/2007 – Deputado Marcelo Serafim (PSB/AM) Solicita informações ao Ministro da Saúde sobre as seguintes questões: <ul style="list-style-type: none"> • Quais as estatísticas de aborto no Brasil? • Quantos abortos realizados no Brasil são legais e quantos são ilegais? Refere que o aborto transformou-se em um método de controle de natalidade no Brasil e que o Estado esconde-se atrás dos dados do aborto para não ver a explosão demográfica que a falta de ações promove. Acrescenta que é preciso defender a vida sob todos os aspectos e que o número de abortos cresce e pouco é feito para que se previnam as gravidezes indesejadas.
Requerimentos	REQ 250/2005 – Deputados Salvador Zimbaldi (PSB/SP) e Jandira Feghali (PCdoB/RJ) Solicita a realização de audiência pública para debater o PL nº 1.135/91, ¹² suprimindo o artigo 124 do Código Penal que criminaliza a prática do aborto.	–	–	–	REQ 641/2007 – Deputada Federal Cida Diogo (PT/RJ) Requer o desarquivamento do PL nº 4.403/2004, de autoria de Jandira Feghali, que trata da isenção de pena à prática de “aborto terapêutico”. Propõe a legalização do aborto.	REQ 773/2007 – Deputado Federal Leandro Sampaio (PPS/RJ) Requer o registro da Frente Parlamentar Contra a Legalização do Aborto pelo direito à vida. Objetiva acompanhar o processo legislativo e atuar de modo a impedir a legalização do aborto.

¹² O PL 1.135/91 tem por objetivo a supressão do artigo 124 do Código Penal Brasileiro, que criminaliza o aborto, concedendo à mulher o direito de realizá-lo em qualquer situação na qual assim o deseje. Entende o aborto inseguro como algo realizado principalmente por mulheres de classe social baixa. Além disso, afirma que, por falta de condições técnicas necessárias, o aborto inseguro tem provocado um alto índice de mortalidade feminina, pois as mulheres das camadas sociais mais altas vão a clínicas clandestinas e pagam pelo procedimento ilegal, mas as que não têm condições acabam fazendo-o através de métodos populares que podem causar complicações e até mesmo a morte.

	<p>Para o debate, seriam convidados uma coordenadora da ONG Católicas pelo Direito de Decidir, o diretor do Instituto de Medicina Fetal/SP, um professor universitário e o ex-procurador geral da república. Com base nos argumentos debatidos por pessoas reconhecidas no assunto, o objetivo seria encontrar subsídios para legalizar o aborto.</p>					
	<p>REQ 251/2005 – Deputada Ângela Guadagnin (PT/SP)</p> <p>Solicita que sejam convidados a comparecer à Comissão de Seguridade Social e Família para prestar esclarecimentos sobre o aborto, em audiência pública, os doutores Paulo Silveira Martins, José Renato Nalini (desembargador do TJSP), Ives Gandra da Silva Martins Filho (ministro do Tribunal Superior do Trabalho) e Lílian Piñero Eça (USP), todas autoridades no assunto.</p> <p>Visa a conhecer mais o assunto por estar em pauta um PL que legaliza o aborto no Brasil.</p>					<p>REQ 1.334/2007 – Deputado Federal Luiz Bassuma (PT/BA)</p> <p>Requer o Registro da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Vida – contra o aborto;</p> <p>Visa registrar a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Vida – contra o aborto junto à mesa diretora da Câmara dos Deputados.</p>
						<p>REQ 1.438/2007 – Deputado Federal Luiz Bassuma (PT/BA)</p> <p>Requer o Registro da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Vida – contra o aborto.</p> <p>Visa a registrar a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Vida – contra o aborto junto à mesa diretora da Câmara dos Deputados.</p>
						<p>REQ 1516/2007 – Deputado João Campos (PSDB/GO)</p> <p>Requer a transcrição, nos anais da Casa, do texto publicado no Jornal <i>Diário da Manhã</i>, intitulada “Aborto: Cultura da Morte”, de autoria do Padre Robson de Oliveira Pereira em 19/08/2007. A reportagem trata o aborto como “questão essencial em que legalizar o aborto é o mesmo que legalizar a morte (...)”. As leis que</p>

						<p>autenticam o aborto são contra o bem comum e carecem de validade jurídica, pois esta última tem a função de defender a vida. Legalizar o aborto é deixar de acreditar na lei civil (...). Já está se tornando algo tão natural que muitos fetos já estão sendo comercializados para empresas de sabonetes e cosméticos devido à gordura natural (...) a vida virou mercadoria (...) acima da legalização do aborto está a legalização da vida, já tutelada por Deus desde o momento que passamos a existir” (2007, p.2-3). Objetiva mostrar a visão da Igreja Católica sobre o aborto, referida por um padre.</p>
Projetos de Lei	<p>PL 4.834/2005 – Deputados Luciana Genro (PSOL/RS) e Dr. Pinotti (PFL/SP)</p> <p>Acrescenta inciso ao artigo 128 do Decreto-Lei 2.848, sendo facultativo o aborto de anencefalo, comprovado por laudos independentes de dois médicos. Justifica o PL com a história da mulher, as questões de gênero e que estar grávida de uma criança anencefala representa tortura e risco de vida para a mulher, gastos para o casal e para o sistema de saúde.</p> <p>Argumenta cientificamente o que é anencefalia e o que diferentes campos de saber falam sobre ela (medicina, religião, bioética, etc.).</p> <p>Refere que o “aborto provocado (...) não pode ser desvinculado do contexto da situação da mulher em nossa sociedade e é, sem dúvida, um dos mais complexos e controversos fenômenos sociais que a humanidade enfrenta” (p. 4).</p> <p>Objetiva possibilitar que o casal opte pelo aborto ou não em casos de anencefalia, pois entende que o bebê não sobreviverá, e isso causa grande sofrimento ao casal.</p>	<p>PL 4.889/2005 - Deputado Federal Salvador Zimbalidi (PSB/SP)</p> <p>Regulamenta o funcionamento de Clínicas de Reprodução Humana. Visa a regulamentar o funcionamento de Clínicas de Fertilização, evitar o comércio ilegal de células embrionárias e do aborto indiscriminado.</p> <p>Justifica a lei com o objetivo de inibir práticas delituosas, imorais, que ferem o princípio cristão do ser humano.</p>	<p>–</p>	<p>PL 7443/2006 Deputado Eduardo Cunha (PMDB/RJ)</p> <p>Dispõe sobre a inclusão do tipo penal de aborto como modalidade de crime hediondo. Concebe o homicídio de Equipara o estupro – que é crime hediondo – ao aborto, que deve ser considerado assim também.</p>	<p>PL 660/2007 – Deputada Cida Diogo (PT/RJ)</p> <p>Acrescenta inciso ao artigo 128 do Decreto-Lei 2848, de 07/12/1940, Código Penal, sobre a permissão do aborto terapêutico quando houver evidência clínica embasada por técnica de diagnóstico complementar de que o nascituro apresenta grave e incurável anomalia, que implique a impossibilidade de vida extra-uterina.</p> <p>Originalmente essa proposição foi iniciativa da Dep. Jandira Feghali – PL 4.403 de 2004 – cuja apresentação mantém o mesmo texto.</p> <p>A proposição não obriga a mulher a abortar nesses casos, mas objetiva permitir que o faça se assim o quiser.</p>	<p>PL 478/2007 – Deputados Luiz Bassuma (PT/BA) e Miguel Martini (PHS/MG)</p> <p>Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências (semelhante ao PL 6.150/2005).</p> <p>Refere como uma necessidade que se tenha uma lei exclusiva do aborto, e não fragmentada como é até hoje. Posiciona-se contra a clonagem.</p>
	<p>PL 5.061/2005 – Deputado João</p>	<p>PL 5.044/2005 – Deputado Milton</p>				<p>PL 489/2007 - Deputado Odair Cunha</p>

	<p>Batista (PFL/SP)</p> <p>Altera o § 2 do art. 10 da Lei 9.263, de 12/01/1996, que trata do Planejamento Familiar, de forma a permitir a realização da laqueadura tubária nos períodos de parto ou aborto em caso de cesárea anterior.</p> <p>Problematiza os procedimentos realizados nos serviços de saúde (60 dias pra pensar, os profissionais da saúde desencorajam o procedimento); trata uma nova cirurgia após parto ou aborto como uma punição à mulher; a laqueadura no momento do parto ou aborto seria também preventiva para uma gravidez indesejada e auxiliaria no controle da natalidade; associa a pobreza à falta de informação e de acesso à anticoncepção e, consequentemente, à ausência de planejamento familiar, o que gera mais filhos, mais pobreza e ignorância ao país.</p>	<p>Cardias (PTB/RS)</p> <p>Objetiva tomar obrigatório o registro de gravidez para proteger a vida do nascituro e para descobrir os casos de aborto.</p> <p>Associa a maior disponibilidade ao aborto pela classe alta: “dar a cada um o que é seu, dando para os pobres as suas misérrimas e para os ricos as suas venturas (...)” (p. 2).</p>			<p>(PT/MG)</p> <p>Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências.</p> <p>Refere o PL 6.150/2005, acrescentando no item “prioridades” que, em caso de genitor identificado, ele será responsável por pensão ao nascituro. O Judiciário fixará o valor, não podendo ser inferior a um salário mínimo (...).</p> <p>Na justificativa, acrescenta: “A pena para o aborto será cadeia de verdade. Parece até um sonho diante da impunidade reinante neste país para quem mata crianças” (p. 2).</p>
		<p>PL 5.058/2005 – Deputado Osmani Pereira (PSDB/MG)</p> <p>Regulamenta o art. 226, § 7, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos em qualquer caso.</p> <p>O objetivo desse projeto é a defesa da vida, bem como da Constituição e da soberania brasileira. Refere que os nascituros têm direito à vida e que os métodos de esterilização voluntária e aborto não podem ser considerados métodos de Planejamento Familiar.</p> <p>Visa a impedir que o Planejamento Familiar seja utilizado como desculpa para os gastos de receita pública, com métodos indiscriminados de controle de natalidade, e que o Planejamento Familiar ocorra por livre decisão do casal, sem a manipulação de campanhas promocionais.</p> <p>Busca impedir a interferência de</p>			<p>PL 831/2007 – Deputado Odair Cunha (PT/MG)</p> <p>Dispõe sobre a exigência de que hospitais municipais, estaduais e federais implantem um programa de orientação à gestante, através de material audiovisual, sobre os efeitos e métodos utilizados no aborto, quando este for autorizado legalmente.</p> <p>O Juizado da Criança e do Adolescente deve ser comunicado quando esse programa for utilizado com vistas a auxiliar e promover uma adoção do recém-nascido por famílias cadastradas. A gestante poderá solicitar a presença de um religioso durante a apresentação do programa.</p> <p>A instituição que descumprir será multada. Além disso, busca esclarecê-lo, informando os casos em que o aborto é permitido por lei.</p>

		<p>dá outras providências. O SUS deve assegurar ao nascituro o mesmo atendimento que dá à criança. O nascituro deve ser objeto de Políticas Públicas Sociais que permitam seu desenvolvimento saudável e seu nascimento para que se exerça o que foi determinado no Pacto de São José de Costa Rica sobre os Direitos Humanos. Dá depoimentos de pessoas do jurídico contra o aborto, caracterizando-o como crime hediondo. Cita o ECA, art. 7: o direito a nascer e a religião para mobilizar o leitor. Objetiva proteger o feto de forma integral, explicitando os seus direitos fundamentais, inclusive nas situações em que ele é fruto de violência sexual (em que tem mais prioridade).</p>			<p>tipificando (considerando crime) a conduta de auxiliar ou fornecer instrumentos ou fármacos para a prática do aborto.</p>
					<p>PL 2.433/2007 – Deputado Marcelo Serafim (PSB/AM) Altera os artigos 124, 125 e 126 do Código Penal, aumentando a pena de reclusão em todos os casos em que o aborto ocorre, provocado tanto pela gestante quanto por terceiros com ou sem o seu consentimento. Além disso, insere como crime a conduta de induzir, instigar e auxiliar a mulher grávida à prática do aborto. Considera as punições do Código Penal muito brandas. Visa a impedir o aborto.</p>
PDL					

	<p>PDL 1757/2005 – Deputados: Osmânio Pereira (PSDB/MG) e outros.</p> <p>Dispõe sobre a convocação de plebiscito relativo à interrupção da gravidez até a décima segunda semana de gravidez.</p> <p>Pretende dar oportunidade ao povo para decidir sobre a possibilidade ou não de interrupção voluntária da gravidez.</p> <p>Considera a vida a partir da concepção, mas não quer impor a sua opinião, deixando para o povo decidir.</p> <p>Cita o Pacto de São José da Costa Rica sobre os Direitos Humanos, que refere o direito constitucional à vida.</p>	-	-	-	-	<p>PDL 42/2007 – Deputado Henrique Afonso (PT/AC)</p> <p>Objetiva sustar a aplicação da Norma Técnica expedida pelo Ministério da Saúde “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, de 1998.</p> <p>Entende esta Norma Técnica proposta pelo Ministério da Saúde como uma autorização para a realização do aborto pelo SUS; bem como a Portaria 1.508/2005, entendida como uma forma de oficializar a prática do aborto no SUS, bastando que a mulher preencha alguns formulários para tal.</p> <p>Focaliza o Projeto de Lei na criança e não na mulher violentada, sendo contra a legalização do aborto decorrente de estupro.</p>
	<p>PDL 1832/2005 – Deputados: Osmânio Pereira (PSDB/MG) e outros.</p> <p>Dispõe sobre convocação de plebiscito relativo à interrupção da gravidez até a décima segunda semana de gestação ou em caso de o feto apresentar alguma anomalia ou doença grave que o torna inviável à sobrevivência. A Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) apóia a realização do plebiscito.</p> <p>Crítica um suposto saber de especialistas e diz que quem tem que decidir é o povo.</p>					

Existem ainda outras proposições que não se posicionam contra ou a favor do aborto, porém solicitam mais informações sobre o assunto, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4. Proposições que não se posicionam sobre a legalização do aborto no período de 2005 a 2007

PROPOSIÇÕES	2005	2007
	<p>Requerimentos de Informação</p> <p>RIC 2.563/2005 – Deputado Federal Durval Orlato (PT/SP)</p> <p>Solicita informações à Ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para esclarecimento sobre o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM):</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que se considera “abortamento em condições inseguras”? • Qual o entendimento detalhado sobre “mulher em situação de abortamento”? Qual o objetivo referente à formação e à distribuição de materiais educativos envolvendo esse termo? • O que se considera como anticoncepcionais reversíveis e de emergência? Quais seus nomes? • O que são, segundo as normas atuais vigentes e/ou no PNPM, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres? <p>Visa a compreender claramente o texto do Decreto 5.390 (08/03/2005) que aprova o PNPM.</p>	<p>RIC 408/2007 – Deputado Jorge Tadeu Mudalen (PMDB/SP)</p> <p>Requer informações sobre o aborto ao Ministro de Estado da Saúde nos último 10 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número total de mulheres mortas no país, especificamente a cada ano, referindo suas causas. • Número de mortes maternas e procedimentos médicos anuais realizados pelo SUS em relação ao aborto espontâneo. • Número anual de abortos autorizados legalmente praticados pelo SUS. • Número e tipo de procedimentos realizados pelo SUS em decorrência de abortos legalmente autorizados. • Número anual de procedimentos de aborto inseguro. • Número anual de procedimentos de curetagem realizados pelo SUS, discriminados por causas patológicas. <p>Solicita cópia do estudo “Magnitude do Aborto no Brasil”, do Instituto de Medicina Social da UERJ, financiado pelo Ministério da Saúde.</p> <p>Objetiva contextualizar o aborto no Brasil em função do Projeto de Lei nº 1.135/1991, que tramita na Comissão de Seguridade Social e Família, alterando a regulamentação referente à prática do aborto. Por isso, é fundamental acessar os dados oficiais do Ministério da Saúde para subsidiar a discussão.</p>
	<p>RIC 2.748/2005 – Deputado Federal Edson Duarte (PV/BA)</p> <p>Solicita informações ao Ministro da Saúde sobre ações desenvolvidas com relação ao acidente com Cêsto 137.</p> <p>Para compreender se estão monitorando as regiões afetadas pelo acidente, bem como as pessoas e seus descendentes para avaliar as suas consequências, dentre elas, estão o câncer, o nascimento de xipófagos e os abortos provocados por má formação genética,¹³ desde 1980 a 2005.</p>	<p>RIC 750/2007 – Deputado Marcelo Serafim (PSB/AM)</p> <p>Solicita informações ao Ministro da Saúde sobre as estatísticas do aborto no Brasil. Quais as estatísticas do aborto no Brasil e quais as medidas contraceptivas fornecidas por esse Ministério?</p> <p>Trata aborto como “um dos temas do momento” (p. 1) A sociedade tem de se posicionar sobre o tema.</p> <p>Contraponto: defensores da vida pensam no aborto como crime, enquanto os que querem a descriminalização procuram a assistência da mulher pelo SUS.</p>
	<p>RIC 3.218/2005 – Deputado Elimar Máximo Damasceno (PRONA/SP)</p> <p>Solicita as seguintes informações ao Ministério da Saúde sobre abortos legais no Brasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantos abortos legais foram realizados no Brasil entre 2003-2004? Quanto foi gasto nesses procedimentos? • Quais são os estabelecimentos autorizados para essa prática? Quantos abortos legais foram realizados em cada um desses locais entre 2003-2004? E qual foi o gasto disso? 	<p>RIC 682/2007 – Deputado Jorge Tadeu Mudalen (PMDB/SP)</p> <p>Requer complementação de informações do RIC 408/2007 sobre aborto ao Ministro da Saúde. Afirma que o SUS não tem o número de procedimentos médicos anuais de aborto espontâneo em função de este ser uma prática ilegal; busca quantificar quantos abortos são realizados devido a estupro e quantos devido a risco de vida à mulher; esclarece procedimentos como a AMIU e se há como saber se tal procedimento foi usado em função</p>

¹³ Em função da má formação genética, o feto teria por consequência a morte durante a gravidez ou até mesmo no parto, recebendo a denominação de natimorto (Snustad e Simmons, 2001).

	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a previsão orçamentária para 2005 para a realização desse procedimento? • Quantas gravidezes terminaram em abortamentos espontâneos, inseguros e por razões médicas entre 2003-2004? • Quantos óbitos maternos são atribuídos à prática de abortos entre 2003-2004? <p>Toma como fundamento o artigo 50 da Constituição Federal e os artigos 115 e 116 do Regimento Interno para que se compreenda como está a situação do aborto no país e se realmente há como quantificar esses dados.</p>	<p>de aborto espontâneo ou provocado: Busca esclarecer a metodologia utilizada para se chegar aos dados existentes na câmara, bem como os estudos consultados.</p>
<p>Requerimentos</p>	<p>REQ 1.517/2007 – Deputado João Campos (PSDM/GO)</p> <p>Requer a transcrição, nos anais da casa, do texto publicado no <i>Jornal Opção</i>, intitulada "Aborto", de autoria da repórter Andréia Bahia de 25 a 31/03/2007. Procura mostrar os diferentes posicionamentos – contra e a favor do aborto – através de diversos saberes para o debate: religião, política, educação, economia, psicologia. Vários pontos são destacados, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lula assume posição dúbia em relação ao aborto; é contra frente à CNBB e a favor quando lhe é conveniente. • Quatro deputados federais solicitam o desarquivamento de projetos que descriminalizam o aborto. Elege o dia 28/10/2005 como Dia pela Descriminalização do Aborto na América Latina e no Caribe. • Propõe como obrigação dos planos de saúde cobrirem os custos com o aborto, além do SUS, e a necessidade de autorização do Ministério Público, além dos responsáveis legais, para a realização do aborto em menores de 18 anos, quando da discordância dos pais. • Lula se coloca a favor da descriminalização do aborto no período anterior às eleições, perto delas, se coloca contra o aborto para conseguir votos da Igreja Católica para a reeleição, enquanto Jandira Feghali apoiou o PL 1.135/91, foi alvo da Frente Carioca pela Vida e não se elegeu senadora. • Antes da eleição, Lula refere que o Estado e a Legislação Brasileira devem garantir o direito de decisão das mulheres sobre sua vida e seu corpo; para isso, devem-se promover condições para o exercício da autonomia. Afirma que os direitos das mulheres não podem ser pautados por crença ou religião e que no próximo governo buscaria contemplar demandas como a descriminalização do aborto. Além disso, afirma em seu livro ser a favor do aborto para, pelo menos, salvar a vida da mãe. • Uma professora universitária e feminista comenta que as políticas públicas na área de Planejamento Familiar são insuficientes. • Um padre afirma: "se a mulher fosse dona do corpo, ela não morreria, e seu filho é outra vida. Quando ela aborta, torna-se uma assassina". • Uma freira diz que o governo preocupa-se com as leis que garantam o espaço político, com a questão econômica, e não com a vida da mulher. Se houvesse Planejamento Familiar, não precisaria haver aborto. • Os evangélicos posicionam-se: quem se omite está de acordo. 	

Estas tabelas possibilitaram que se visibilizassem núcleos de significados para discutir a política de saúde da mulher e a legalização do aborto. Contudo, em função do grande número de dados das 35 proposições, para que pudéssemos analisá-las com maior profundidade, selecionamos 16 proposições. Essas 16 foram selecionadas por tratarem mais diretamente das questões do aborto e da política de saúde da mulher, especialmente sobre os princípios da integralidade e da promoção da saúde. São elas, em ordem cronológica:

1. Requerimento de Informações nº 3.218 (2005), que solicita informações ao Ministério da Saúde sobre abortos legais no Brasil.

2. Requerimento de Informações nº 2.563 (2005), que requer informações à Ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para esclarecer sobre o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM).

3. Projeto de Lei nº 6.150 (2005), que propõe a criação do Estatuto do Nascituro.

4. Projeto de Lei nº 5.044 (2005), que dispõe sobre o Registro Público de Gravidez.

5. Projeto de Lei nº 5.376 (2005), que visa à proibição da comercialização da pílula do dia seguinte e dá outras providências.

6. Projeto de Lei nº 5.058 (2005), que regulamenta o art. 226, § 7, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso.

7. Projeto de Lei nº 5.061 (2005) que altera o § 2 do art. 10 da Lei nº 9.263, de 12/01/1996, que trata do Planejamento Familiar, de forma a permitir a realização da laqueadura tubária nos períodos de parto ou aborto em caso de cesárea anterior.

8. Projeto de Decreto Legislativo 1.757 (2005) trata sobre a convocação de um plebiscito relativo à interrupção da gravidez até a décima segunda semana de gestação.

9. Projeto de Decreto Legislativo 1.832 (2005) idem ao Projeto anterior.

10. Projeto de Lei nº 7.443 (2006) que dispõe sobre a inclusão do tipo penal de aborto como modalidade de crime hediondo.

11. Requerimento de Informação nº 408 (2007), que requer informações sobre o aborto ao Sr. Ministro de Estado da Saúde nos últimos 10 anos, não se posicionando sobre a legalização do aborto.

12. Requerimento de Informação nº 607 (2007), que solicita informações ao Ministro da Saúde acerca das estatísticas do aborto no Brasil, posicionando-se contra o aborto, referindo que temos que defender a vida sob todos os aspectos e que o número de abortos cresce e pouco é feito para prevenirmos as gravidezes indesejáveis.

13. Requerimento de Informação nº 750 (2007), que solicita informações ao Ministro da Saúde sobre as estatísticas do aborto no Brasil.

14. Requerimento nº 1.517 (2007), que solicita a transcrição nos anais do Legislativo, do texto intitulado “Aborto” publicado no Jornal Opção.

15. Projeto de Lei nº 831 (2007), que exige que os hospitais implantem um programa de orientação à gestante sobre os efeitos e métodos utilizados no aborto, quando este for autorizado legalmente.

16. Projeto de Decreto Legislativo nº 42 (2007), que tem por objetivo sustar a Norma técnica do Ministério da Saúde “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” (1998).

Tendo em vista esses dados, o próximo capítulo visa a analisar estas 16 proposições sobre o aborto em tramitação na Câmara Federal nos últimos três anos, para discutir a legalização do aborto em relação à saúde da mulher, ao planejamento familiar, às políticas públicas de saúde da

mulher - principalmente no que se refere aos princípios da integralidade e da promoção da saúde - entre outros aspectos.

Referências do Capítulo 2

- Alves, J.A.L. *A conferência do Cairo sobre população*. (1995). Recuperado em 19 outubro 2007, do <<http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/lindgrenalves/alves.htm>> em 19/11/2007.
- Brasil. (1984). *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. (Série B, Textos Básicos de Saúde, 6). Centro de Documentação do Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (1996). Diário Oficial da União. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 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. pp. 561-570. Recuperado em 19 agosto, 2007, do <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9263.htm>>.
- Brasil. (2000, outubro). *Legislação Federal e Estadual do SUS - SUS é Legal*. Governo do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde: Brasília.
- Brasil. (2003a). *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes*. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (2003b). *Área Técnica de Saúde da Mulher*. Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007. Resumo das atividades realizadas em 2003. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Brasil. (2004b). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (2005a). *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (2005b). *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica*. 2.ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde: Brasília.

- Carvalho, J.A.M.; Brito, F. (2005). A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, 22(2), pp. 351-369.
- Collucci, C. (2005, março 10). Governo Facilita Aborto Legal na Rede Pública. *Folha de São Paulo*, pp. C1.
- Farah, M.F.S. (2004). Gênero e políticas públicas. *Revista Estudos Feministas*, 12(1), p.47-71.
- Guareschi, N.; Medeiros, P. F.; Nardini, M.; Wilhelms, D. M. (2007). O Aborto e as Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1). Recuperado em 13 dezembro, 2007, do <http://www.ufsj.edu.br/Pagina/ppp-lapip/volume2_numero1.php>.
- Guimarães, D.T. (org.). (2004). *Dicionário Jurídico*. 7. ed. São Paulo: Rideel.
- Instituto de Defesa do Consumidor (Idec). (2006). *O SUS pode ser o seu melhor plano de saúde*. 3.ed. Brasília: IDEC.
- Leong, F. (2007, fevereiro 5). No Brasil, mais de 1 milhão de abortos ilegais por ano. *Jornal O Sul*, p. A2.
- Martin, L. M. (1996, novembro/dezembro). Saúde e bioética: a arte de acolher e conquistar o bem-estar. *Revista Mundo Saúde*. 20(10). pp.368-73. Recuperado em 20 janeiro, 2008, do <www.bases.bireme.br/>
- Medeiros, P.F. de; Guareschi, N.M.; Bernardes, A.G. (2005). O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*, 21(3), pp. 263-269.
- Nagahama, E.E.I.; Santiago, S.M. (2005). Institucionalização médica do parto no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 3(10), pp. 651-657.
- Organização Mundial da Saúde & International Women's Health Coalition. (2004). *Abortamento Seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde*. Campinas: Cemicamp.
- Osis, M.J.M.D. (1998). PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), pp.25-32.
- Rede Feminista de Saúde. (2005). *Dossiê Aborto: mortes preveníveis e evitáveis*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde.
- Segatto, C. (2007, abril 16). Aborto, sim ou não? O ministro da Saúde colocou a discussão em pauta, chegou a hora de a sociedade brasileira enfrentar um de seus maiores tabus. *Revista Época*, pp. 83-90.
- Serviço de Saúde Comunitária. (2005). *Ações Materno-Infantis*. Relatório. Mimeo.

Snustad, P.; Simmons, M. (2001). 2.ed. *Fundamentos de Genética*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

3. A SAÚDE DA MULHER E A LEGALIZAÇÃO DO ABORTO: ARTICULANDO ALGUMAS REFLEXÕES

Para que pudéssemos discutir a política de saúde da mulher, e o aborto e sua legalização, foi necessário contextualizarmos as implicações do aborto na vida da mulher desde os tempos primordiais até o contemporâneo, conhecermos os diferentes programas de saúde e políticas públicas que visam à atenção integral da saúde da mulher, até chegarmos à questão do planejamento familiar e do aborto. Neste capítulo, analisaremos algumas das proposições da Câmara Federal, no período de janeiro de 2005 a novembro de 2007, que tratam da questão da legalização do aborto.

Conforme citado no capítulo anterior, em função do grande número de dados das 35 proposições que tratam sobre a legalização ou não do aborto, selecionamos 16 delas, adotando como critério o fato de tratarem mais diretamente das implicações do aborto com a política de saúde da mulher. Essas 16 proposições serão abordadas neste capítulo em três momentos, de acordo com os fundamentos teóricos que embasam as políticas de saúde colocadas de forma mais ampla pelo Sistema Único de Saúde (SUS); com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), principalmente em relação aos princípios da integralidade e da promoção da saúde, com as ações do planejamento familiar inseridas nessa política; e, também, com relação à saúde da mulher.

As Políticas de Saúde da Mulher: a integralidade na promoção da saúde da mulher

Esta primeira seção visa a discutir o Projeto de Lei Federal nº 6.150 (2005), que propõe a criação do Estatuto do Nascituro, e o Projeto de Lei Federal nº 5.044 (2005), que dispõe sobre o Registro Público de Gravidez. Em relação à questão do aborto, essas duas proposições colocam-

se contra a sua legalização, utilizando argumentos que priorizam a vida do feto. Assim, esses Projetos Legislativos serão discutidos em relação à Política de Saúde da Mulher, sobretudo ao seu princípio da integralidade em saúde.

Nossa primeira análise recairá sobre o Projeto de Lei Federal nº 6.150 (2005), que propõe a criação de um Estatuto para o Nascituro, cujos argumentos versam sobre a proteção integral do feto e sobre o Pacto de São José da Costa Rica sobre Direitos Humanos, que trata do direito à vida desde a concepção. Esses assuntos serão aqui discutidos mais especificamente com questões teóricas que versam sobre a proteção e o direito à vida, bem como sobre a PNAISM e o seu princípio da integralidade.

O Projeto de Lei Federal nº 6.150 (2005) trata da criação de um estatuto que teria a função de proteger e garantir a vida do feto. Esse estatuto seria semelhante ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei Federal nº 8.069, em vigor desde 1990, que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente (Brasil, 1990); porém, o Estatuto do Nascituro proposto por esse Projeto direciona-se à proteção do feto, denominado por ele de *nascituro*. Esse Projeto possui como uma de suas justificativas a “proteção ao feto de forma integral (...); o feto deve ser alvo de políticas sociais públicas que permitam seu desenvolvimento sadio e harmonioso e o seu nascimento, em condições dignas de existência” (PL 6.150, 2005, p. 1-2). Ou seja, essa proposição busca a preservação da vida e da saúde do feto, mesmo que ele tenha poucas horas ou dias de existência, por considerá-lo já um ser humano.

Tendo como base a crença de que a vida existe desde a fecundação, a criação do Estatuto do Nascituro seria uma forma de garantir a integridade do feto, uma vez que, por lei, ele estaria seguro de procedimentos abortivos realizados de forma ilegal. Portanto, fica claro que essa proposição coloca-se contra a legalização do aborto, pois o considera um meio de assassinar um ser indefeso que só existe em função da falta de prevenção do ato sexual da mulher que o carrega

no ventre. Para justificar seu posicionamento a favor da proteção integral à vida do feto e contra a legalização do aborto, esse Projeto refere, entre outros, o Pacto de São José da Costa Rica sobre Direitos Humanos. Então, para que possamos compreender melhor esse argumento, torna-se necessário sabermos do que trata esse pacto.

O Pacto de São José da Costa Rica sobre Direitos Humanos é, na verdade, um tratado internacional que foi ratificado pela maioria dos integrantes da Organização dos Estados Americanos (OEA) em 1978, que versa sobre a proteção dos direitos humanos, a democracia e a garantia do direito à vida. Em seu quarto artigo, relata que “toda a pessoa tem direito a que se respeite sua vida. Esse direito está protegido pela lei e, em geral, a partir do momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente” (Dias, 2005).

Segundo Lorea (2006, p. 196), sustentar que o referido artigo “impede que os Estados signatários do pacto descriminalizem o aborto revela enorme desconhecimento sobre a construção histórica do Pacto de São José da Costa Rica”, porque o órgão competente para analisá-lo é a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), a qual decidiu, através da Resolução nº 23/1981, que o direito ao aborto não viola esse pacto nem a Declaração Americana dos Direitos do Homem. Além disso, o autor refere que utilizar o quarto artigo do pacto como um argumento contra o aborto visa à difusão da idéia de que o fato do Brasil ser signatário desse pacto, por si só, impediria a descriminalização do aborto no país, “o que não condiz com a realidade” (Lorea, 2006, p. 192).

A utilização do Pacto de São José como argumento para a criminalização do aborto, apesar de não ser uma justificativa realmente plausível, conforme apontam os estudos de Lorea (2006), acaba considerando a proteção ao feto como prioridade em todos os casos de gravidez; porém, no caso de uma gravidez indesejada, acaba atribuindo tanta importância ao feto, que deixa a mulher em segundo plano.

Em oposição à constante referência da preservação da vida do feto, o Projeto de Lei Federal 6.150 n° (2005) em nenhum momento de seu texto faz referência à vida da mulher e à sua saúde, o que nos leva a pensar que ele a concebe somente pelo que a une ao feto, no caso, as suas funções reprodutivas. Desse modo, a proposição considera a mulher a partir de um prisma biológico-centrado em seus órgãos reprodutores (ovários, útero e mamas), abordagem que vai contra a concepção da integralidade proposta pela PNAISM.

Sobre a questão da integralidade, as autoras Gomes e Pinheiro (2005) coadunam com as idéias de Mattos de que existem vários sentidos para a integralidade. Um deles é a “integralidade como traço para a boa medicina”, que seria uma reação do profissional ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde, tendo o cuidado de não reduzi-lo ao sistema biológico comprometido pela doença. Logo, a integralidade se faz presente no encontro das demandas explícitas e implícitas do paciente. Assim, além de tratar da doença manifesta, o profissional da saúde auxiliaria na prevenção de futuros agravos à saúde como um todo, e não somente das partes afetadas.

Com base nessa concepção de integralidade, o Projeto de Lei n° 6.150 (2005) acaba esquadrinhando a mulher enquanto sujeito a partir de seus órgãos reprodutivos, não a entendendo como um ser integral, mas sim como grávida, um sujeito sobre o qual as políticas de saúde voltam-se há tempos: a mulher-mãe. Tendo em vista a forma como esse Projeto de Lei entende a mulher – enquanto útero portador de um feto –, ele a desconsidera como um sujeito de direitos, uma cidadã que desempenha funções sociais.

A partir da análise dessa proposição, pode-se pensar que o âmbito legislativo e a política de saúde entendem a mulher de diferentes formas: para o legislativo, ela é a portadora do feto, que prioritariamente deve ser preservado; para a política de saúde, em uma perspectiva da integralidade, ela é um ser que pode ou não gerar filhos. Nesse sentido, a gravidez é uma

condição da mulher que procura o serviço de saúde por esse motivo, podendo até ser a prioridade no tratamento daquela mulher naquele momento, porém não resume a mulher à sua gravidez e aos seus órgãos reprodutivos. De acordo com o sentido da integralidade, procura-se contemplar as necessidades da mulher como um todo.

Segundo Pedrosa (2005), de acordo com a concepção de integralidade como princípio do SUS referente à saúde da mulher, fez-se necessária uma transformação da tradicional abordagem baseada somente em questões anatomofisiológicas, principalmente aquelas ligadas às funções de reprodução, naquela direcionada às peculiaridades de gênero, às condições socioculturais, às necessidades individuais e coletivas, à qualidade de vida. Desse modo, as formulações conceituais sobre saúde e as implicações da mulher na sociedade vão modificando progressivamente as formulações sobre a necessidade de atenção à saúde da mulher.

A partir das modificações da área da saúde sobre a maneira de considerar a mulher, houve um progresso na busca de uma adaptação conceitual à evolução social feminina. No legislativo, porém, tendo em vista o Projeto de Lei nº 6.150 (2005), essa evolução não ocorreu, já que ainda trata a mulher conforme o paradigma anatomofisiológico, considerando-a apenas com base em seu aparelho reprodutor. Assim, as questões relativas à saúde da mulher parecem não se integrar às questões da legalização do aborto.

Outro importante aspecto observado é que o Projeto de Lei nº 6.150 (2005) em nenhum momento refere a saúde da mulher, mas somente as penalidades que ela poderá sofrer caso faça algo contra a vida do feto. Esse argumento persiste até mesmo em caso de estupro, situação em que o aborto é legal atualmente no Brasil, além de propor inseri-lo na categoria de crimes hediondos, o que aumentaria a punição da mulher que o realiza.

Com base nas questões da proteção integral ao feto, que estão implicadas no Projeto Legislativo nº 6.150 (2005), pode-se pensar que existe uma mesma preocupação, uma mesma

vontade do Projeto de contemplar a integralidade – que é proposta pela PNAISM em relação à mulher – quando se refere ao feto. Porém, isso ocorre exclusivamente em relação ao feto, desconsiderando a mulher que o envolve. Portanto, a integralidade está sendo utilizada de diferentes modos pela política de saúde da mulher, conforme já vínhamos discutindo anteriormente, e pelo legislativo quando propõe a uma “proteção integral” (PL 6.150, 2005, p.1). A integralidade aqui possui o sentido de garantir condições de vida e saúde ao feto, sendo dever da família, da sociedade e do Estado “assegurar-lhe, com absoluta prioridade, a expectativa do direito à vida, à saúde, à alimentação, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar, além de colocá-lo a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (PL 6.150, 2005, p. 2).

A concepção de integralidade torna-se problemática quando se pensa em aborto porque ambos os seres – mulher e feto – têm direito à saúde e à vida. No entanto, o legislativo adota a idéia de integralidade baseando-se em uma compreensão isolada e individual do “ser feto” como um ser independente, como se não fizesse parte de uma mulher que o alimenta, que lhe transmite suas emoções e seus sentimentos, que o aceita ou o rejeita.

Em síntese, esse Projeto desconsidera a mulher da contemporaneidade. Mais de 60 anos após o estabelecimento das punições ao aborto pelo Código Penal Brasileiro, o papel da mulher na sociedade passou por profundas transformações, conforme referido ao longo do primeiro capítulo desta dissertação, mas a forma como ela está sendo considerada por esse Projeto Legislativo – uma perspectiva puramente anatomobiológica – ainda permanece a mesma.

Além da modificação da participação feminina na sociedade, há outras variáveis que influenciam o “ser-mulher-mãe” e interferem na gravidez, como as condições financeiras e sociais, que fazem com que a mulher, por vezes, não consiga suprir as suas necessidades e as do feto que está por vir, desejando por isso não concebê-lo. Como meio de vigilância à vida do

nascituro, emerge na Câmara Federal o Projeto Legislativo nº 5.044 (2005), que propõe a instauração obrigatória do registro público de gravidez. Esse Projeto será discutido com base nas concepções de saúde da mulher e de integralidade.

Ele propõe a instituição obrigatória do registro público de gravidez, que deverá ser realizado pelo médico no atendimento da gestante, sob pena de multa para a instituição caso não registre tal ocorrência. Com isso, visa a controlar o número de abortos e nascimentos, alegando como justificativa o fato de que, atualmente, é obrigatório registrar o nascimento e o óbito de pessoas, porém, a vida do nascituro fica desamparada em função de ocorrer anteriormente ao nascimento e não haver registro algum da gravidez. Essa situação acaba contribuindo para que o aborto seja encoberto e a mulher não seja punida por tê-lo realizado ilegalmente. Tal argumento baseia-se nos princípios de saúde pública de notificação compulsória de doenças (PL 5.044, 2005, p. 2-3):

(...) buscando amparo em princípios de saúde pública para evidenciar ainda mais a contradição, basta ver que quando o médico brasileiro se depara com o diagnóstico de certas doenças, para prevenir a propagação e preservar vidas, lhe é imposto fazer a denominada ‘notificação compulsória’ para as autoridades (...).

Ao referir que, assim como o médico tem a obrigação de notificar certas doenças também poderia ter a de notificar os registros de gravidez, esse Projeto equipara a gravidez a uma doença, tratando a vigilância do corpo doente e do corpo da gestante da mesma forma. Assim, cabe problematizar o modo como se pensa a gravidez: se como algo individual, ou se como algo constituído nas relações, envolvendo outras pessoas além da mulher e do feto.

Se entendermos a normalidade a partir do que é concebido como anormal, poderemos pensar na mulher de uma outra perspectiva. Assim, ela deixa de ser aquela que lutou por seus direitos reprodutivos e participou de movimentos organizados por mulheres em busca de seus direitos¹⁴, em meados dos anos 1970, para ser aquela que pode oferecer um risco à sociedade, que pode impedir o crescimento da população e, por isso, precisa ser vigiada pelo Estado.

Nesse Projeto, o médico é quem deve notificar a mulher grávida. Desse modo, a medicina é entendida como aquela que possui a verdade sobre o corpo da mulher, que o examina, que o avalia e que nele comprova doenças e estados físicos. Em suma, é o campo do conhecimento que prescreve os comportamentos aceitáveis ou não que se evidenciam nos registros deixados através de marcas corporais (Pedro, 2003).

Quando a medicina articula-se ao legislativo, que institui as atitudes legalmente permitidas ou não, a mulher passa a ser julgada de acordo com os fundamentos desses conhecimentos. Essas normatizações não só produzem formas de ser e pensar nas mulheres, como também estipulam padrões de normalidade e comportamentos considerados socialmente aceitos ou não, submetendo-as a punições caso rompam com esse padrão. No caso dessa proposição, o padrão é a gravidez, mesmo que indesejada, e nunca o aborto.

Como a gravidez e as marcas deixadas em caso de abortamento se evidenciam no corpo da mulher, essas condições (gravidez/aborto) passam a ser entendidas como algo individual, que

¹⁴ Os movimentos feministas que articulam as questões da saúde da mulher propunham uma concepção de mulher e de gênero. Quando se fala aqui das questões de saúde da mulher em relação aos movimentos feministas, é necessário explicar como entendemos a concepção de gênero, sendo este um atravessamento importante para tais questões. Nesta dissertação, não nos deteremos em uma discussão sobre essa categoria; entretanto, no momento em que fazemos alusão aos movimentos feministas, é preciso dizer que estes têm uma concepção sobre mulher e sobre gênero que não busca fixar uma categoria de gênero como sendo algo instituído como masculino ou feminino, mas sim como algo que se constrói socialmente nas relações. Nesse sentido, tanto homens quanto mulheres podem ocupar determinadas posições sociais, não existindo uma concepção fixa e preestabelecida de algo que pertença somente à esfera masculina ou somente à esfera feminina.

pertence ao corpo daquela mulher, o que poderá ser problematizado se tomarmos a idéia de Mattos (2004) quando refere Canguilhem (1978) acerca dos “modos de andar na vida” (p.1414).

Segundo o autor, a mulher não pode ser entendida como um sujeito individual somente, pois os modos de ser e pensar não são escolhas das pessoas. Eles emergem do próprio modo como as pessoas se produzem coletivamente no contexto em que convivem, isto é, os modos como o sujeito se produz não podem ser dissociados do modo como a sua vida acontece nesse contexto.

Retomando a questão da integralidade, de acordo com a entrevista concedida por Ruben Mattos ao Boletim Integralidade em Saúde (n.d., p. 1), esse conceito pode ser compreendido através da defesa de uma postura ampliada das necessidades de saúde, individuais ou populacionais, não se aceitando a redução “nem à doença, nem ao aspecto biológico, nem à dimensão descontextualizada da vida”.

Essa postura ampliada a que se refere Mattos parece estar deficitária quando se pensa na questão do aborto segundo o Projeto Legislativo nº 5.044 (2005), já que contempla somente as questões do feto e reduz a gravidez ao aspecto biológico, à doença, sem contextualizar a mulher portadora desse feto.

Além disso, o Ministério da Saúde e a Câmara dos Deputados utilizam a mesma palavra “integral” para conceber o feto e a mulher, respectivamente, porém a integralidade acaba adquirindo diferentes sentidos, que não dialogam entre si, que não se permeiam. Isso torna evidente que a comunicação entre esses setores mostra-se praticamente inexistente.

Planejamento Familiar e Integralidade: a limitação das discussões para a integração das questões sobre o aborto nas políticas de saúde da mulher

Entre as 35 proposições pesquisadas no período de análise proposto, foram selecionadas 16, conforme comentado na primeira parte deste capítulo. Esta segunda parte objetiva discutir 9 dessas 16 proposições, sendo elas mais especificamente 1 Requerimento, 4 Requerimentos de Informação e 4 Projetos Legislativos, que serão analisados de acordo com as questões teóricas propostas nesta dissertação. Para fins de clareza, as questões teóricas que serão discutidas com cada uma dessas proposições serão expostas junto a elas ao longo desta seção, e não inicialmente, como na seção anterior deste capítulo. A seguir realizamos uma breve explanação do que se trata cada uma das proposições.

A primeira proposição a ser abordada é o Requerimento nº 1.517 (2007), que solicita a transcrição nos anais do Legislativo do texto intitulado “Aborto”, publicado no Jornal *Opção*, com o objetivo de discutir o aborto a partir das contribuições da reportagem, não se posicionando explicitamente contra ou a favor da sua legalização. Discutiremos ainda os seguintes Requerimentos de Informação (RIC): RIC nº 3.218 (2005), RIC nº 408 (2007) e RIC nº 750 (2007), que solicitam ao Ministério da Saúde informações mais específicas sobre o aborto no Brasil, não tomando um posicionamento contra ou a favor da sua legalização. O RIC nº 607 (2007) também solicita informações sobre as estatísticas de aborto no Brasil, porém, diferentemente dos demais, posiciona-se contra a legalização do aborto.

Os quatro Projetos de Lei a serem analisados nesta seção são os seguintes: o Projeto de Lei nº 5.376 (2005), que visa à proibição da comercialização da pílula do dia seguinte (considerada por ele como abortiva) e dá outras providências; o Projeto de Lei nº 5.058 (2005), que regulamenta o artigo 226, § 7, da Constituição Federal, que dispõe sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos em qualquer

caso; o Projeto de Lei nº 7.443 (2006), que dispõe sobre a inclusão do tipo penal de aborto como modalidade de crime hediondo; o Projeto de Lei nº 5061 (2005), que altera o § 2 do artigo 10 da Lei nº 9.263, de 12/01/1996, que trata do Planejamento Familiar, de forma a permitir a realização da laqueadura tubária nos períodos de parto ou aborto em caso de cesária anterior. Entre esses quatro Projetos de Lei, os três primeiros colocam-se a favor da criminalização do aborto, enquanto o último somente discute o aborto associado à ligadura tubária e ao planejamento familiar, não se posicionando especificamente sobre a questão da sua legalização. Ainda nesta seção serão analisados os Projetos de Decreto Legislativo 1.757 (2005) e 1.832 (2005) que tratam da convocação de um plebiscito relativo à interrupção da gravidez até a décima segunda semana de gestação. Estas proposições parecem posicionar-se a favor da legalização do aborto, no sentido de criarem uma oportunidade de discussão e posicionamento das pessoas sobre o tema.

Começaremos a análise dessa seção com o Requerimento nº 1.517 (2007), que solicita a transcrição da reportagem intitulada “Aborto” nos anais do Legislativo, publicada no Jornal *Opção*, de autoria da repórter Andréia Bahia. O Requerimento é solicitado pelo deputado João Campos (PSDB/GO), que utiliza o material da mídia para fomentar as discussões sobre o aborto na Câmara Federal. Desse modo, consideramos relevante contextualizar do que trata a reportagem transcrita nesse requerimento para discutirmos o seu conteúdo, que se refere explicitamente à legalização ou não do aborto, com as questões que envolvem a política de saúde da mulher, o planejamento familiar, a integralidade e a promoção de saúde.

Ao longo da referida reportagem, transcrita na íntegra no REQ nº 1.517 (2007), a repórter traz algumas situações que demonstram que o posicionamento sobre a legalização ou não do aborto por parte de algumas pessoas que atuam no governo variou em função de interesses pessoais e políticos, além da preocupação com a forma como elas seriam vistas pela sociedade ao se posicionarem sobre o caso. A reportagem cita também o problema do planejamento familiar,

referindo dados epidemiológicos sobre a gravidez na adolescência e projetos realizados em escolas que obtiveram bons resultados.

A primeira discussão que realizamos sobre essa reportagem diz respeito aos posicionamentos de políticos sobre a legalização do aborto. A repórter cita que a deputada Jandira Feghali (PC do B/RJ) apoiou explicitamente diversos projetos pela legalização do aborto e foi alvo da Frente Carioca pela Vida¹⁵, o que pode ter ocasionado a sua perda nas eleições. Entretanto, afirma que o atual presidente da república, Luis Inácio Lula da Silva, inicialmente em sua candidatura, apoiou vários projetos pela legalização do aborto, assim como aos movimentos feministas e de luta pela autonomia feminina, prometendo que seu governo contemplaria a questão da descriminalização do aborto e que os direitos das mulheres não poderiam ser pautados por crença ou religião.

Em sua autobiografia, Lula se diz a favor da legalização do aborto para que se possa salvar ao menos a vida da mulher. No entanto, quando se aproximaram as eleições, ele mudou sua fala dizendo se posicionar a favor da Comissão Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), colocando-se a favor da defesa da vida e dizendo que o aborto não poderia ser legalizado, pois a vida está acima de tudo. Na reportagem, então, é referida tal mudança de posicionamento do presidente para angariar votos dos católicos e dos que acreditam que a vida existe desde a fecundação, como os evangélicos. Na mesma reportagem, os evangélicos acusam o governo de tratar o aborto com descaso, considerando tal omissão como uma forma de concordância com a situação. Além disso, afirmam que não são contra as feministas; pelo contrário, que se empenham em lutar a favor da mulher, contra a violência doméstica, contra a discriminação machista, mas que acima de tudo são a favor da vida e contra o aborto.

¹⁵ Entidade carioca ligada à Igreja Católica que se posiciona contra a legalização do aborto.

Esses dados permitem-nos pensar que a aprovação ou não dos Projetos de Lei que versam sobre a legalização do aborto em tramitação na Câmara Federal acaba sendo pautada por interesses pessoais e políticos, uma vez que acabam desconsiderando o que realmente está em pauta: a saúde da mulher e a do feto. Sabe-se que, desde a Constituição Brasileira, a saúde é um direito fundamental do cidadão, sendo entendido como o resultado do processo e das relações sociais que garantem a qualidade de vida para a população¹⁶. Esse enfoque possibilita que a saúde não seja mais entendida como ausência de doenças e exige que o sistema de saúde trabalhe de acordo com o princípio da integralidade, articulando as ações de assistência às políticas de promoção, prevenção e reabilitação (Pedrosa, 2005).

De acordo ainda com os dados trazidos nessa reportagem, a política de saúde da mulher não aparece como sendo tratada pelo Legislativo, pois a partir da análise desse Requerimento, evidencia-se que as propostas de leis parecem não ser norteadas pelas necessidades de saúde das mulheres, mas sim pelos possíveis interesses políticos que a cercam, conforme será explicado mais adiante neste capítulo. Logo, podemos deduzir que as instâncias da política de saúde e do governo não se articulam, não se comunicam, embora devessem estar falando da mesma coisa: a saúde da mulher em relação ao aborto. Contudo, seus objetivos acabam desviando-se nos trâmites legais, o que prejudica a mulher que, ao se deparar com a questão do aborto, pode acabar optando por procedimentos inseguros, já que não tem acesso aos serviços de saúde.

Segundo a PNAISM, o aborto realizado em condições inseguras é uma das “principais causas de morte materna e é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde” (Brasil, 2004b, p. 31). Além disso, os registros do SUS não retratam a

¹⁶ Aqui, a autora (Pedrosa, 2005) entende a qualidade de vida como um conjunto integrado de acesso a recursos sociais e de atendimento às necessidades pessoais e comunitárias.

realidade brasileira acerca do aborto inseguro, embora o conhecimento desses dados seja fundamental para subsidiar a elaboração de políticas que visem à prevenção do abortamento.

Assim, mesmo que a PNAISM entenda o aborto como algo preocupante, não se articula em termos de política pública para lidar com o assunto no sentido de propor ações e práticas que visem à promoção da saúde de forma efetiva e integral nos serviços públicos. Some-se a isso o fato de que a área da saúde não propõe uma articulação com o legislativo no sentido de implementar um diálogo entre essas instâncias que priorize a saúde da mulher nas proposições sobre a legalização do aborto, detendo-se somente em responder aos Requerimentos de Informação sobre a situação do aborto no Brasil, conforme será discutido mais adiante.

A segunda questão a ser discutida sobre a reportagem transcrita no Requerimento nº 1.517 (2007) diz respeito às concepções de integralidade e promoção da saúde propostas pela PNAISM. Para fins de esclarecimento, trazemos um recorte dessa reportagem como um dispositivo para que possamos pensar sobre a legalização do aborto e a saúde da mulher associados ao planejamento familiar:

Não acho normal nossos representantes políticos não assumirem essa bandeira [da legalização do aborto] devido a pressões religiosas, de pessoas sem conhecimento sobre o sofrimento da mulher, e que se preocupam com leis que garantam o espaço político e não a vida da mulher (...) [refere que no âmbito do governo federal as pessoas falam bonito sobre Planejamento Familiar, mas que ele não é discutido], pensam apenas na questão econômica, não na vida da mulher (...), pois se houvesse Planejamento Familiar não seria necessário o aborto (REQ 1.517, 2007, p. 5-6).

Apresentamos essa fala da freira Marta Cesária de Oliveira, componente do Fórum Goiano de Mulheres, para abordar a legalização do aborto através de três pontos. O primeiro refere-se à interferência de crenças religiosas sobre a (des)criminalização do aborto; o segundo trata da preocupação do governo com leis que garantam espaço político, e não com a saúde e a vida da mulher; o terceiro diz respeito à apropriação (ou não) do governo sobre as questões relativas ao aborto no Brasil e suas implicações na saúde das mulheres.

O primeiro ponto a ser discutido versa sobre a interferência das crenças pessoais dos deputados, no que tange à religião, sobre a (des)criminalização do aborto, tal como no Requerimento citado, em que a freira assume uma posição favorável à saúde da mulher em relação ao aborto e contrária aos deputados que propõem Projetos Legislativos baseados em suas crenças pessoais. Contudo, essa questão não aparece somente no Requerimento 1.517 (2007), mas também fica bastante evidente no Projeto Legislativo nº 5.376 (2005), que versa sobre a proibição da comercialização da pílula do dia seguinte.

Para que pudéssemos ter mais argumentos ao discutirmos a questão das crenças pessoais religiosas nos posicionamentos sobre a criminalização ou a legalização do aborto nas proposições, optamos por trazer junto a esta discussão o Projeto Legislativo nº 5.376 (2005, p. 2), que refere em sua justificativa:

(...) toda vida, ainda no ventre, tem um plano pré-estabelecido por Deus. É uma obra da Sua Criação (...) E como podemos ter certeza de que cada vida traz um plano pré-estabelecido por Deus? Basta lembrarmos de Maria, nossa Mãe, que ouviu do Senhor Quem ela carregaria no ventre e a importância daquela criança para a humanidade.

Esse trecho da justificativa do Projeto Legislativo nº 5.376 (2005) e os comentários sobre a reportagem do REQ nº 1.517 (2007) evidenciam que a crença religiosa de que a vida se inicia na fecundação vem interferindo na forma como se lida com os métodos contraceptivos e com o aborto nessas proposições, já que o trecho acima foi retirado do Projeto Legislativo nº 5.376 (2005, p. 2) como um argumento para que se proíba a comercialização da pílula do dia seguinte, método atualmente aprovado pelo Ministério da Saúde e permitido por lei.

Lorea (2006), em seu artigo intitulado “Acesso ao Aborto e Liberdades Laicas”, traz à discussão um embasamento jurídico que amplia e desconstrói a questão da existência da vida desde a fecundação como um argumento que justifique a criminalização do aborto. Citando Dworkin (2003), Lorea (2006) afirma que a grande polêmica em torno do aborto é saber se um embrião recém-fertilizado já é um ser humano com direitos próprios, mas alerta que, se analisarmos a legalização do aborto segundo essa ótica, a discussão se tornará enganosa. Desse modo, considera como imprescindível a análise das questões metafísicas acerca das condições necessárias para que se seja ou não considerado uma pessoa, e se o feto se adapta a elas. Para ele, porém, até mesmo esse argumento não justifica a aceitação (ou não) moral do aborto. Para que se possa discuti-lo, segundo o autor, é preciso compreender que o debate legislativo sobre o aborto não se limita à definição sobre o feto ser ou não uma pessoa, pois o direito à vida não é absoluto, tendo em vista que nosso ordenamento jurídico admite que se mate alguém em legítima defesa, e até mesmo em defesa da propriedade, como está assegurado no *caput* do artigo 5º da Constituição Federal, ao lado do direito à vida, por exemplo.

O autor igualmente se detém nos argumentos das leis que se referem ao Pacto de São José da Costa Rica sobre os Direitos Humanos, sobretudo quanto à redação legislativa, mostrando que

na Conferência Internacional dos Estados Americanos¹⁷, realizada em 1948, em Bogotá, discutiu-se a questão da proteção da vida desde a concepção e decidiu-se não adotar uma redação nesses termos justamente para não restringir o direito ao aborto então existente nas legislações dos Estados que seguem a Declaração Americana dos Direitos e Deveres Fundamentais do Homem (Lorea, 2006).

Como se vê, é possível desconstruir o argumento sobre a legalização ou não do aborto tendo por base a justificativa de que a vida se inicia na concepção, conforme preconizam algumas proposições, de acordo com o embasamento jurídico. A inserção da religião nas proposições parece fazer, nesse caso, parte das crenças pessoais dos deputados que as elaboram, sendo difícil dialogar nesses termos, os quais envolvem interesses particulares. Por isso, não há possibilidade de se articularem essas questões com outros campos de saber para promover uma discussão mais ampla.

O segundo ponto a ser discutido trata sobre o modo como os governantes “se preocupam com leis que garantam o espaço político e não a vida da mulher”. Nesse ponto, é preciso que conheçamos o fluxo interno das proposições na Câmara Federal para que possamos compreender as possíveis questões políticas que podem estar subsidiando e/ou interferindo no destino delas. O fluxo das proposições em tramitação na Câmara Federal é praticamente o mesmo em todas elas; o que varia são as pessoas que as propõem e que as avaliam.

Todas as proposições em tramitação na Câmara Federal passam por diferentes Comissões Permanentes para discussão, dependendo da temática que abordam, cuja finalidade é discutir e

¹⁷ Na Conferência de Bogotá, debateu-se o texto original: “toda persona tiene derecho a la vida. Este derecho se extiende al derecho a la vida desde el momento de la concepción”. Ao final da Conferência, o texto foi modificado para: “Todo ser humano tiene derecho a la vida, libertad, seguridad, o integridad de su persona”. Essa modificação ocorreu para que se harmonizasse o texto da Conferência de Bogotá às legislações nacionais dos Estados, as quais admitiam basicamente cinco tipos de abortamento legal: para salvar a vida da mãe; para interromper uma gravidez decorrente de estupro; para proteger a honra da mulher violada; para prevenir a transmissão de doenças hereditárias ou contagiosas; para atender a razões econômicas (Bicudo, 1998).

votar as propostas de leis que são apresentadas à Câmara. Essas Comissões podem posicionar-se frente às propostas de duas formas distintas: ou se manifestam emitindo opinião técnica sobre o assunto através de pareceres, antes mesmo de o assunto ser levado ao Plenário para ser votado; ou já decidem, aprovando-as ou rejeitando-as, sem a necessidade de passá-las pelo Plenário da Casa.

No que tange à ação fiscalizadora, as Comissões atuam como mecanismos de controle dos programas e projetos executados ou em andamento a cargo do Poder Executivo. A composição parlamentar de cada um desses órgãos técnicos é renovada a cada ano ou sessão legislativa, sendo que as Comissões perduram enquanto constarem no Regimento Interno da Câmara dos Deputados. No que tange a assuntos relacionados à saúde da mulher e ao aborto, duas Comissões os avaliam: a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).

Para compreendermos os possíveis interesses políticos envolvidos nas proposições sobre o aborto na Câmara Federal, tornou-se necessário realizar uma busca na relação dos membros que as sugerem e também na listagem dos membros que compõem as Comissões que analisam e julgam as proposições referentes ao aborto para saber se os deputados que as propõem estão envolvidos de alguma forma nessas Comissões. Essa análise explicitou que diversos deputados que propunham os projetos contra a legalização do aborto pertenciam também às Comissões (CSSF e CCJC). Ou seja, ao mesmo tempo em que recomendam as proposições, eles ocupam um espaço político de avaliação e de decisão (através do voto) pelas próprias propostas, sendo agentes ativos que decidem pela aprovação ou não dos Projetos de acordo com os próprios interesses. Além disso, ocupam um espaço de possível influência e sugestão sobre o voto de outros membros que talvez pudessem se posicionar de outro modo frente às questões do aborto.

Essa constatação demonstra que os interesses e as crenças pessoais dos deputados permeiam as proposições desde a sua criação e a sua apresentação à Câmara, até a sua aprovação

ou rejeição. Mais uma vez, observamos que a legalização do aborto não está sendo tratada como um assunto que envolve a saúde e o corpo da mulher, como um problema de saúde coletiva cujas decisões são emergenciais, mas sim como um assunto que pertence aos interesses privados de quem a propõe.

O terceiro ponto a ser discutido diz respeito ao modo como o governo lida com a problemática do aborto, pois refere que o assunto não é discutido no âmbito do governo: “pensam apenas na questão econômica, não na vida da mulher (...)”. A discussão que será realizada neste ponto busca apontar como está a apropriação (ou não) do governo sobre as questões relativas ao aborto no Brasil e quais as implicações disso na saúde das mulheres.

Para melhor compreendermos esse tópico, precisamos analisar alguns dos Requerimentos de Informação (RIC) solicitados pelos deputados. Os Requerimentos de Informação nº 3.218 (2005), nº 408 (2007) e nº 750 (2007) solicitam ao Ministério da Saúde informações mais específicas sobre o aborto no Brasil¹⁸, tais como índices de abortamentos espontâneos e provocados, estudos existentes sobre o assunto, quais os locais autorizados a realizar o aborto legal, qual a previsão orçamentária para esses procedimentos, entre outros, não se posicionando contra ou a favor da legalização do aborto.

Também o RIC nº 607 (2007, p. 3) solicita informações sobre as estatísticas de aborto no Brasil; porém, diferentemente dos demais, afirma o seguinte: “temos que defender a vida sob todos os aspectos (...) vemos os números de abortos crescendo em nosso país e muito pouco sendo feito para prevenirmos as gravidezes indesejáveis (...)”, o que demonstra uma dificuldade de se adotar medidas sanitárias efetivas de promoção à saúde e à qualidade de vida no que diz respeito ao planejamento familiar.

¹⁸ Para maiores informações, consultar as Tabelas 3 e 4, ao final do segundo capítulo desta dissertação.

Pode-se pensar que, em função do grande número de Requerimentos de Informação, os governantes estão buscando conhecer como está atualmente a situação do aborto no Brasil. A despeito disso, citam nos Requerimentos de Informação a dificuldade de se ter acesso a dados fidedignos sobre o tema, somado ao fato de que, desde o momento em que essas informações são solicitadas a outras instâncias até o momento em que são respondidas e retornam à Câmara, existe um largo espaço de tempo. Nesse ínterim, muitas proposições já foram apresentadas à Câmara e precisam ser votadas, sem que haja o conhecimento sobre a real necessidade daquilo que foi proposto e de sua interferência na saúde da mulher em relação à situação atual do aborto.

Exemplo disso é o Requerimento de Informação nº 607 (2007), que foi apresentado à Plenária em agosto de 2007, mas cuja resposta do Ministério da Saúde só foi encaminhada ao autor três meses depois. Nesse meio-tempo, outros Projetos de Lei sobre o aborto foram propostos, como o Projeto de Lei nº 2.433 (2007), que propõe a alteração os artigos 124, 125 e 126 do Código Penal, conforme referido na Tabela 3 dessa dissertação.

Além da questão do tempo envolvido nessas solicitações e de suas conseqüências, existe também a dificuldade de serem obtidos dados fidedignos sobre o aborto no Brasil. De acordo com a Rede Feminista de Saúde (2005), a morbidade¹⁹ total em função do aborto é maior do que os dados de internações registradas pelo SUS, não só porque esses dados ignoram os casos em que não se busca atendimento, mas também porque eles não incluem os atendimentos realizados pelas pessoas que o buscam por meio dos convênios de saúde ou, ainda, o atendimento particular (30% dos casos).

Esses dados mostram-nos as limitações que envolvem as estatísticas sobre o aborto no país. Assim, torna-se importante caracterizar a sua real situação para que se possam criar tanto ações na área da saúde quanto propostas no legislativo para dar conta das necessidades como um todo da

¹⁹ Entende-se por morbidade a capacidade de produzir doenças, neste caso devidas ao aborto, principalmente em relação aos procedimentos inseguros associados a ele.

população feminina, incluindo a questão do aborto, que hoje acaba impedindo que o princípio da integralidade proposto pelo SUS realmente seja cumprido.

A integralidade enquanto diretriz política torna-se uma característica importante a ser levada em consideração na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde (Conill, 2004). Ao conceito de integralidade são atribuídos diversos sentidos, estando ainda em construção e sendo discutido por diversos autores, como Roseni Pinheiro e Ruben Mattos (Gomes e Pinheiro, 2005).

De acordo com Mattos (2004), a integralidade, como princípio do SUS, deve constituir uma bandeira de luta, sendo caracterizada por valores que devem ser defendidos e sendo compreendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 2000, p. 25). Dentre os princípios e as diretrizes do SUS, a integralidade talvez seja o menos visível, cujas mudanças não têm sido muito evidentes na história do SUS e de suas práticas (Mattos, 2004).

É possível que essas mudanças pouco evidentes a que se refere Mattos (2004) estejam associadas justamente às dificuldades de caracterização das necessidades da população. No que tange à população feminina, por exemplo, a dificuldade de caracterização do aborto impede que ocorram modificações nas leis, nas ações e nos serviços de saúde de modo a dar conta desse princípio da integralidade, o que se reflete na menor visibilidade desse princípio em relação à política de saúde da mulher.

Além da problemática referente à inclusão do aborto como uma das questões que pertencem à integralidade da saúde da mulher, a falta de apropriação desse tema, também referida pelos deputados da Câmara Federal, torna-se um tópico importante quando se pensa no princípio da promoção da saúde proposta pela PNAISM. De acordo com Lindner (2005), a promoção da

saúde está associada a um conjunto de valores, tais como vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania e participação, entre outros. Refere-se a uma combinação de estratégias: do Estado na busca de políticas públicas de saúde; da comunidade por meio das ações coletivas; dos indivíduos pelo aprimoramento de suas habilidades; do sistema de saúde através de sua reorientação, além das parceiras intersetoriais, com responsabilidade múltipla.

A partir dessa concepção de promoção de saúde, aponta-se para a necessidade de se ampliar as discussões sobre o aborto por parte do governo, envolvendo diversas áreas, não somente a da saúde, mas também a da educação, a da psicologia, a do direito, a do serviço social, etc. Esse processo intersetorial estruturado integra os conhecimentos de cada área para que se construa um comprometimento delas na criação de políticas públicas de saúde da mulher que efetivamente atendam à promoção de saúde e à integralidade das ações e dos serviços no que diz respeito ao aborto.

Após a análise das discussões suscitadas pela reportagem inserida no Requerimento 1.517 (2007), a terceira questão a ser discutida nesta seção do terceiro capítulo trata dos Projetos Legislativos que se posicionam contrariamente à legalização do aborto, mesmo nos casos em que ele é permitido por lei, como os Projetos de Lei Federal 5.058 (2005) e o 7.443 (2006), que serão abordados a seguir.

O Projeto Legislativo 5.058 (2005) objetiva alterar o art. 226, § 7º, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, posicionando-se contra a legalização do aborto e desconsiderando-o legalmente até mesmo nos casos permitidos atualmente pelo Código Penal (estupro e gravidez de risco).

Já o Projeto de Lei Federal 7.443 (2006) dispõe sobre a inclusão do aborto como modalidade de crime hediondo, tal como ocorre com o estupro e a eutanásia, utilizando como

justificativa o direito à vida desde a fecundação e tratando o aborto como um assassinato de crianças indefesas. Esses dois Projetos serão discutidos com base na concepção de Planejamento Familiar, integralidade e na política de saúde da mulher.

Para que possamos abordar a legalização ou a criminalização do aborto, tendo em vista que esses Projetos de Lei objetivam enquadrá-lo como um crime hediondo, torna-se importante referir o artigo 126, § 7º, da Constituição Federal que assegura o planejamento familiar como um direito de todo cidadão e que o entende como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que dá garantia de direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da descendência pela mulher, pelo homem ou pelo casal, sendo essa opção de livre decisão, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito.

De acordo com Lorea (2006), uma gravidez decorrente de estupro viola o direito da mulher ao livre exercício do Planejamento Familiar, já que ela não está tendo a oportunidade de decidir livremente sobre a concepção do filho, razão pela qual lhe deve ser assegurado o direito ao aborto. Além disso, esse mesmo direito está garantido e ampliado no texto da IV Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento do Cairo, que concebe os direitos reprodutivos como (Lorea, 2006, p. 195):

(...) o direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva.

Entretanto, parece-nos que esses Projetos Legislativos não consideram a concepção de planejamento familiar e de direitos reprodutivos em suas propostas, descartando a possibilidade

de a mulher optar pela gravidez, priorizando somente a questão da vida do feto que está em seu ventre.

Portanto, os Projetos de Lei 5.058 (2005) e 7.443 (2006) não contemplam a proposta da integralidade da atenção à saúde da mulher, pois não reconhecem a legitimidade do aborto - tanto em caso de estupro quanto em outras situações em que a gravidez é indesejada - como um problema que envolve a saúde da mulher; mas sim como um problema da esfera do judiciário. Isto é, consideram a mulher somente na perspectiva da criminalidade, não a tomando como um sujeito de direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, esses dois Projetos desconsideram os direitos constitucionais garantidos à mulher mediante a Lei do Planejamento Familiar.

Cabe aqui também discutirmos a questão da integralidade, já que os Projetos de Lei Federal 5.058 (2005) e 7.443 (2006) não se posicionam de acordo com esse princípio do SUS. Conforme citado na primeira parte deste capítulo, Gomes e Pinheiro (2005, p. 289) referem Mattos ao tratar dos diversos sentidos da integralidade, entre os quais está o da “integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde”, que trata das políticas específicas desenvolvidas especialmente para atender a um ou mais problemas de saúde que atingem um certo grupo populacional. O autor apresenta como exemplo a Política Nacional da AIDS, que contém perspectivas preventivas e assistenciais, respeitando os direitos dos portadores da doença, e assumindo o comprometimento de prover gratuitamente os anti-retrovirais.

Com base nessa acepção da integralidade, problematizamos as ações que o governo vem desenvolvendo para dar conta do aborto como um problema específico da saúde da mulher. Entre essas ações, destacamos a PNAISM (Brasil, 2004b, p. 30), que traz o item “abortamento em condições de risco”, que instiga a produção de reflexões sobre o aborto inseguro, embora não proponha ações específicas, não refira maneiras de lidar com a situação e não discuta a legalização do aborto.

Desse modo, por mais que a PNAISM tenha sido implementada com o objetivo de proporcionar atenção integral à saúde da mulher, ela não configura uma realidade nesse caso, pois não responde às dificuldades associadas às mulheres que passam por um abortamento inseguro, situação que faz parte dos agravos à saúde da mulher, conforme explicitado no capítulo anterior com base na pesquisa de Guareschi e colaboradores (2007).

O quarto item desta seção se refere aos Projetos de Decreto Legislativo nº 1.757 (2005) e nº 1.832 (2005) que tratam sobre a convocação de um plebiscito relativo à interrupção da gravidez até a décima segunda semana de gestação.

O Projeto de Decreto Legislativo 1.757 (2005) propõe que se decida através de um plebiscito a possibilidade de a gestante interromper a gestação até a décima segunda semana. Refere que será apresentado durante os 15 dias que antecedem a votação um programa eleitoral gratuito com o objetivo de mostrar os prós e os contras sobre a interrupção da gravidez. Teriam acesso ao horário eleitoral as teses que alcançassem ao menos 15% dos votos válidos em convenção partidária destinada a determinar o posicionamento dos partidos no plebiscito. Este seria realizado em 03 de outubro de 2007.

Já o Projeto de Decreto Legislativo 1.832 (2005) que trata do mesmo assunto, refere em relatório anexo que a democracia direta é o melhor instrumento para decidir a questão da legalização do aborto e, que a decisão não deve ser tomada apenas por grupos de feministas ou de intelectuais, ou mesmo pela representação política, mas sim, pelo povo. Como argumentos para a defesa deste Projeto, os deputados referem dar ao povo brasileiro a oportunidade de decidir livre e soberanamente sobre a possibilidade ou não de interrupção da gravidez, já que “o plebiscito é o grande mecanismo democrático de intervenção direta da cidadania em uma República” (PL 1757, p. 1). Porém, em seguida trazem argumentos como o Pacto de São José da Costa Rica que concebe a vida desde a concepção, reiterando que este é o ponto de vista dos proponentes. Ao

final, referem que não podem impor as suas convicções, postulando que “cada cidadão brasileiro, de acordo com sua consciência, concordando ou não com nossa tese, ajude a plasmar a lei que deve regular a questão. Enfim, que o povo dê a si mesmo a lei que deve dispor sobre a matéria” (PDL 1.757/2005, p. 2).

A partir de tais argumentos, podemos pensar que este Projeto, em primeira instância, parecia instigar a possibilidade de um diálogo entre o legislativo e o povo, possibilitando ao menos uma reflexão sobre a questão do aborto. Porém, ao analisarmos mais detalhadamente estas proposições, vemos que este diálogo não ocorreu, tendo em vista o posicionamento de quem as indica. Além disso, elas são propostas por um deputado e assinadas por outros 180, o que demonstra o quanto o assunto está circulando no âmbito legislativo, porém, o deputado que propõe estes Projetos de Decreto Legislativo também propõe o Projeto Legislativo que objetiva a criação do Estatuto do Nascituro (PL 1.650 - 2005) e o Projeto de Lei que busca instituir a eutanásia e o aborto como crimes hediondos em qualquer caso (PL 5.058 - 2005), propostas radicalmente contra a legalização do aborto. Tendo em vista este posicionamento, torna-se claro que o plebiscito não ocorreria. O que de fato aconteceu.

O quinto e último item desta seção refere-se ao Projeto de Lei 5.061 (2005), que altera o § 2º do artigo 10 da Lei nº 9.263 que trata do Planejamento Familiar. O objetivo desse Projeto é a legalização da prática da laqueadura tubária após o parto ou o aborto, em caso de cesárea anterior. Ele problematiza os procedimentos realizados nos serviços de saúde em relação ao parto e ao aborto, tratando uma nova cirurgia para realizar a laqueadura após o parto ou o aborto como uma punição à mulher.

A justificativa do Projeto Legislativo nº 5.061 (2005) baseia-se em que a esterilização voluntária é permitida por lei em homens e mulheres maiores de 25 anos, com pelo menos dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o

procedimento. Esse período é propiciado para que a pessoa reflita sobre as implicações desse ato cirúrgico em sua vida, o que inclui o aconselhamento de uma equipe multidisciplinar do serviço de saúde “visando a desencorajar a esterilização precoce” (PL 5.061, 2005, p. 2). Refere ainda que a iniciativa de proceder à laqueadura tubária após o parto ou o aborto contribuirá para o controle de natalidade, cujas taxas vêm caindo gradativamente nas últimas décadas entre as classes média e alta da população. Entretanto, isso não ocorre nas classes mais carentes.

Essa proposição não aborda especificamente a legalização do aborto, mas torna-se relevante, pois o associa aos métodos contraceptivos, neste caso a laqueadura tubária, compreensão importante para enriquecer as discussões sobre o aborto e a política de saúde da mulher. Sobre este Projeto Legislativo, vamos discutir o modo como a esfera legislativa entende a ligadura tubária: como um procedimento de controle da natalidade associado à população mais carente. Essa questão será discutida com os operadores teóricos da política de saúde da mulher, do Planejamento Familiar e com os princípios do SUS de integralidade e de equidade em saúde. Para tal, trazemos a seguir um trecho da justificativa do Projeto Legislativo nº 5.061 (2005, p. 5):

(...) Apesar de as taxas médias de natalidade do país virem caindo gradativamente nas últimas décadas, essa queda é visivelmente verificada nas classes média e alta da população. As camadas mais carentes ainda sofrem com a falta de informação e com a dificuldade de acesso aos meios anticoncepcionais, que acabam por inviabilizar o Planejamento Familiar e, conseqüentemente, por agravar o quadro de miséria e ignorância no país, onde já é perversa a distribuição de renda.

Em relação ao controle da natalidade das pessoas de camadas sociais mais baixas, a PNAISM (Brasil, 2004b) possui um item chamado “Precariedade da Assistência em

Anticoncepção”, no qual refere dados sobre o assunto. Nesse item, cita a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, por meio da qual se identificou a maior incidência nacional de dois métodos contraceptivos: a laqueadura tubária (40%) e a pílula (21%), sendo que a laqueadura ocorreu em número significativamente mais alto nas regiões em que as mulheres têm menor escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias (PNDS, 1996, apud Brasil, 2004b). Esses dados incitam uma reflexão acerca dos princípios da integralidade e da equidade do atendimento preconizados pelo SUS, entendendo-se por equidade a igualdade de oportunidade para utilizar os serviços de saúde (Brasil, 2000).

Segundo Conill (2004), a avaliação da integralidade vem associada, e por vezes confundida, com medidas de acesso, já que um conjunto de serviços somente será efetivo se for realizado com equidade. Logo, a existência de recursos físicos capazes de atender à demanda possibilita condições estruturais para que a integralidade possa ocorrer. A partir de dados estatísticos como os da PNAISM (Brasil, 2004b), que revelam que as mulheres que realizam a ligadura tubária em sua maior parte pertencem à classe social mais carente, é possível deduzir uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde para conseguir os métodos, já que as mulheres com restrições financeiras acabam não tendo condições de ir até o posto de saúde devido ao gasto com a passagem de ônibus, ou ainda a motivos associados à família, como não ter com quem deixar seus filhos, além da impossibilidade de adquirir o anticoncepcional com recursos próprios – embora idealmente todos os métodos contraceptivos deveriam estar disponíveis nos serviços públicos de saúde, muitas vezes há dificuldade de acesso a eles (Brasil, 2005b).

Ainda de acordo com a pesquisa do PNDS (1996), o índice de mulheres com necessidades de anticoncepção não-satisfeitas é de 13,8% no Brasil. Esse elevado índice contribui para a ocorrência de abortamentos inseguros e, conseqüentemente, de maior risco de morte de mulheres (Brasil, 2004b). Isso nos permite compreender mais uma das falhas relativas à atenção integral à

saúde da mulher, principalmente no que tange às políticas de contracepção, já que nem sempre há possibilidade de acesso aos serviços, nem a total disponibilidade de métodos contraceptivos, nem a informação de que esses métodos existem nos serviços de saúde para que as pessoas possam buscá-los.

As proposições sobre a legalização do aborto: promoção da saúde da mulher?

Na última seção deste capítulo, vamos discutir três proposições: um Projeto de Decreto Legislativo, um Projeto de Lei Federal e um Requerimento de Informação. O Projeto de Decreto Legislativo nº 42 (2007) tem por objetivo sustar a norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” (1998), proposta pelo Ministério da Saúde, assunto que será debatido com as questões relativas à política de saúde da mulher e à promoção da saúde.

O Projeto de Lei nº 831 (2007) exige que os hospitais implantem um programa de orientação à gestante sobre os efeitos e métodos utilizados no aborto, quando este for autorizado legalmente, assunto que será discutido com as questões de promoção da saúde e de integralidade.

Por último, o Requerimento de Informações nº 2.563 (2005), que solicita informações à Ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres a fim de esclarecimento sobre o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), será discutido no âmbito da promoção da saúde. Quanto à legalização do aborto, o Projeto de Decreto Legislativo e o Projeto de Lei Federal posicionam-se contra, enquanto o Requerimento de Informação não se posiciona explicitamente sobre essa questão, apenas solicitando algumas informações.

A primeira proposição a ser discutida nesta última seção é o Projeto de Decreto Legislativo nº 42 (2007), que objetiva sustar a aplicação da norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”

(1998). Essa tentativa de proibição da norma técnica foi realizada porque o legislativo entendeu que, através dela, o Ministério da Saúde estava autorizando os hospitais do SUS a realizarem abortamentos.

A referida norma cita que a mulher não tem a obrigação de apresentar o Boletim de Ocorrência policial nos serviços públicos de saúde para comprovar que foi vítima de violência sexual, sendo o seu relato concebido como verdadeiro. Sendo assim, para que possa ter acesso ao abortamento legal nos serviços públicos de saúde, ela passa por um processo – que será mais bem explicado posteriormente – em que deve preencher alguns formulários de autorização e ter o parecer favorável de dois médicos. O Boletim de Ocorrência policial deixou de ser obrigatório em função de que muitas mulheres são vítimas de violência sexual por pessoas de seu convívio próximo, como familiares, por exemplo, situação que dificultava a realização da queixa policial e conseqüentemente do acesso ao abortamento legal (Brasil, 2005b).

Além de tornar opcional a apresentação do Boletim de Ocorrência, o Projeto de Decreto Legislativo nº 42 (2007) refere que o Ministério da Saúde oficializou a prática do aborto na rede hospitalar ao editar a Portaria 1.508 (Brasil, 2005c), que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez, nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. Nesse sentido, deve-se considerar os critérios estabelecidos pelo Código Penal Brasileiro para o aborto humanitário ou sentimental (em caso de estupro), previstos no § 2 do artigo 128, de modo que ele possa ser praticado pelo médico, com o consentimento da mulher.

Para que o procedimento abortivo realmente ocorra, existem quatro etapas que devem ser registradas em termos, que serão arquivados e anexados ao prontuário médico, com a devida confidencialidade:

- Na primeira etapa, a mulher realiza um relato da situação de violência sexual a dois profissionais de saúde do serviço;

- Na segunda, um médico do serviço realiza alguns exames corporais, avalia a saúde da mulher e emite um parecer técnico;

- Na terceira, ela assina o Termo de Responsabilidade que contém advertências sobre as penas de crime de falsidade ideológica e de aborto, caso não tenha sido vítima de violência sexual – se a mulher for incapaz, seu representante legal também deverá assiná-lo;

- Na quarta e última etapa, há a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realizar o aborto.

Como se pode ver a partir desse processo, em nenhum momento a Portaria 1.508 (2005) autoriza o aborto livremente, pois ela refere inclusive a legislação vigente, advertindo que a mulher pode ser punida caso minta sobre o assunto, o que não condiz com a justificativa apontada pelo Projeto de Decreto Legislativo nº 42 (2007).

Em relação à norma técnica referida no Projeto, ela refere como sendo um dever do Estado e da Sociedade Civil definirem estratégias para acabar com a violência contra a mulher, sendo a atribuição da área da saúde acolher suas vítimas buscando minimizar sua dor e outros agravos. Assim, essa norma técnica fornece subsídios para lidar com as situações de violência sexual contra mulheres e adolescentes. Reeditada em 2005, ela foi publicada juntamente com outras normas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004b, 2005a, 2006) a partir do reconhecimento de elevados índices de morte de mulheres que realizaram procedimentos abortivos de forma insegura.

De acordo com a PNAISM (Brasil, 2004b, p. 25), as estatísticas de mortalidade são freqüentemente utilizadas para caracterizar a saúde das populações. Nesse sentido, em relação à saúde das mulheres, sobressaem-se em tais estatísticas os “problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade”, além das particularidades associadas às complicações da transmissão vertical de doenças como a sífilis e o HIV.

No Brasil, as principais causas de morte de mulheres são as doenças cardiovasculares, como o enfarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral (AVC); as neoplasias, com destaque ao câncer de mama, de pulmão e de colo do útero; as doenças respiratórias, principalmente a pneumonia; as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, como o diabetes; além das causas externas (Brasil, 2000, apud Brasil 2004b). Complementarmente a esses dados, segundo as pesquisas de Laurenti (2002, apud Brasil, 2004b), as cinco primeiras causas de morte de mulheres são: câncer de colo do útero, diabetes, doença isquêmica do coração, doença hipertensiva e neoplasia dos órgãos digestivos.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece nessa pesquisa entre as primeiras causas de morte feminina, porém a pesquisa refere-se a esses casos como um grave problema, tendo em vista que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, ou seja, não é uma doença, e que em 92% dos casos as mortes da população feminina poderiam ser evitadas. As principais causas de morte entre as mulheres no período de gravidez e parto são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis (Brasil, 2003, apud Brasil, 2004b).

Nenhum desses documentos defende a legalização do aborto; pelo contrário, citam até mesmo as possíveis punições às mulheres que mentirem sobre a situação de estupro. Além disso, mesmo não se referindo à questão da legalização do aborto, esses dados possibilitam que essa temática seja discutida. Em outras palavras, esses documentos podem ser entendidos como meios para que o aborto seja visibilizado social e politicamente, pois ele ainda é um assunto de difícil manejo tanto por parte das equipes de saúde, como refere a PNAISM (Brasil, 2004b), quanto dos representantes do legislativo e do judiciário, o que fica aparente através da análise do Projeto de Decreto Legislativo nº 42 (2007).

A partir do lançamento de políticas, programas e manuais voltados à saúde da mulher e ao aborto pela área da saúde, debatemos o tema e criamos novas práticas em sua implementação, possibilitando efetivamente o desenvolvimento da integralidade e da promoção da saúde dessa população. Assim, ao abordarmos o atendimento a casos de aborto como um assunto a ser tratado pelas instâncias da saúde, e não mais pela polícia, pelo legislativo ou pelo judiciário, produziremos outras formas de a mulher pensar a si mesma e relacionar-se com o próprio corpo, com a sexualidade e com a questão do aborto – que também faz parte dos problemas relacionados à saúde da mulher.

Visando a contemplar a integralidade do atendimento – entendida como o “conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde”, executadas desde o nível básico até a alta complexidade de atenção à saúde das mulheres – e a promoção da saúde, a PNAISM (Brasil, 2004b, p. 64), sob um enfoque de gênero, compreende o atendimento da mulher através de uma perspectiva ampliada de seu contexto de vida, de suas demandas, de suas singularidades, bem como de suas condições como sujeito capaz e responsável por suas escolhas. Além disso, implica o estabelecimento de relações singulares, norteadas pelo respeito às diferenças, sem qualquer tipo de discriminação; sendo esse enfoque incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para a humanização das práticas em saúde.

Pensando na questão da promoção da saúde e da integralidade – que pode ser exercitada, entre outras formas, através da sensibilização e da capacitação para a humanização em saúde –, trazemos a segunda questão a ser discutida nesta seção. Ela diz respeito ao Requerimento de Informações nº 2.563 (2005), que solicita informações à Ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, visando a esclarecimentos sobre o PNPM.

O PNPM (Brasil, 2004c) tem por objetivos: promover autonomia e igualdade no mundo do trabalho e cidadania; promover a educação inclusiva e não-sexista, numa perspectiva de

gênero, raça, etnia e orientação sexual; promover a saúde das mulheres, seus direitos sexuais e reprodutivos através da humanização e da atenção integral à saúde; e implantar a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, garantindo atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência. Entre as metas do PNPM, está a revisão da legislação punitiva sobre a interrupção voluntária da gravidez (Brasil, 2004c), ou seja, esse plano apóia a descriminalização do aborto, conforme consta nos Anais da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres²⁰ (Brasil, 2004d, p. 41).

Nos últimos anos, uma série de programas, manuais, políticas e planos (Brasil, 2002, 2004b, 2004c, 2004d, 2005a e 2005b) vem sendo construída com vistas a assegurar a integralidade da saúde da mulher. E todos eles têm citado o aborto como uma causa preocupante de morte de mulheres que poderia ser evitada, embora não o refiram como sendo um elemento que faz parte da saúde da mulher e que deva ser contemplado no âmbito do princípio da integralidade do SUS.

Em termos práticos, as ações da área da saúde em relação ao aborto podem não estar sendo modificadas em função das prováveis limitações impostas pelo legislativo. Deduz-se, então, que existem algumas incoerências entre o legislativo e a política de saúde da mulher, pois essas duas instâncias parecem não dialogar sobre a questão do aborto. Cada uma delas, dentro de suas atribuições, trabalha diretamente com a mulher na situação de aborto conforme o seu prisma – o legislativo através de controle/punição das ações da mulher sobre seu corpo em relação ao aborto e a política de saúde através da promoção de ações que visem à prevenção do aborto e ao tratamento de suas conseqüências na saúde da mulher –, o que acaba dissociando-a, desconsiderando aspectos importantes como, por exemplo, a humanização ao atendimento da mulher nessa situação.

²⁰ Os anais dessa conferência serviram de base para a criação do PNPM.

Com vistas a atender às especificidades da mulher no serviço público de saúde, o Ministério da Saúde formulou a norma técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento” (2005) a fim de aprimorar os serviços e os profissionais da saúde no que se refere ao acolhimento e à atenção dispensados às mulheres em situação de abortamento permitidos por lei. Se, por um lado, existe uma preocupação das políticas públicas da área da saúde em oferecer serviços seguros e disponíveis a essas mulheres, por outro, emergem proposições da Câmara dos Deputados que de alguma forma parecem impedir tais ações, como o Projeto de Lei nº 831 (2007).

Esse projeto propõe que os hospitais municipais, estaduais e federais implantem um programa de orientação à gestante sobre os efeitos e os métodos utilizados no procedimento abortivo, quando este for autorizado legalmente. Além disso, instaura como obrigatória a apresentação de um programa, através de materiais audiovisuais, que verse sobre os procedimentos do aborto e suas possíveis conseqüências para a saúde da mulher ao realizá-lo.

De acordo com a proposição, a gestante está autorizada a solicitar a presença de um religioso no momento em que o programa é apresentado; e o Juizado da Criança e do Adolescente obrigatoriamente deve ser comunicado pelo hospital para que possa auxiliar na promoção da adoção do recém-nascido por famílias cadastradas, caso a mulher o rejeite. Na justificativa da proposta, o deputado refere que o objetivo é “conscientizar a gestante sobre o que é aborto e apresentar alternativas. A justiça apenas concede autorização para a realização do aborto, que pode ou não se consumir no hospital” (PL 831, 2007, p. 3).

O Projeto de Lei nº 831 (2007), ao apresentar o material audiovisual sobre o aborto, demonstra explicitamente desencorajar a mulher a realizar o procedimento, uma vez que o material audiovisual provavelmente contenha cenas fortes das diversas formas de se retirar o feto do útero e que a presença de um religioso para acompanhar a apresentação do programa já pressupunha o posicionamento da esfera religiosa, que é sempre contrária ao aborto. A partir

disso, pode-se pensar que os procedimentos adotados por esse Projeto Legislativo não estão buscando promover a saúde da mulher através de esclarecimentos sobre o aborto, mas sim fazer com que ela desista de realizá-lo, de usufruir um direito constitucional que lhe cabe. Portanto, há uma tentativa de controlar a mulher e o que ela faz com o seu corpo, o que fica evidente tanto através da apresentação do programa quanto da presença de um religioso, além da obrigatoriedade do hospital em comunicar ao Juizado da Criança e do Adolescente quando esse programa for realizado para que, caso a mãe desista de assumir o recém-nascido ou não tenha condições (financeiras, físicas ou emocionais) para isso, ela possa entregá-lo à adoção.

Portanto, por trás do aparente acolhimento dado pelo Estado à mãe e ao feto, existe um controle do que a mulher pode ou não fazer com o corpo e com o ser que está dentro dele, produzindo formas de como ela deve se pensar, agir e relacionar-se socialmente. Assim sendo, o princípio da promoção da saúde não está sendo incorporado por esse Projeto Legislativo, tendo em vista que ele não visa a produzir saúde nem contemplar as demandas da população feminina em relação ao aborto, mas tem por fim último salvar a vida do feto. De acordo com Buchele e Lindner (2006), podemos entender promoção de saúde como a estratégia de articulação de produção de saúde no modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no SUS, contribuindo para a formulação de ações que possibilitem contemplar as necessidades sociais em saúde.

Na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, definiu-se como promoção de saúde um processo que atribui ao povo os meios para assegurar um maior controle e uma melhoria de sua saúde, não se limitando a ações tidas como de responsabilidade da área da saúde (Carta de Ottawa, 1986, apud Santos e Westphal, 1999). Desse modo, as próprias pessoas estariam capacitadas para uma gestão mais autônoma da saúde e dos seus determinantes, de maneira a provocar um impacto positivo na qualidade de vida das populações.

Além da ação intersetorial e intra-setorial, a promoção de saúde visa também a ações de ampliação da consciência sanitária, dos direitos e deveres e do poder de cidadania. Essas ações de ampliação da consciência sanitária dizem respeito a práticas coletivas, voltadas para a definição de políticas, preservação e proteção do ambiente físico e social, contando com o apoio de informação, educação e comunicação dirigida aos profissionais e à população (Santos e Westphal, 1999).

Em função dessas concepções, torna-se urgente que o princípio da promoção de saúde seja incorporado às proposições da Câmara Federal, pois assim as práticas em saúde poderão contemplar outras estratégias de produção de saúde, de modo a lidar com a temática do aborto sem desconsiderar os direitos constitucionais da mulher.

Referências do Capítulo 3

- Bicudo, H. (1998, setembro 10-11). *Estratégias para a Promoção da Punibilidade das Violações dos Direitos Humanos*. Seminário Direitos Humanos no Século XXI. Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais. Fundação Alexandre de Gusmão. Recuperado em 10 janeiro, 2008, do <www.mre.gov.br/ipri>.
- Brasil. (1990). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos (1990). *Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Recuperado em 10 janeiro, 2008, do <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069Compilado.htm>>.
- Brasil. (2000, outubro). *Legislação Federal e Estadual do SUS - SUS é Legal*. Governo do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde: Brasília.
- Brasil. (2002). *Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico*. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (2004b). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde: Brasília.

- Brasil. (2004c). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (2004d). *Anais da Conferência*. Presidência da República. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.(Série Documentos) 1.
- Brasil. (2005a). *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (2005b). *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica*. 2.ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (2005c, setembro 02). *Portaria nº 1.508*. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Seção I . pp. 124-125. Recuperado em 22 novembro, 2007, do <<http://www.providaanapolis.org.br/port1508.htm>>.
- Brasil (2006). *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3.ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde: Brasília.
- Buchele, F.; Coelho, E.B.S.; Lindner, S.R. (2006). Promoção de saúde enquanto estratégia de promoção ao uso das drogas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2(12), pp. 110-121. Recuperado em 10 janeiro, 2008, do <www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.
- Canguilhem, G.O. (1978). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense.
- Conill, E.M. (2004). Avaliação da Integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Revista Caderno de Saúde Pública*, 20(5), pp. 1417-1423.
- Dias, S. dos S. (2005) *Da gravidez do tipo anencéfalo e o Direito Penal Brasileiro: apontamentos e digressões*. Recuperado em 11 dezembro, 2007, do <www.direitonet.com.br>.
- Gomes, M.C.P.A.; Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Revista Interface: comunicação, saúde e educação*. 9(17), pp. 287-301.
- Guareschi, N.; Medeiros, P. F.; Nardini, M.; Wilhelms, D. M. (2007). O Aborto e as Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1). Recuperado

em 13 dezembro, 2007, do <http://www.ufsj.edu.br/Pagina/ppp-lapip/volume2_numero1.php>.

- Lindner, S.R. (2005). Direitos Reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher. *Dissertação de Mestrado em Saúde Pública*, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Lorea, R. A. (2006, julho/dezembro). Acesso ao Aborto e Liberdades Laicas. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 12(26), pp. 185-201.
- Mattos, R.A.de. (2004, setembro/outubro). A Integralidade na Prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), pp.1411-1416.
- Mattos, R.A.de. (n.d.). Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor. *Entrevista ao Boletim Integralidade em Saúde*. Recuperado em 02 janeiro, 2008, do <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilva.exe/sys/start.htm?inoid=1638sid=25>>.
- Pedro, J.M. (2003). Aborto e Infanticídio: práticas muito antigas. In: Pedro, J.M. (org.). *Práticas Proibidas: práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX*. Florianópolis: Cidade Futura. pp. 19-58.
- Pedrosa, M. (2005). Atenção Integral à Saúde da Mulher: desafios para a implementação na prática assistencial. *Revista Brasileira de Medicina Fam e Com*. 1(3). Recuperado em 11 janeiro, 2008, do <http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/bae66631/rm_03_art_03.pdf> .
- Rede Feminista de Saúde. (2005). *Dossiê Aborto: mortes preveníveis e evitáveis*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde.
- Santos, J.L.F.; Westphal, M.F. (1999). Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Dossiê Saúde Pública. *Revista Estudos Avançados*, 13(35), pp. 71-88. Recuperado em 23 dezembro, 2007, do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100007&lng=en&nrm=iso>.

A AUSÊNCIA DE IMPLICAÇÕES E DIÁLOGOS ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER E O LEGISLATIVO SOBRE O ABORTO

A realização deste estudo permitiu que fossem feitas algumas considerações pertinentes no que tange às discussões sobre a legalização do aborto e a política de saúde da mulher. A primeira consideração diz respeito à grande implicação que as proposições discutidas neste trabalho possuem no cotidiano das práticas de saúde, pois elas visam a normatização de determinados procedimentos que permitem ou proíbem que essas práticas sejam efetivamente realizadas nos serviços de saúde. Assim, a forma como o legislativo compreende as políticas públicas de saúde da mulher e a mulher que frequenta os serviços de saúde possibilita que se possa fazer diferente no cotidiano em saúde. A partir disso, a implementação das regulamentações dos Projetos Legislativos, dentro da perspectiva das políticas de saúde da mulher, da integralidade e da promoção de saúde, poderá contribuir para a criação de outras formas de o sujeito mulher ser e se produzir em seu contexto de vida.

A segunda consideração assinala que as proposições que se colocam a favor do aborto tratam de situações mais específicas como, por exemplo, em caso de anencefalia ou anomalia fetal grave (PL 4834-2005; PL 660-2007), ou seja, situações em que o feto já está de alguma forma fisicamente comprometido. No caso de uma gravidez indesejada sem comprometimentos físicos do feto, a legalização do aborto não é discutida na Câmara Federal.

A terceira consideração aponta para a dificuldade da existência de um diálogo efetivo e coerente entre as políticas públicas de saúde da mulher e a legislação em vigor ao tratar das questões referentes ao aborto. Essa dificuldade acaba refletindo-se nas práticas dos serviços de saúde no âmbito do SUS e, conseqüentemente, no atendimento à saúde da mulher, impedindo que este ocorra de forma efetivamente integral.

Outra consideração importante diz respeito à deficiência com que são tratadas as questões da saúde das mulheres no ordenamento jurídico em vigor. Tendo em vista a análise

das proposições realizada nesta dissertação, pudemos verificar a dificuldade de tais proposições em considerar a mulher de maneira integral, o que hoje se apresenta como uma necessidade para que se possa dar conta da problemática do aborto através de uma legislação que trate esse procedimento, que tem por conseqüências a morte de muitas mulheres, realmente como um problema de saúde coletiva. Também cabe ressaltar que o modo como as mulheres são entendidas pela política reflete-se em seu atendimento nos serviços públicos de saúde.

Pensando nos serviços de saúde que acolhem as mulheres em situação de abortamento, ou aquelas que apresentam seqüelas resultantes da realização de um procedimento inseguro, outra questão pertinente é o enfoque da necessidade de se tratar da questão do aborto na política de saúde da mulher em um item específico – já que é ela que norteia as práticas em serviço –, além da urgência de capacitação das equipes e dos serviços de saúde para lidar com a questão do aborto e as suas conseqüências. Além disso, tendo em vista o índice de mortalidade de mulheres em função do aborto, bem como os prejuízos na saúde feminina provenientes dessa situação, sugere-se – através da articulação das políticas públicas de saúde com o âmbito legislativo – que seja criado um serviço especializado para referência dessas mulheres no SUS, que fosse regulamentado por lei, com vistas a atender adequadamente a mulher em situação de gravidez indesejada.

Também são recomendáveis algumas ações em termos de política pública para lidar com o aborto no serviço público de saúde. A primeira contribuição versa sobre a possibilidade de serem promovidos espaços de discussões sobre o tema entre diversos âmbitos (Poder Legislativo, Poder Judiciário, Ministério da Saúde), que pautassem assuntos como: a questão da mulher e sua saúde (enquanto seu bem-estar biopsicossocial e espiritual); a saúde do feto; o direito e o dever do médico frente à terapêutica (a chamada objeção de consciência, que é a possibilidade de o médico não realizar o procedimento do aborto); as intercorrências ou os

motivos possíveis para a prática do aborto (doenças infectocontagiosas ou anomalias congênitas irreversíveis, como anencefalia²¹, morte encefálica da gestante, riscos de gravidezes múltiplas, melhoramento genético, controle da natalidade; etc). Assim, tais âmbitos promoveriam uma adequação das leis à realidade humana.

Destaca-se igualmente a importância de estudos e pesquisas sobre a bioética e o aborto, já que esse assunto tão polêmico necessita de embasamento ético e científico para ser discutido na esfera legislativa. O que já vem ocorrendo em relação ao direito da mulher em poder optar pelo aborto em caso de anencefalia do feto, situação que é discutida de inúmeras perspectivas, variando desde a condenação da mulher até a sua liberação. O aborto nesses casos vem sendo debatido e, inclusive, descaracterizado como aborto, sendo denominado de *antecipação terapêutica do parto* (Goldim, 2004). Desse modo, as discussões sobre as questões éticas e o aborto poderão ampliar a perspectiva de análise sobre a temática e contribuir para o aprimoramento do conhecimento como um todo, possibilitando melhorias tanto no sistema de saúde quanto no Poder Legislativo.

Uma outra contribuição desta pesquisa é a cogitação dos reflexos produzidos graças à promoção de direitos e garantias da mulher em face do aborto legalizado. Podemos citar como exemplos a possibilidade de acesso da mulher a um melhor tratamento no sistema de saúde, em que ela seja tratada com humanidade, respeito e garantia de sigilo; a viabilidade de que receba informações a respeito do aborto e do planejamento familiar, de que seja tratada, em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis, ou de que seja tratada em serviços especializados em aborto, etc. Além disso, é fundamental que os serviços de saúde sejam compostos por equipes multiprofissionais e transdisciplinares, que incluam diversos tipos de atendimento à mulher na situação de abortamento, como o atendimento psicológico e de assistência social, quando for o caso.

²¹ Ausência de cérebro no feto.

Por último, pensamos que seria interessante a realização de um estudo que analisasse as taxas de morte materna por consequência de aborto em países onde esse procedimento é legalizado e onde ele é considerado ilegal, com o objetivo de avaliar se a questão da legalização influencia de alguma forma nessas taxas e na saúde das mulheres que passam por tal situação.

Referências das Considerações Finais

Goldim, J.R. (2004). *Aborto no Brasil*. Material de Apoio – Bioética e Reprodução. Recuperado em 22 janeiro, 2008, do < <http://www.ufrgs.br/bioetica/abortobr.htm> >.

ANEXOS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício 1152/06-CEP

Porto Alegre, 06 de outubro de 2006.

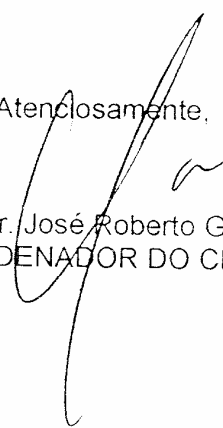
Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 06/03173, intitulado: **"Planejamento familiar e aborto: problematizando as políticas públicas de saúde da mulher"**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser entregues a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Profa Neuza Maria de Fátima Guareschi
N/Universidade