

ELIANE RIBAS MARQUES

**ABORTO PROVOCADO: OPÇÃO OU
DESINFORMAÇÃO?**

**Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação, da Escola de Serviço Social da
Universidade Federal do Rio de Janeiro.**

**Orientadora: Maria Magdala V. de A.
Silva**

**RIO DE JANEIRO
2007**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais uma grandiosa conquista em minha vida. Obrigado Senhor, pois não me destes coisas fáceis e sim força para enfrentar qualquer situação.

Agradeço a minha mãe Vera por sempre demonstrar alegria em minhas vitórias, pelos incentivos para o meu crescimento profissional, por acreditar no meu potencial, por estar sempre torcendo pela minha felicidade. Obrigada por compreender os meus momentos de ausência. Amo-te mãezinha!

Agradeço ao meu pai Celso que do seu jeito expressa orgulho por eu ser o que sou.

Agradeço a minha irmã Luciane por todo o seu apoio e incentivo para que eu conquistasse o melhor. Obrigada por sua paciência.

Agradeço ao meu irmão Rafael pelas “ajudinhas” técnicas no computador e por sempre me fazer sorrir com sua alegria.

Agradeço ao meu namorado Carlos Augusto por todo carinho, amor e compreensão durante a minha trajetória acadêmica. Obrigada por compreender a minha ausência pelos estudos no momento em que mais precisou de mim.

Às minhas grandes amigas Márcia e Luciana sempre me trazendo alegrias. Marcinha, obrigada por suas preciosas dicas quanto a este trabalho.

Agradeço ao meu super amigo Raphael, um grande companheiro não somente na minha vida acadêmica, mas em todos os momentos. Obrigada por me transmitir alegrias até nos instantes mais complicados.

Agradeço às minhas queridas amigas de trabalho Clara, Letícia e Débora por sempre estarem com o coração aberto para me ouvir e sempre transmitindo alegria e diversão nos meus momentos de “tensão”. Valeu meninas!

Agradeço a minha orientadora e professora Maria Magdala pelo crescimento intelectual. Obrigada pelo seu carinho.

Agradeço a toda equipe de Serviço Social do HMAF, em especial à Assistente Social Josefa: grande profissional, grande mulher, uma amiga. Obrigada por contribuir por esta conquista.

Agradeço a todos os meus amigos de faculdade por estarmos juntos nesta batalha vitoriosa.

A todos vocês, muito obrigada! Essa conquista é nossa!

RESUMO

Esse trabalho de conclusão de curso apresenta uma pesquisa quantitativa e qualitativa sobre a questão do aborto provocado pelas mulheres que procuram a unidade municipal Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF). Buscou-se investigar a incidência de casos referentes a abortamento provocado pelas mulheres como opção, ou seja, a mulher optou por interromper a gravidez conhecendo os riscos que poderia sofrer; ou como desinformação no caso em que a mulher utilizou técnicas abortivas inseguras sem a informação dos riscos que estaria exposta e também desinformada quanto a questão de planejamento familiar.

O trabalho analisou o conhecimento das mulheres quanto à existência de Planejamento Familiar nas unidades de saúde assim como sua participação. Neste grupo, este ponto de análise é de grande importância, pois o conhecimento da existência do Planejamento Familiar e sua devida participação são fundamentais para que seja levado ao conhecimento da mulher todos os tipos de métodos contraceptivos contribuindo para que haja a redução de gravidezes indesejadas e conseqüentemente de abortos inseguros.

O presente trabalho apresenta ainda a temática que envolve o funcionamento do Sistema Único de Saúde como um direito universal favorecendo para a concretização dos direitos sexuais e reprodutivos. Aborda-se também a bioética no atendimento às mulheres no quadro de abortamento assim como o aborto em questão, sendo fornecidos os dados e a conclusão da pesquisa em torno da temática.

Sendo assim, o presente trabalho buscou desenvolver inicialmente a política de saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, enfocando o Sistema Único de Saúde (SUS), seu surgimento assim como o seu desenvolvimento até o momento atual. Destacou-se também o Programa de Atendimento Integral a Saúde da Mulher (PAISM), sua gênese e suas ações. Discute-se a questão da sexualidade e reprodução e sua interface com a temática do aborto.

No capítulo seguinte, o trabalho apresenta a questão sobre a bioética referente ao atendimento das mulheres em situação de aborto provocado assim como as técnicas de aborto utilizadas pelas usuárias.

Enfim no capítulo III são apresentados os resultados referentes à pesquisa desenvolvida com as usuárias que provocaram aborto no HMAF.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA DE SAÚDE E OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL	10
a. – O SUS em questão	10
b. – O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher	17
c. – Sexualidade e Reprodução no Contexto das Relações de Gênero	21
d. - Sexualidade e Aborto: Desafios e Assistência à Saúde	25
 CAPÍTULO 2 – A BIOÉTICA NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES COM ABORTAMENTO INSEGURO: O ABORTO EM QUESTÃO	 32
2.1 – A Discussão Bioética sobre o Abortamento Inseguro	32
2.2 – Técnicas Inseguras para o Abortamento	42
 CAPÍTULO 3 - ABORTO PROVOCADO: PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING	 46
3.1 – Percurso Metodológico	46
3.2 – Apresentação da Instituição de Pesquisa	48
3.3 – Dados da Pesquisa	50
3.3.1 – Perfil Sócio-Econômico	50
3.3.2 – Maternidade	52
3.3.3 – Planejamento Familiar	67
CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	82
ANEXO A	82
ANEXO B	83
ANEXO C	87

LISTA DE ILUSTRAÇÕES:

Tabela 1	Condição de Abortos nos Países	26
----------	--------------------------------------	----

ABREVIATURAS

AP – Área Programática

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CLT – Constituição das Leis do Trabalho

COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CPMF – Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira

DEAM – Delegacia Especial de Atendimento a Mulher

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FGV – Fundação Getúlio Vargas

HMAF – Hospital Maternidade Alexander Fleming

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadoria

IML – Instituto Médico Legal

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPASE - Instituto de Previdência e Assistência do Estado

IPVA – Imposto sobre Propriedade de Veículo Automotor

LOS – Lei Orgânica da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PSMI – Programa de Saúde Materno Infantil

SIH / SUS – Sistema de Internação Hospitalar / Sistema Único de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

E1- Entrevistada 1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
NÚCLEO DE SAÚDE REPRODUTIVA E TRABALHO FEMININO**

ABORTO PROVOCADO: OPÇÃO OU DESINFORMAÇÃO?

ELIANE RIBAS MARQUES

Trabalho de Conclusão de Curso

Orientadora

Maria Magdala V. de A. Silva

INTRODUÇÃO:

A questão do aborto provocado envolve amplamente o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil.

Em 1983, a implementação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) apresenta-se enquanto proposição mais completa às necessidades de saúde sexual e reprodutiva da mulher do que o Programa de Saúde Materno Infantil da década de 70 (PSMI). Isso porque no PAISM a mulher é acolhida em todas as fases de sua vida, não sendo oferecida somente assistência à saúde da mulher, enquanto ser reprodutor.

No entanto, as ações do PAISM e do sistema de saúde em geral não são amplamente efetivadas. Isso ocorre devido às políticas econômicas que a partir dos anos 90, visa prioritariamente à acumulação de capital, comprometendo a qualidade das políticas públicas. Com isso, os direitos sexuais e reprodutivos, por exemplo, referentes à garantia de informações e métodos contraceptivos (Ministério da Saúde 2006), são restritos quanto a sua efetivação, uma vez que são feitas reduções de gastos em seu processo de implementação, ocasionando um déficit no atendimento.

Nesta conjuntura de desafios na assistência à saúde, nos deparamos com a questão do aborto provocado. Segundo dados do Ministério da Saúde, de um milhão dos casos de aborto no Brasil 850 mil são abortos inseguros¹. Este número contribui para que o aborto seja classificado como a 4ª causa de morte materna no país².

Com a problemática referente a qualidade dos serviços de saúde prestados, este quadro de abortamento inseguro pode ser agravado com a dificuldade de acesso da população às informações e métodos contraceptivos.

Tendo como referência o quadro acima exposto, o presente Trabalho de Conclusão de Curso, foi desenvolvido com base no tema aborto provocado. O interesse por esse objeto de pesquisa surgiu a partir da observação participante no Hospital Maternidade Alexander Fleming enquanto campo de estágio.

Em momentos de atendimento às usuárias nas enfermarias, do mesmo hospital, eram freqüentes os casos de wintercuretagem por um aborto provocado. As mulheres atendidas relatavam que a gravidez não era desejada, ou seja, não havia sido planejada. Ao averiguar no prontuário, muitas já haviam tentado aborto outras vezes, em um espaço de tempo de mais ou menos um ano. Para elas, a única problemática do ato era estar internada e, em alguns casos, não sendo bem atendidas pelos profissionais. Havia, portanto, um total desconhecimento por parte destas sobre as

¹ Jornal O Dia, 15/04/2007.

² Idem.

consequências desta ação sobre a sua saúde sexual, reprodutiva e mental.

Mediante esta observação foi possível perceber que a participação destas mulheres no grupo de planejamento familiar ajudaria para que elas conhecessem melhor o seu corpo, como planejar a gravidez e escolher o método contraceptivo adequado ao seu caso. Estas medidas, certamente, contribuem para evitar a gravidez indesejada e, conseqüentemente o aborto inseguro. Algumas mulheres podem não sofrer consequências nenhuma pelo aborto, mas é inquietante saber que a probabilidade dela sofrer danos é grande. Mais preocupante ainda, não saberem deste fato.

Na pesquisa desenvolvida sobre esta temática, no Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF), buscou-se identificar como objetivo geral percepção, sentimentos, causas e consequências da prática do aborto provocado das usuárias internas na enfermaria das gestantes do Hospital.

O presente estudo investigou os reais motivos que levam as mulheres a realização do aborto, sejam estes motivos financeiros ou não. Outro objetivo foi identificar as consequências que a prática do aborto provoca na vida sexual, reprodutiva e mental da mulher. Esse ponto de análise se refere ao caso de mulheres que realizaram mais de um aborto. Também se fez importante analisar a percepção das mulheres quanto à questão da prática do aborto provocado buscando conhecer, por parte das usuárias, como o aborto seria definido. Investigou-se também o acesso destas mulheres ao planejamento familiar. Esta análise é de extrema importância, uma vez que com a orientação do grupo de planejamento familiar e com o fornecimento de métodos contraceptivos, as mulheres poderiam evitar gravidezes indesejadas e conseqüentemente abortos provocados. Analisar o perfil sócio-econômico das usuárias que realizaram o aborto foi fundamental para se conhecer melhor o grupo da sociedade que se enquadra e se apresenta mais vulnerável nesta prática.

Ainda sobre os objetivos específicos, foi fundamental, identificar a qualidade do atendimento efetuado pelos profissionais da unidade no período de internação daquelas mulheres. Neste ponto avaliou-se, se os profissionais estavam devidamente capacitados ao atendimento humanizado às mulheres para abortamento provocado. (Ministério da Saúde, 2005)

Diante de uma temática tão polêmica e delicada, averiguou-se a participação dos respectivos companheiros das usuárias quanto à decisão de abortar.

Mediante os pontos desenvolvidos anteriormente percebe-se o quanto é importante pesquisar sobre esta questão para que se possa, melhorar a assistência à saúde dessas usuárias, incluindo um profundo trabalho de orientação aos usuários. Contribui também para a melhoria da intervenção dos profissionais de saúde, em particular a intervenção do Serviço Social, pois a partir do momento que se pesquisa e se conhece a problemática, busca-se uma forma de se encontrar a solução do problema apresentado.

Para a melhor compreensão destas questões citadas, este trabalho foi dividido em três

capítulos. No capítulo 1 será apresentado o desenvolvimento das políticas de saúde da década de 70 aos tempos atuais, em destaque o SUS. Além disso, será apresentado o PAISM, envolvido na noção de direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos, além da discussão dos desafios da assistência ao abortamento.

No capítulo 2 discute-se a bioética no atendimento de abortos inseguros; assim como as técnicas utilizadas para provocar o aborto, técnicas estas que em alguns casos refletem em problemas à saúde ou até mesmo a morte da mulher.

O capítulo 3 apresenta a análise dos dados provenientes da pesquisa desenvolvida, assim como a metodologia aplicada.

CAPÍTULO I

A POLÍTICA DE SAÚDE E OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL.

1.1 O SUS EM QUESTÃO

No período dos anos 30 a 60 a política de saúde nacional se dividia em saúde pública³, destinada aos pobres, desempregados e pessoas que moravam no interior⁴ sendo um serviço de baixa qualidade que oferecia à população condições mínimas de serviço sanitário; e a medicina previdenciária⁵ direcionada aos trabalhadores formais, tendo carteira de trabalho assinada. Este último tipo de serviço foi conquista das reivindicações do movimento operário. Na década de 30 surge a medicina previdenciária com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), visando uma

³ Sendo esta predominante até a década de 60.

⁴ Atendimento de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e dos serviços públicos federais.

⁵ Sobressaindo-se a saúde pública no meado dos anos 60.

cobertura a um maior número de assalariados urbanos.

Durante o período da ditadura militar, a política do Estado se baseava na noção de repressão-assistência, oferecendo uma política de assistência de forma ampla, burocratizada e modernizada visando maior regulação da sociedade pelo Estado. Assim, as tensões eram amenizadas e o governo adquiria legitimidade contribuindo para a acumulação do capital. A política de saúde era compatível com a política econômica do momento que valorizava o crescimento ágil, com altas taxas de produtividade concomitante a salários baixos para boa parte da classe trabalhadora.

Dentro deste contexto da ditadura militar, em 1966, os IAPs foram unificados como maneira de maior intervenção do Estado na sociedade e também, como forma de afastar os trabalhadores de mobilizações de força política. Nesta conjuntura de autoritarismo do governo, havia solicitação de maior abrangência dos serviços de saúde, maior disponibilidade de recursos financeiros.

No ano de 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS – oferecendo atendimento exclusivo aos portadores de carteira de trabalho. Assim, no período anterior a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) o poder público atuava na saúde por intermédio do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A assistência fornecida pelo INAMPS indicava uma estrutura como seguro, portanto, como um serviço distante do caráter universal. A saúde era tratada como algo a se comercializar, isso porque o maior interesse era prestigiar as unidades de saúde privadas que eram conveniadas ao INAMPS. As unidades públicas coordenadas pelo Ministério da Saúde não recebiam a devida atenção em termos de infra-estrutura, financiamento e recursos humanos acarretando baixa cobertura nos serviços prestados. Observa-se que, este era um sistema de saúde descompromissado com as verdadeiras necessidades da população. Analisando-se esse marco histórico da política de saúde pública no Brasil percebe-se que no período estudado a população brasileira era dividida pelo grupo que apresentava condições de pagar pelos serviços de saúde; pelo grupo que tinha direito aos serviços do INAMPS e por fim, o grupo que não tinha como custear serviço de saúde e não tinha direito aos serviços do INAMPS, sendo assistido pelas políticas públicas implementadas pelo Ministério da Saúde. O grupo que tinha direito aos serviços do INAMPS, estes tinha como critério para acessar os serviços de saúde o vínculo formal de trabalho, sendo possuidor de carteira profissional com contrato trabalhista. Esta forma de acesso às políticas sociais públicas levou Santos (1979) a intitular de uma cidadania regulada. Compreende-se que cidadania regulada seria o exercício da cidadania pautada nas regras e normas cuja condição seria a inserção formal no mercado de trabalho.

Face às pressões dos movimentos sociais organizados, em meados da década de 70 entre os profissionais da saúde, usuários do sistema e outras organizações progressistas da sociedade civil surge o Movimento Sanitário. Por serem conhecedores do que o sistema de saúde adotado

proporcionava a população, esses profissionais passam a denunciar e tornar público os efeitos que o sistema de saúde causava. A questão da saúde passou a ser discutida não só pelos técnicos da área, mas vinculou-se à discussão política. Envolveram-se nesta discussão os profissionais da saúde⁶, partidos políticos e movimentos sociais urbanos. Este grupo defendia

... a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (Mota, 2006:96)

Percebe-se que as reivindicações do movimento estavam relacionadas ao exercício da cidadania, no que se refere ao direito à saúde baseando-se na condição de trabalhador formal; o que excluía uma parte significativa da população. Além disso, esse movimento apresentava propostas para a transformação do sistema de saúde visando à construção de uma nova política de saúde de forma democrática. Em 1979 o movimento apresentava, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, a proposta de reorientação do Sistema de Saúde, já denominado como SUS (Sistema Único de Saúde). Essa proposta trazia:

ao lado da democratização geral da sociedade a universalização do direito a saúde; um sistema de saúde racional de natureza pública; descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e democrática, com participação da população. (NETO, 1994: 9)

Em vista da crise econômica dos anos 80, período em que a própria população inicia um processo de luta pela redemocratização, o governo percebe a importância de reconhecer a crise sanitária. Dessa forma, em 1985 o Ministério da Previdência e Assistência Social apresentava com prioridade a humanização de ações assistenciais, universalização do atendimento médico envolvendo a população rural e os desempregados. Essas prioridades obtiveram grande destaque em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde além da consagração dos princípios propostos pelo Movimento da Reforma Sanitária. Dessa forma, o relatório final desta Conferência defendeu não somente a criação do Sistema Único de Saúde como também a Reforma Sanitária.

Apesar de toda movimentação em defesa da saúde universal, existiam grupos que divergiam das opiniões do Movimento de Reforma Sanitária que seria o grupo denominado como “burguesia da saúde”. Este grupo não era favorável à política estatizante e nacionalizante do Movimento de Reforma Sanitária.

As questões propostas no, I Simpósio Nacional de Política de Saúde, foram, posteriormente contempladas na Constituição Cidadã de 1988. Nesta carta Magna,

⁶ Este reivindicando a melhoria da situação de saúde e o fortalecimento do setor público (Mota, 2006:95).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF, art. 196)

A Constituição de 1988 representava a chance de extensão dos direitos sociais. Assim, no que compete à saúde o que mais se destacou na constituição foi (Mota, 2006): o direito universal a saúde, ações e serviços de saúde passam a ser competência do poder público⁷; criação do Sistema Único de Saúde; participação complementar do setor privado de saúde; impedimento na comercialização de sangue e derivados.

A saúde é considerada um direito humano fundamental, de forma que é indiscutível a sua intersetorialidade com as demais políticas sociais. Dessa forma, para que o cidadão tenha saúde é importante que haja “paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis e equidade social” (Rezende; Cavalcanti, 2006,71). A partir da promulgação da Constituição Federal (1988) as políticas públicas de saúde passam a ser melhor norteadas. A saúde é um direito que deve ser provido pelo Estado, onde as ações e os serviços de saúde sejam de caráter público. Dessa forma o sistema de saúde apresentou nova concepção no período pós-constitucional, o que levou a certa ampliação nos canais de participação dos gestores públicos e sociedade no que se refere a definição de políticas. A materialização destas políticas ocorre com a ação prática dos sujeitos sociais e das ações institucionais. Assim, com promulgação da Constituição de 1988 todas as esferas de governo receberam responsabilidade pela saúde da população “É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas e portadoras de deficiência” (CF, art. 23)

Em 1990, o INAMPS foi transferido do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde através do decreto nº 99.060/90

Art. 1º O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, autarquia criada pelo art. 3º da Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, passa a vincular-se ao Ministério da Saúde. (Lei 99.060/90)

Para que a prática da saúde, estivesse pautada na conduta de um Estado Democrático foram instituídas leis com o fim de regular, controlar e fiscalizar as ações dos serviços de saúde. Assim, no ano de 1990 a Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com esta lei – Lei Orgânica da Saúde- o SUS esta definido da seguinte forma:

⁷ Essas ações se referem a regulamentação, fiscalização e controle.

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).
(LOS, art. 4º)

A LOS tem a função de nortear as esferas de governo quanto as suas atribuições para o cuidado das ações de saúde.

Logo, em se tratando da gestão do SUS pode-se dizer que os gestores são aqueles que representam o governo de acordo com a sua respectiva esfera, como o Ministro da Saúde (nacional), Secretário de Estado (estadual) e Secretário Municipal de Saúde (municipal). Ao Ministério da Saúde cabem os desenvolvimentos de atividades estratégicas a nível nacional. Estas atividades envolvem o planejamento, controle, avaliação e auditoria. É por esse tipo de gestão que o SUS é denominado um sistema, pois é formado pelas três esferas de governo. Além disso existe a participação do setor privado contratado e conveniado regido sobre contrato público. Ele é único pois apresenta a mesma atuação em todo o país, partindo do princípio de que é um sistema a nível nacional. A criação e desenvolvimento do SUS (Sistema Único de Saúde) têm como razão única o atendimento à assistência à saúde da população e a responsabilidade de atuar com eficácia na elevação da baixa qualidade de vida.

O SUS é formado por princípios como universalidade, atendimento de saúde para todos; equidade, favorecendo um atendimento que respeite as diferenças; integralidade, visando um atendimento para o indivíduo como um todo. Como princípios de organização do SUS têm-se a descentralização, onde a responsabilidade das ações e serviços encontra-se distribuídos pelos três níveis de governo; regionalização, ofertas de ações e serviços de saúde de acordo com a necessidade da população; eficaz e eficiência, produzindo resultados positivos e de qualidade aos que procuram pelo SUS; democrático, havendo a participação de todos os que estão envolvidos no sistema inclusive da população; complementaridade do setor privado; interdisciplinaridade e financiamento.

A Constituição Brasileira defende que saúde é um direito advindo da condição humana, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde prestados. Assim, o texto constitucional garante o direito à saúde através de políticas públicas (CF, 1988)

Dessa forma, para que o direito à saúde e todos os outros direitos fundamentais sejam de fato realizado não basta serem formalmente legitimados na Constituição, mas precisam também ser concretizados por intermédio de decisões e ações de fórum político. É dever do Estado garantir o gozo deste direito à população, através de políticas públicas.

As Políticas Públicas expressam um conjunto de medidas demonstrando a orientação política do Estado e, além disso, são reguladoras das atividades do governo referentes a tarefas de interesse público.

Quando se trata de políticas públicas na saúde, visa-se ações para a melhoria das condições

de saúde da população. Seu objetivo central é a organização das ações de âmbito público para a promoção, proteção e recuperação de saúde dos cidadãos.

Por saúde podemos compreender que é ter boa qualidade de vida, o que envolve uma boa alimentação, moradia adequada com água e esgoto tratados, transporte, educação e lazer.

As condições sócio econômica e política influenciam no quadro sanitário e epidemiológico de uma realidade social. Neste sentido a situação de exploração, miséria e exclusão social agravam as condições de saúde. Sendo assim, a saúde é compreendida e explicada não somente no âmbito biológico, mas também pelos fenômenos históricos, culturais e sociais. A saúde é produzida dentro da sociedade, sendo resultado do conjunto de experiências vividas socialmente.

Em 1993, através da Lei 8689, o INAMPS foi extinto e suas competências foram absorvidas pelos órgãos federais, estaduais e municipais do SUS. Percebe-se que esse processo de extinção ocorreu após três anos de promulgação da lei que regulamenta o SUS.

Com a regulamentação do SUS, a saúde passa a ser universal, no entanto os investimentos fornecidos à saúde e a própria estrutura do sistema de saúde não foram devidamente preparados para o acolhimento de uma demanda maior. Assim, o processo de universalização da saúde foi alcançado de forma excludente de modo que não houve melhora na qualidade dos serviços de saúde de acordo com o aumento da demanda. Dessa forma, a população tem dificuldades de um atendimento de saúde com qualidade.

No decorrer da década de 90, com as estratégias de Reforma do Estado, a proposta de saúde da década de 80 se desmorona onde a saúde é vinculada ao mercado. Há uma transferência das responsabilidades estatais para o setor privado como maneira de reduzir custos. Com isso, o SUS entra também em decadência havendo ausência do Estado no que compete à regulamentação e fiscalização dos serviços. Nesta situação nos deparamos com o confronto entre o projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde da segunda metade da década de 90. O primeiro projeto citado apresentava como grande estratégia o SUS, onde o Estado seria responsável pelas garantias de saúde da sociedade. O segundo projeto se baseia no corte de gastos em que o Estado se isenta de suas responsabilidades. Assim, o Estado assume as garantias mínimas para uma parcela da sociedade enquanto o setor privado se responsabiliza para o atendimento do grupo que pode pagar pelo serviço de saúde. A saúde vinculada ao mercado propõe:

Caráter focalizado para atender a população vulnerável através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com realização ao financiamento. (BRAVO, 2006,p.101)

Para Bravo (2006), a política do governo atual fragmenta as políticas sociais mantendo-as sobre a lógica do mercado.

Com o financiamento do SUS de forma precária e havendo cortes no orçamento ligados à saúde, o SUS não é implementado efetivamente, mesmo tendo sido desenvolvido embasado na lógica de cidadania plena⁸. Dessa forma, os serviços de saúde prestados à população apresentam qualidade precária serviços estes direcionados a camada da população desprovida de condições de pagar pelos serviços da rede privada.

Por todas as dificuldades sofridas, o SUS real se distancia cada vez mais do SUS constitucional proposto pelo movimento sanitário. A proposta do SUS constitucional de atendimento universal não se consolidou por completo e o que se tem atualmente é um SUS focalizado aos que não possuem acesso ao sistema de saúde privado. Ou seja, o acesso ao serviço de saúde não é um direito do cidadão baseado na igualdade e sim no nível de pobreza do indivíduo⁹.

1.2 O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MUHER

Antes da criação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher – PAISM – o governo criou no ano de 1974 o Programa de Saúde Materno Infantil - PSMI – voltado para ações direcionadas ao pré-natal, parto, puerpério e gravidez de risco. A proposta do Programa era ampliar o atendimento a saúde da mulher e seu acesso, assim como a promoção de atividades relacionadas à proteção, recuperação e educação referente à saúde. Este foi o primeiro programa criado pelo governo para atenção à saúde da mulher, porém, mesmo oferecendo estas propostas o programa não era abrangente no aspecto de saúde integral da mulher¹⁰ tratando-a apenas no aspecto reprodutivo – procriativo.

Para atender a assistência à saúde da população usuária e devido as grandes reivindicações promovida pelos Movimentos de Mulheres, o SUS desenvolve, dentre outras ações e programas o Programa de Atendimento Integral a Saúde da Mulher (PAISM), considerado como a representação de uma política de saúde avançada na área da assistência a saúde da mulher. Foi formulado pelo Ministério da Saúde em 1983, com a participação de representantes da sociedade civil, com

⁸ Conquista dos indivíduos de uma sociedade na apropriação dos bens construídos socialmente. (Dias, Lima; 1999)

⁹ Esta lógica esta relacionada ao conceito de cidadania invertida onde o indivíduo é beneficiado pela condição de incapacidade de exercer sua cidadania. Assim, o indivíduo se relaciona com o Estado no instante que não se reconhece como cidadão. (Dias, Lima; 1999)

¹⁰ Neste programa não havia ações direcionadas a questão do Planejamento Familiar e sexualidade.

hegemonia do movimento feminista, sendo devidamente regulamentado em 1986.

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) foi em sua gênese, elaborado para suprir a necessidade da existência de um programa de planejamento familiar, favorecendo aos grupos interessados no controle da natalidade. Entretanto, o grupo de profissionais que desenvolveu o programa se posicionou contra esta questão, pois o *“planejamento familiar não poderia ser visto como resposta política para a questão da pobreza e do desenvolvimento, ...”*. (IBAM, 1994: 7)

Baseando-se no princípio da integralidade indicado pelo SUS, o PAISM oferece como proposta um serviço de atendimento à população feminina acolhendo-a desde a adolescência até o climatério atingindo todas as fases de sua vida. É uma maneira de oferecer assistência à mulher de forma integral, absorvendo além das demandas na temática de saúde reprodutiva. As atividades desenvolvidas neste programa envolvem ações educativas e preventivas, diagnose, tratamento e recuperação.

As ações regulamentadas e normatizadas do PAISM são distribuídas em dois vieses. A primeira se refere à assistência clínico-ginecológica envolvendo ações como controle e prevenção de ginecopatias; controle e prevenção de DST's /AIDS; controle e prevenção do câncer ginecológico e de mama; climatério e planejamento familiar. Outro viés se refere à assistência obstétrica com atendimento de pré-natal; parto e puerpério; aleitamento; intercorrência obstétrica e vigilância epidemiológica de morte materna. Percebe-se que, o PAISM propõe um trabalho que não vise somente a mulher como gestante e puérpera, apresentando proposta a realização de ações voltadas para o Planejamento Familiar, garantia de distribuição de todos os tipos de métodos contraceptivos, divulgação sobre a legislação que garante o direito à realização do aborto em casos de estupro, e risco de vida para a mulher. Contribui também para a melhor articulação das unidades de saúde com as delegacias, propondo também a criação no Rio de Janeiro de uma unidade especializada no atendimento à mulher e criança vítimas de violência sexual.

O PAISM é dividido em áreas programáticas. A normatização do trabalho de atualização das normas do programa é elaborada através das sociedades científicas, comunidade acadêmica e sociedade civil. Outra área programática é o desenvolvimento de recursos humanos, realizando-se investimentos para a capacitação e estímulo dos profissionais atuantes no programa. Assessoria técnica diz respeito a assessoria de técnicos e consultores dos três tipos de nível governamental nas instituições de ações de saúde. Essa forma de organização favorece a realização dos planos de trabalho propostos.

O PAISM destaca como grande importância o acesso à informação, pois a ausência desta ou a dificuldade de acesso aos serviços de saúde contribuem para o surgimento de situações de risco e de vulnerabilidade à saúde da mulher. No que se refere à questão de anticoncepção, o que contribui

para a autonomia quanto esta temática é a informação. Para que as pessoas tenham autonomia sobre a anticoncepção ou concepção é necessário que haja informações sobre o assunto para que o indivíduo tome as decisões de forma esclarecida. Assim, suas decisões quanto a questões se tornam mais livres. Em vista disso, o PAISM destaca como fundamental as ações educativas. No entanto essas ações não devem ser compreendidas como um trabalho de repasse de informações e sim como um trabalho de troca. Isso porque se faz importante que a mulher seja ouvida, trazendo também as suas experiências. Mesmo com os avanços inerentes a proposta do PAISM, de acordo com Banco Mundial e Organização Mundial de Saúde (2006) 122 milhões de mulheres não possuem acesso a métodos contraceptivos nos países mais pobres. Uma das razões se refere à ausência de informação sobre tal questão e a oferta restrita dos serviços na assistência à saúde sexual e reprodutiva. É importante obter informações e acesso aos métodos. Entre as ações desenvolvidas pelo PAISM, destaca-se o Planejamento Familiar. Segundo a Constituição Federal de 1988, art. 226 § 7º

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

De acordo com a Lei nº 9.263 de 1996, que regulamentou o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal

entende-se como Planejamento Familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. (Lei nº 9.263/96, art. 2º)

Logo, o Planejamento Familiar visa oferecer assistência em contracepção e concepção levando ao conhecimento do casal ou da mulher o direito de escolher o momento de ter filhos e a quantidade que deseja assim como optar por não tê-los e, também, visa o acesso as diversas alternativas de métodos anticoncepcionais reversíveis, suas indicações e contra-indicações, contribuindo para a redução do número de abortos e, conseqüentemente a redução dos riscos à saúde da mulher. Esse mecanismo de trabalho favorece para a escolha consciente do método a ser usado.

Os profissionais de saúde que atuam nas ações de Planejamento Familiar devem ter claro conhecimento de que é direito de todos escolherem livremente os padrões de reprodução que desejarem como indivíduos ou casais.

As atividades desenvolvidas no Planejamento Familiar envolvem atividades educativas e clínicas. As atividades educativas propõem aos usuários o devido conhecimento das questões referentes a sexualidade e reprodução no contexto das relações de gênero para a escolha do método

anticoncepcional a ser utilizado. Estas ações são realizadas em grupos antes da primeira consulta. No momento de realização da atividade educativa é importante a participação das mulheres e, ou, do casal favorecendo a troca de informações e experiências. As atividades clínicas referem-se à primeira consulta com o médico após o trabalho educativo. Nesta a mulher passa por uma anamnese,; exame físico; exame de mama; exame ginecológico; análise do método escolhido e prescrição do mesmo. Na primeira consulta devem ser feitos todos os esclarecimentos referentes ao método escolhido. O Planejamento Familiar é um programa muito importante para a vida reprodutiva da mulher, no entanto em alguns momentos este programa e qualquer outro programa de saúde são prejudicados pelas dificuldades do SUS. O SUS (Sistema Único de Saúde) apresenta-se com grandes dificuldades do ponto de vista do seu orçamento para a realização dos programas e ações voltados para a assistência a saúde. Na segunda metade da década de 90 houve grandes avanços referentes a descentralização do SUS na área de financiamento, e no modelo de organização e assistência dos serviços. No entanto, neste mesmo período mediante as dificuldades objetivas de sua implementação houve críticas ao SUS indicando-o como detentor de uma política focalizada fragmentada e pontual (Cavalcanti, Rezende, 2006) elementos esses utilizados para se enfatizar a privatização dos serviços. Essas dificuldades se destacam no acesso da população às ações do SUS; ausência de vagas para casos de internação; médicos e medicamentos; as péssimas condições de trabalho e remuneração dos profissionais de saúde influenciando um atendimento de baixa qualidade.

Sendo assim, o PAISM ainda não foi plenamente efetivado nas instituições de saúde pública devido a situação precária com a qual se encontra o sistema de saúde. Com a atual situação financeira do SUS faltam recursos para a concretização completa das ações do PAISM, comprometendo seriamente a saúde da população.

As dificuldades pela qual o SUS tende a enfrentar decorrem das reformas do Estado que se encontra em curso de cunho neoliberal. As características desta influência política estão relacionadas ao ajuste na área social, racionalização dos gastos públicos, privatizações estatais, fragmentações das políticas sociais. Além disso, os desafios podem surgir também da insuficiência de recursos. Então, os princípios e diretrizes em que o SUS se sustenta enfrentam dificuldades de ser efetivado devido a atual política econômica que visa favorecer a iniciativa privada, em particular o sistema financeiro. O Estado, por sua vez, demonstra-se falho na concretização das políticas públicas e com esta falha a qualidade de vida da população tende a decrescer.

Diante do quadro de cortes promovido pelo neoliberalismo, é possível perceber a intensa precarização do SUS. A insuficiência de recursos do SUS é um claro demonstrativo de que inexistente uma política de saúde embasada nos princípios e diretrizes do SUS. Dentro desta problemática é importante ressaltar que o SUS está baseado no direito de cidadania.

O SUS é financiado por duas maneiras. A primeira parte do financiamento provém das contribuições sociais – empregados e empregadores. A outra parte é oriunda de pagamento de impostos embutidos no preço de produtos e serviços (ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias) imposto sobre o lucro (COFINS), sobre automóveis (IPVA) e sobre movimentação financeira (CPMF). Porém, o financiamento é insuficiente e parte da verba destinada a saúde esta sendo desviada para o pagamento de outras dívidas do governo a exemplo dos juros da dívida externa. Percebe-se que financiamentos para o desenvolvimento dos serviços de saúde existem, no entanto, o que falta é o compromisso político com a vida do cidadão materializado no deterioramento da qualidade dos serviços de saúde à população principalmente quando se trata de programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva, a exemplo das ações previstas no PAISM.

1.3- SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES DE GÊNERO.

Gênero dentro do contexto das ciências sociais está relacionado à construção social do sexo. Sobre o conceito de gênero pode-se dizer que “...*trata de potencializar não apenas as diferenças mas as diferenciações dos e entre os sexos...*” (Bandeira, 99,183) ou seja, empregar não somente as diferenças mas também o que distingue, caracteriza e diversifica os sexos. Nos estudos da biologia essa diferenciação é feita pela existência “...*de propriedades funcionais diferentes por células e por gens.*” (Bandeira, 99,183), não podendo se dizer o mesmo da diferenciação feita pela sociedade e pela cultura. Nesta última são feitas atribuições sociais podendo estas ser iguais ou diferentes.

Pelo termo sexo é possível compreender que sua existência vem para fazer distinção anátomo-fisiológica do ser humano. O sexo encontra-se dentro das questões biológicas, subdividindo o gênero humano em macho e fêmea, abrangendo os órgãos de reprodução.

A construção do gênero é feita pela própria sociedade de acordo com a sua perspectiva cultural, trazendo simbolismo ao que se pode denominar de atitudes ou tarefas respectivamente masculinas ou femininas.

O desenvolvimento do conceito de gênero por um grupo social determina a noção de cultura deste tipo de grupo trazendo também a noção de vida social do mesmo. A desigualdade de gênero pode ser muitas vezes explicada pela apropriação de atribuições ditas específicas de um determinado sexo, seja ele masculino ou feminino. Por essa divisão de tarefas, entende-se uma aproximação das diferenças anatômicas existentes entre os sexos femininos e masculinos.

A diferenciação de tarefas entre os sexos é desenvolvida a partir das práticas infantis. As meninas costumam brincar ou até mesmo realizar as próprias tarefas do âmbito doméstico, como limpar, varrer, cuidar dos irmãos. Já os meninos crescem realizando tarefas no exterior doméstico e

tarefas que exigem muito esforço físico, sendo caracterizada uma atividade apenas para meninos. Pela construção de gênero sócio-cultural desenvolvida na sociedade a mulher é estimulada a realizar tarefas diferentes das do homem. Percebe-se então que a sociedade constrói grandes diferenças entre os homens e mulheres que não são necessariamente biológicas mas são diferenças construídas no cotidiano, nos costumes, nas religiões.

Na sociedade atual ainda se define o sexo feminino fazendo-se referência à reprodução e maternidade; e a definição de sexo masculino esta associada às atividades enquanto homem trabalhador, protetor e provedor da família. Esta é uma definição um tanto quanto equivocada pois é insuficiente classificar a mulher exclusivamente para a reprodução e as atividades tidas como do universo privado enquanto o homem o provedor, uma vez que no mundo contemporâneo, cada vez mais a mulher assume atribuição de sustento das despesas privadas.

De acordo com o que foi discutido anteriormente, é possível perceber que o debate sobre gênero é feito baseado no corpo do ser humano e sua sexualidade. Isso pode acontecer devido a relação existente entre o biológica-natureza, se referindo ao sexo, e as questões culturais; também devido a dinâmica e o modelo de construção sobre a categoria gênero onde dentro desse modelo houveram diferenciações variadas.

Ao discutir sobre gênero não podemos deixar de trabalhar as questões voltadas para os direitos humanos envolvendo os direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos. É muito importante essa discussão, pois os direitos reprodutivos e direitos sexuais estão relacionados ao conceito de cidadania. Os direitos humanos encontram-se expressos em Constituições, leis nacionais e convenções garantindo aos cidadãos a efetivação dos direitos e, norteados as políticas e práticas de um país. São caracterizados como direitos fundamentais, pois sem estes direitos os seres humanos não tem assegurado um sistema de proteção social que os assegure a condição de cidadania. As instâncias governamentais devem utilizar os direitos humanos para favorecer o desenvolvimento da justiça social de seus governados. Por sua vez, os cidadãos têm nos direitos humanos um meio para solicitar aos governantes que se baseiem nos direitos humanos para o desenvolvimento de políticas.

A questão de saúde reprodutiva se enquadra nos assuntos relacionados aos direitos humanos. Isso porque envolve o indivíduo, a família e a sociedade como um todo. Seus aspectos de atuação estão relacionados à garantia de exercício da sexualidade e/ou fecundação e a proteção contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's).

Nesse contexto, os direitos sexuais e reprodutivos foram recentemente reconhecidos como direitos humanos devido a Conferência das Nações Unidas sobre população e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as mulheres (Pequim, 1995). Assim, trabalho de proteção e promoção sobre os direitos reprodutivos e saúde sexual ganhou destaque. Isso porque a realização destas duas Conferências colocou a saúde sexual e reprodutiva

como uma questão de Justiça Social. A promoção desta área da saúde pode ocorrer com a realização da prática dos direitos humanos existentes nas Constituições Nacionais e Tratados de Direitos Humanos. É possível definir como direitos sexuais

O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a); direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa ou falsas crenças; direito de viver a sexualidade independentemente do estado civil, idade ou condição financeira; direito se quer ou não quer ter relação sexual; direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras; direito de ter relação sexual independente da reprodução; direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS; direito a serviços de saúde que garantam a privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação; direito à informação e a educação sexual e reprodutiva. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006;p. 04)

Assim, sobre os direitos sexuais pode-se dizer que se referem a igualdade e liberdade no exercício da sexualidade. (Cairo, 1994). Também, se refere ao fato de as mulheres não desejarem estar ligada a um corpo como apenas reprodutor. Esta ligação resgata a dimensão do prazer e de experiências, além de as pessoas manterem relações sexuais protegidas de DST's, AIDS.

Os direitos reprodutivos surgiram da ação das mulheres como sujeitos políticos, capazes de analisar e refletir sobre as condições oferecidas pela sociedade para o exercício da vida sexual e reprodutiva. A luta política do movimento feminista, de mulheres e de outros segmentos da sociedade, em torno da efetivação dos Direitos Sexuais e reprodutivos vê-se com a marca da autonomia e liberdade do indivíduo na ordem democrática. Apesar de serem assuntos bastante discutidos, sobretudo nas Conferências Internacionais de Cairo e Beijing, os conceitos de direitos sexuais e reprodutivos ainda não são conhecidos universalmente entre as mulheres.

Sobre os direitos reprodutivos é possível se definir como

Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 04)

No caso dos direitos reprodutivos estes estão relacionados à igualdade e liberdade no âmbito da vida reprodutiva. Também, a existência dos direitos reprodutivos favorece para que a mulher tenha o controle de seu corpo com a devida liberdade sexual.

A questão do comportamento reprodutivo embasado nas lutas pela liberdade sexual procura traduzir que a sexualidade é uma parte da vida que deve ser exercida com liberdade e autonomia. Os direitos reprodutivos e direitos sexuais são direitos que se encaixam na noção de valor

democrático. Assim, no campo da saúde reprodutiva pode-se dizer que os direitos humanos são meios para que as leis e políticas que promovem a autodeterminação reprodutiva possam ser fortalecidas e também é um meio para o enfrentamento dos obstáculos desta autodeterminação reprodutiva.

O processo de construção de direitos sexuais e reprodutivos favoreceu para que as mulheres pudessem romper com a noção de que elas devem ser submetidas somente à vontade do outro em relação ao uso de seu corpo esquecendo seus próprios desejos.

Ao instituir políticas públicas voltadas para a concretização dos direitos sexuais e reprodutivos, viabilizam-se os direitos sociais que devem ser promovidos pelo Estado. É importante ressaltar que esta promoção por parte do Estado, na categoria de sexualidade e reprodução, deve ter um perfil laico e democrático com o objetivo de garantir estes direitos à população não devendo estas políticas ser aplicadas segundo normas de qualquer tipo de religião. Mesmo assim e após o recente reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos estes ainda enfrentam obstáculos referentes a tradições religiosas.

Para que a sociedade tenha uma saúde sexual e reprodutiva adequada, é necessário que seja fornecido um amplo serviço de Planejamento Familiar que envolva a discussão sobre sexualidade e reprodução no contexto das relações de gênero. É uma forma de promover a prevenção e solução para os problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, onde todos e não apenas uma parcela da população poderá ter acesso aos métodos contraceptivos.

Dos indicadores de saúde reprodutiva dois merecem destaque como a prevalência do uso de métodos contraceptivos e a percentagem de admissão/internação por causas obstétricas ou ginecológicas em decorrência da prática de abortos. Outro indicador seria a prática de aborto. Muitas mulheres colocam em risco sua vida para a interrupção de uma gravidez não planejada, contribuindo para o crescimento do índice de morte materna. Contra este problema, o melhor que pode ser feito é que as mulheres tenham amplo acesso aos métodos contraceptivos e instruções de como usá-lo.

1.4- SEXUALIDADE E ABORTO - DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

O uso de leis que incriminam e penalizam por determinadas práticas ligadas ao comportamento sexual, como o aborto, são comuns desde muitas décadas. Com o desenvolvimento dos governos democráticos desenvolvem-se também leis e políticas voltadas para a promoção da saúde e bem estar do indivíduo. Ainda existem países que usam a lei para castigar esses tipos de comportamentos sexuais não aprovados, apesar de demonstrar que o uso da lei para estes tipos de

casos é disfuncional.

Na área de direitos reprodutivos a discussão sobre aborto é incluída na pauta. Na maioria dos casos de gravidez indesejada a mulher desconhece o seu corpo, tem dificuldade de lidar com a sua sexualidade e, além disso, não apresenta condições psicológicas e financeiras para se responsabilizar por este momento de reprodução. Assim, no âmbito dos direitos reprodutivos, o movimento feminista, o grupo Católicas pelo Direito de Decidir dentre outros grupos defendem que a interrupção da gravidez é um direito da mulher, que deveria ser legalizado no Brasil. Outros grupos sobretudo os ligados a religião, mantêm a discussão de que o aborto não deve ser descriminalizado.

Com a chegada da década de 90 alguns países realizavam reformas na lei do aborto, em outros se enfrenta grandes obstáculos quanto a esta reforma por questões morais e religiosas. Em determinados países desenvolveram-se emendas constitucionais protegendo o direito à vida. Até mesmo a institucionalização da educação sexual nas escolas para transmissão de informação sobre saúde sexual e reprodutiva sofre impedimento em alguns países. A tabela abaixo poderá exemplificar melhor a condição de aborto em alguns países e suas reformas.

TABELA 1:
CONDIÇÃO DE ABORTO NOS PAÍSES.

EUA	Permissão do aborto até o quinto mês de gravidez.
Chile	Não prevê o aborto nem quando a vida da mãe esta em risco. Os casos são julgados individualmente.
França	Legalização do aborto em 1975 atualizada em 2001. Aborto permitido até 3º mês de gravidez.
China	Aborto como controle populacional.
Reino Unido	Aborto legalizado em 1967 autoriza o aborto até a 24ª semana de gravidez.
Portugal	Aborto legalizado até a 10ª semana de gravidez
Argentina	Legalizado aborto em casos de risco de morte para a mãe e casos de estupro.

Fonte: Revista Época (2007)

Sobre a discussão referente ao aborto e a ética, existem duas posições. A ontologia substancialista e a ontologia relacional. A primeira trata da “... tradição religiosa cristã, a qual

baseia a proteção do embrião num critério biológico de presença da pessoa humana.” (Leal,2000,96). Este pensamento traduz a existência de uma vida dentro do útero desde o momento da concepção, e que desta forma deve ser protegida. Um dos maiores representantes dessa tese são as doutrinas religiosas que defendem a existência de uma alma a partir do momento da concepção, fazendo do aborto um crime contra o ser humano. Outra posição de defesa desta tese seriam as posições mais secularizadas, pois desenvolvem a noção da presença do genoma no embrião como *“...fundamento de leis no Estado-nação...”* (Leal,2000,96), o que garante a proteção deste sujeito por direitos e garantias fundamentais. Esta postura ontológica também caracteriza o aborto como um ato criminoso. A outra posição ontológica seria a ontologia relacional que discute a interrupção gestacional como um ato privado, não devendo ser uma discussão pública no sentido de realizar julgamentos em torno do indivíduo que a pratica. No caso desta tese, a decisão de induzir o aborto não deve se contrapor à legislação instituída pelo Estado-nação.

Os direitos humanos que protegem o interesses referentes a saúde sexual e reprodutiva são relativos a

Vida, sobrevivência, segurança e sexualidade; autodeterminação reprodutiva e livre escolha da maternidade; saúde e benefícios de progresso científico; não discriminação e devido respeito pela diferença; e informação, educação e tomada de decisões . (COOK, DICKENS, FATHALLA, 2004, p.162)

Em se tratando do direito à vida, sobrevivência, segurança e sexualidade; em alguns países estes são aplicados como maneira de exigir do governo a prestação de serviços voltados a proteção da saúde sexual e reprodutiva.

Na temática da saúde sexual e reprodutiva o direito à liberdade e segurança pessoal é bastante defendido; principalmente quando se trata de aborto inseguro. Em países onde o aborto inseguro é o maior indicador de causas para morte materna, para que a prática do aborto seguro seja liberada busca-se aplicar o direito à liberdade e a segurança como forma de exigir dos governos tratamentos adequados para estes casos e para a modificação da lei .

A confidencialidade no tratamento às mulheres também pode ser garantida pelo direito da liberdade e segurança das mulheres. Se não houver confidencialidade no atendimento à essas mulheres estas terão maior dificuldade em buscar ajuda médica quando a questão envolver sua saúde sexual e reprodutiva, inclusive em se tratando de um aborto incompleto. Por esse motivo, os profissionais da área de saúde precisam saber dos impactos negativos que a ausência de confidencialidade no seu atendimento pode causar à mulher. Esta falha agride o direito da mulher à segurança e conseqüentemente seu direito à saúde. Nestes casos também pode ser cobrado do governo medidas de proteção ao atendimento de saúde com a devida confidência do caso.

O tratamento desumano e degradante na área da saúde também é algo a ser observado e

cobrado baseado no direito à segurança da mulher. Em casos da mulher com quadro de aborto inseguro ou protegido por lei deixarem de ser atendidas ou serem mal atendidas constitui em uma forma de tratamento desumano e desrespeitoso à mulher.

O devido desenvolvimento da sexualidade também deve ser protegido pelos direitos sexuais e reprodutivos baseando-se nos direitos humanos. Como já foi dito anteriormente, a sexualidade esta relacionada para além da reprodução pois ela valoriza as relações humanas, entre marido e mulher ou parceiro, intimidade, afeição e segurança. Assim, é importante definir a diferença entre sexo e sexualidade. O primeiro *“se refere à soma biológica de características que definem o aspecto dos humanos como fêmea e machos”* (idem, 2004; 178)

A sexualidade não esta apenas para a reprodução, mas também

se refere a dimensão central do ser humano, que inclui o sexo, gênero, a identidade sexual e a identidade de gênero, a orientação sexual, o erotismo, o apego emocional, amor e reprodução. Ela é experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, incorporação de papeis, relacionamento. (idem, 2004, p. 178)

Sobre os direitos relacionados à autodeterminação reprodutiva e livre escolha da maternidade serão tratados neste trabalho os direitos de decidir sobre o número de filhos e o espaçamento entre eles, e os direitos relacionados à proteção da maternidade.

A livre escolha referente à prática reprodutiva, principalmente sobre a maternidade, no Brasil não é uma decisão a nível governamental e sim uma decisão entre os parceiros. Portanto, a escolha sobre o número de filhos a ter e quando tê-los, é uma decisão livre do casal. Baseando-se em uma das vertentes dos direitos sexuais e reprodutivos, a liberdade e a autodeterminação individual se referem ao livre exercício da sexualidade e da reprodução o que confere a um poder de decisão no controle da fecundidade. Isso quer dizer que homens e mulheres são livres para decidir se desejam se reproduzir e quando isso deve acontecer.

Em se tratando da proteção da maternidade é possível se basear na Constituição Brasileira como um direito social. Dessa forma o Estado é obrigado a garantir a maternidade segura às mulheres. No que se refere à proteção da mulher gestante trabalhadora, esta encontra-se devidamente amparada pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) a partir do artigo 391¹¹. É essencial que o empregador atue com honestidade respeitando as leis e, além disso, que a mulher seja conhecedora de seus direitos para que estes sejam devidamente reivindicados.

Em relação ao direito à saúde a Constituição Brasileira garante este como dever do Estado sendo devidamente implementada por políticas sociais. Sendo assim, o direito à saúde precisa conter disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade nos serviços prestados aos

¹¹ Art. 391- Não constitui justo motivo para a rescisão do contrato de trabalho da mulher o fato de haver contraído matrimônio ou de encontrar-se em estado de gravidez.

usuários. Sobre disponibilidade, o Estado deve garantir que os serviços de saúde pública e da rede privada conveniada ao Estado, assim como bens, serviços e medicamentos, estejam disponíveis à população na quantidade necessária à suprir suas necessidades.

Quanto a acessibilidade dos serviços ela não deve ser discriminatória, sendo o serviço de saúde acessível a todos sem discriminação; também o serviço deve ter acessibilidade física, garantindo acesso seguro a todas as camadas da população; acessibilidade de informações, em que todos tem o direito de buscar, receber e partilhar informações sobre as questões de saúde.

A aceitabilidade está relacionada a questões éticas de forma a respeitar as diferenças culturais dos usuários, suas especificidades de gênero e a confidencialidade nos serviços a serem prestados.

Por fim, a qualidade quer dizer que os serviços de saúde sejam plenamente apropriados ao atendimento. Dessa forma, é necessário que os profissionais sejam plenamente qualificados, que os medicamentos oferecidos sejam aprovados e dentro do prazo de validade.

Sobre o direito aos benefícios do progresso científico, se refere a garantia de acesso de todos sobre os benefícios referentes ao desenvolvimento científico e tecnológico existente na área. No caso da saúde sexual e reprodutiva este direito pode ser exigido quando os serviços de saúde não disponibilizam o acesso as ações de saúde voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, podendo levá-los ao alto risco em relação à sua saúde.

Não somente os usuários de serviço de saúde podem invocar estes direitos, mas também os profissionais de saúde e pesquisadores, solicitando do governo financiamento suficiente para seus estudos e pesquisas que irão favorecer futuramente a população.

O direito a não discriminação e direito ao devido respeito pelas diferenças está relacionado a atuação do Estado quanto a discriminação na área dos direitos políticos e civis, direitos econômicos, culturais e sociais e em particular o de saúde. Dessa forma os Estados são obrigados a modificar as leis que em seu texto ou efeito traduzam discriminação. Também quando a lei ou política trata homem e mulher de forma diferenciada, os Estados devem esclarecer o motivo da diferenciação para que não haja discriminação. Com esse tipo de direito exige-se que se trate de interesses iguais ou diferentes de forma igualitária a todas as raças.

É importante também tratar da questão da discriminação contra a mulher. Em situações que a mulher, por exemplo, passa por um aborto provocado a sociedade discrimina essas mulheres. Quando se trata de discriminação da sociedade incluem-se também alguns profissionais de saúde que as acolhem com um olhar discriminatório. Muito pode ser feito por essas mulheres em relação aos cuidados com a saúde reprodutiva quando se respeita o fato dela ser mulher e cidadã.

Muitos problemas são gerados na sociedade pelo não cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos. Buscam-se intensamente soluções para este problema como o aborto provocado,

DST's (doenças sexualmente transmissíveis) e HIV/AIDS, porém esta busca nem sempre recai sobre uma possível solução que seria o fornecimento de informações. Sendo assim, é de grande importância o trabalho de divulgação e conscientização sobre a saúde sexual e reprodutiva, sobre o uso de métodos contraceptivos. Este trabalho de acesso à informação pode vir a garantir a prevenção de gestações não planejadas, o que leva muitas vezes a métodos abortivos inseguros. Sendo assim, é importante que a mulher tome conhecimento deste seu direito, pois este favorecerá para a garantia de sua saúde e do bem estar de toda a família. O direito à informação e educação garante a livre busca, recebimento e compartilhamento de informações. Atualmente existe o debate de que este direito evoluiu para a obrigação dos governos enquanto fornecedor imediato das informações referentes a proteção e promoção da saúde reprodutiva.

Para que as informações referentes à saúde, principalmente a saúde sexual, apresentem bons resultado futuro seria importante o aumento de cobertura da educação sexual nas escolas. Isso permite o acesso a esse tipo de informação de maneira facilitada aos adolescentes e jovens, contribuindo para a redução do índice de DST's/HIV/AIDS e gravidezes indesejadas entre os adolescentes. Estudos da UNICEF e da FGV (2006) são capazes de apresentar que a maior causa para gravidezes indesejadas seria a desinformação. Dessa forma, percebe-se que a informação é muito importante, é um dever do Estado e um direito do cidadão que ao se apropriar de conhecimentos relativos a área terá oportunidade de efetuar melhor escolha sobre a sua sexualidade. Trabalhar a informação sobre sexualidade e reprodução com os usuários do Sistema de Saúde e outras organizações da sociedade contribui de forma significativa para a prevenção das DST's AIDS e ou gravidez indesejada e aborto.

Sobre a liberdade referente à tomada de decisão esta deve ser respeitada principalmente por parte dos profissionais de saúde que muitas das vezes permitem que sua opção religiosa, por exemplo, interfiram na qualidade de seu atendimento quando se trata de casos em que a religião condena a opção pelo aborto. O atendimento em uma instituição de saúde a um cidadão deve conter o absoluto respeito ao usuário que solicita o serviço, cabendo apenas uma atuação profissional de qualidade a qual todos têm direito. Mesmo com o amparo dos direitos humanos, há o enfrentamento constante de desafios que dificultam a efetivação da prática dos direitos sexuais e reprodutivos. No entanto, é importante que profissionais de saúde e governantes tenham o respaldo dos direitos humanos no desenvolvimento de políticas públicas para que assim os desafios que muito impedem a concretização dos direitos sexuais e reprodutivos sejam superados.

CAPÍTULO II

A BIOÉTICA NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES COM ABORTAMENTO INSEGURO: O ABORTO EM QUESTÃO.

2.1- A DISCUSSÃO BIOÉTICA SOBRE OABORTAMENTO INSEGURO.

A bioética se define como ética da vida, sendo uma temática de luta envolvendo diversos movimentos sociais e personagens da arena democrática. O embasamento da bioética é a busca por garantias à cidadania em situações em que as pessoas estão em estado de vulnerabilidade, como por exemplo, em situações de doença ou em momentos de conflitos científicos. A bioética caracteriza-se por ser resultante da participação de várias posições de saber, onde várias categorias compõem a bioética, sendo dessa forma multidisciplinar. A bioética se propõe a apresentar problemáticas para que estas sejam discutidas por todos. Ela busca a pluralidade das vontades, o alcance de acordos para solucionar divergências. Dessa forma, percebe-se que a bioética é a subdivisão da ética existente para estudar e propor soluções relativas a questões inerentes a relações estabelecidas entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde; ou seja trata de questões éticas na prática de saúde.

O surgimento da palavra bioética se deu em 1960, associada ao bioquímico e pesquisador Van Rensselaer Potter. Este combinou “bio” referindo-se ao conhecimento biológico e a ciência que estuda os sistemas vivos com “ética” referindo-se aos conhecimentos dos valores humanos.

Escolho “bio” para representar o conhecimento biológico dos sistemas vivos e escolho “ética” para representar o conhecimento dos sistemas dos valores humanos. (OLIVEIRA E MOTA, 2001,p.161)

Na bioética as grandes discussões estão relacionadas a questão dos direitos reprodutivos, havendo grande destaque na questão do aborto. Para o bioeticista italiano Maurizio Mori o aborto “...é um dos problemas centrais da bioética...” (Oliveira; Mota, 2001,171). Isso porque o aborto sempre foi proibido moralmente. Segundo Mori, de acordo com a bioética, as condições para se aceitar o aborto em se tratando de moral seria as condições psicológicas e econômicas de acordo com a necessidade da mulher.

A ética profissional e a lei são sistemas distintos porém, em alguns momentos ocorre a sua interação. Isso porque uma atuação dita legal de um profissional de saúde nem sempre é considerada como uma atuação ética. Para amenizar este quadro, quando uma lei é desenvolvida busca-se que ela não produza efeito negativo para o usuário e também não ofereça riscos aos profissionais. Em vista disso, a lei é desenvolvida de forma que ao ser utilizada pelo profissional não seja considerada antiética

Os que compõem o grupo dos bioeticistas reúnem variadas informações de todos os campos do conhecimento, sendo este científico ou não. Para eles a boa ética baseia-se em bons fatos, sugerindo atitudes adequadas enquanto cuidados médicos e oferta de serviços de saúde. A bioética não apresenta apenas a visão crítica mas também a explicação e justificativa de suas temáticas de discussão. Portanto, os conceitos e opiniões discutidos referentes a bioética oferecem embasamento para os responsáveis de tomarem decisões relacionadas ao tratamento médico e políticas de saúde.

As conclusões bioéticas são norteadas por alguns tipos de correntes éticas. A bioética baseada no dever esta baseada na razão ou na lei natural, tendendo esta corrente ser absolutista. Esta corrente defende que algo bom não poderia originar-se do mal, ou seja, uma realização que seja boa não explica o uso de uma técnica má, considerada errada. A corrente consequencialista ou utilitarista reconhece responsabilidades morais identificando as chamadas condutas boas àquelas que são favoráveis ao bem estar humano. Para os bioeticistas desta corrente, a atuação ética objetiva o encontro de resultados desejáveis, sendo uma conduta errada aquelas que ocasionam em consequências indesejadas. Assim, esta corrente aprova os programas de controle de natalidade e o aborto. Outra corrente seria a bioética feminista que trabalha pela inclusão da mulher na sociedade, é a favor da introdução ética das experiências sociais pelas quais as mulheres passam nos sistemas de valores dos tratamentos de saúde.

Os assuntos relacionados ao aborto têm sido amplamente discutidos como forma de respeito à saúde e aos direitos reprodutivos. Mediante a alguns riscos que a mulher sofre no aborto ilegal

alguns estudiosos são a favor da legalização do aborto com a argumentação de que este deve ser o último recurso para a mulher e quando ela precisar deve de ser consentido. No entanto, existe também a preocupação de que com a legalização o aborto deixe de ser a última opção e passe a ser considerado pelas mulheres como um tipo de método contraceptivo, sendo utilizado com certo índice de frequência e também havendo descuido com as doenças sexualmente transmissíveis. Algumas das questões que motivam o surgimento da prática do aborto são identificadas a partir do momento em que houve uma queda na qualidade de vida da população, sobretudo no que se refere às consequências deixadas pela prática do aborto ilegal: infecções, esterilidade, sofrimento psíquico, morte materna, dentre outros; além da entrada das mulheres no mercado e perante a necessidade de regulação da fertilidade. Ademais, outro fator preponderante a defesa do aborto foi o surgimento dos movimentos feministas. Essa discussão levou ao plano político solicitações de políticas públicas que atuem na prevenção da prática abortiva e serviços de saúde com qualidade para a população. Com base na opinião pública sobre o tema aborto, 16% de pessoas entrevistadas são a favor de mudanças da lei (Datafolha, 2007). Esse dado indica que parte da população não se encontra a favor da legalização do aborto. Para a maioria dos bioeticistas a legalização do aborto seria a mais apropriada postura ética diante da problemática que é o aborto ilegal; favorecendo a autonomia dos cidadãos diante de uma gravidez indesejada. Dados do Ministério da Saúde comprovam que em 2006 17.389 mulheres foram internadas em hospitais do SUS no Rio de Janeiro para serem submetidas à curetagem ¹². A nível nacional este número avança para 221.169 internações. (Ministério da Saúde, 2006)

Nos países em que a prática do aborto não é totalmente legalizada a legislação recebe grande influência da Igreja Católica por esta se fazer presente na vida política e social do país. Por este motivo os grupos feministas que buscam a descriminalização do aborto encontram fortes obstáculos. A partir da década de 60 surgem modificações referentes a concepção do aborto, principalmente motivado pelo movimento feminista. Neste período desenvolvem-se discussões sobre o aborto baseando-se na saúde da mulher e do bem estar da família. Nesta discussão o movimento feminista reafirma a autonomia da mulher diante de sua vida e seu corpo. Ainda nesta discussão, o movimento passa a lutar pela legalização do aborto constantemente listando oito tipos de indicação para tal, como risco de vida para a mulher; preservação da saúde da mulher; anomalia fetal; estupro; razões sociais; sócio-médicas ou sócio-econômicas; em função da família; falha na contracepção e por solicitação da mulher.

No final da década de 70, as discussões no movimento feminista contribuem para que o aborto seja visto como uma questão de saúde. Este grupo expressa sua opinião sobre aborto de forma favorável, o que contribui para a sua influência na apresentação de projetos de lei e

¹² Técnica utilizada para a retirada de restos ovulares provenientes de uma gravidez interrompida ou abortamento incompleto.

organização de debates políticos.

“ O movimento feminista... considera que o aborto é um direito das mulheres, situado no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e que sua descriminalização é uma questão de cidadania e democracia.” (ANDALRAFT;ROCHA, 2003,p.293)

Percebe-se que esse movimento se organiza para levar à constituinte a defesa dos direitos da mulher.

Ainda nesta década, o aborto era a maior causa de morte materna, sendo esta última considerada como um dos indicadores de como se apresentam as condições de vida da população. Também demonstra a desarticulação, desorganização e o tipo de qualidade dos serviços de saúde prestados à mulher enquanto gestante ou não gestante isso porque uma assistência de saúde adequada poderá evitar algumas dessas mortes maternas. Dessa forma, a prática do aborto era realizada por medo de assumir a criança sozinha; vergonha de se relatar à família uma gravidez não planejada; priorização de inserção feminina no mercado de trabalho.

As Igrejas e instituições Evangélicas surgem na segunda metade da década de 80, como participante dessa discussão sobre aborto. A defesa dos parlamentares que fazem parte dessas religiões é marcada pelo direito a vida desde a concepção; sendo expresso por projeto de lei e pronunciamentos. Para os políticos em defesa da legalização do aborto, a sua opinião é que a postura religiosa atrapalha esse processo. Questiona-se democracia na presença do Estado laico. Por isso discute-se que seria dever do Estado fornecer as condições necessárias nos serviços de saúde para o atendimento às mulheres que expressem a necessidade ou opção de interromper a gravidez. Segundo o atual presidente do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, o tema referente ao aborto deve ser tratado como um problema de saúde pública (O Globo, 2007). Para ele é obrigação do Estado o devido tratamento a mulher que se encontra em uma situação de gravidez indesejada. Os movimentos de discussão sobre projetos de lei referente ao aborto são bastante polêmicos. Isso ocorre devido as objeções dos deputados que fazem parte do grupo de parlamentares católicos, mantendo suas opiniões sobre a hierarquia católica e; também por conta das reivindicações de parlamentares a favor de opiniões do movimento feminista. Em 1984 foi formulado o PAISM- Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, contemplando em parte as reivindicações do movimento feminista, pois não incluía o atendimento ao aborto, uma vez que a legislação brasileira não reconhece o aborto legal, com exceção para os casos de estupro e de risco de vida para a mãe. Nos espaços políticos de discussão sobre a legalização do aborto existem controvérsias como a opinião de defesa da vida desde o momento da concepção, opinião oficial da Igreja Católica, Evangélica e Espírita; e outra opinião de defesa do direito da mulher decidir; opinião inspirada no movimento feminista. Muitos estudiosos, cientistas e religiosos discutem o exato momento em que ocorre o início da vida humana. Alguns defendem que a vida tem início logo após a fecundação,

como a médica geneticista Eliane Azevedo (1999) esclarecendo que o zigoto já pode ser considerado um organismo completo já que

a informação genética presente em todas as células do organismo humano é a mesma presente no momento da fertilização ..., nenhuma informação genética é adicionada nem subtraída para ele se desenvolver até a fase adulta.
(SCHMIDT, 99, p.34)

Outros defendem a tese de que o início da vida humana somente ocorre na formação do sistema nervoso central, a partir da segunda quinzena de gestação. Existe uma terceira defesa que acredita que o início da vida ocorre com a fixação do embrião no útero, o que equivale ao 9º dia de gestação. Nesta discussão, alguns geneticistas se baseiam na definição do momento da morte para criar a definição do início da vida. Entendendo-se que a vida termina com o fim da atividade cerebral, estes geneticistas sugerem que o início da vida também pode ser definido pelo momento de formação do sistema nervoso. Este debate não é fortalecido somente por estes grupos, mas também, favoreceu para isso a implementação do 1º Programa de aborto Legal¹³ com a parceria dos profissionais de saúde em conjunto com as três instâncias de governo; além do grande movimento do Congresso Nacional nas discussões sobre a interrupção da gravidez e o não retrocesso sobre o aborto legal.

Apesar de todas as discussões sobre o aborto, as opiniões são divergentes, pois há uma parcela que desenvolve projetos de lei para a autorização legal da interrupção da gestação em qualquer circunstância. A outra parcela desenvolve projetos de lei para a permanência da criminalização do aborto, Instituição da Semana de Prevenção do Aborto¹⁴; assistência a criança fruto de estupro¹⁵; assistência integral a mulher grávida vítima de estupro¹⁶.

Um forte grupo de discussão sobre o aborto surge na década de 90, e, chama a atenção. Esse é o grupo Católicas pelo Direito de Decidir, composto por feministas cristãs que se apresentam com idéia do movimento de mulheres sobre os direitos reprodutivos. Participam de debates ao lado do grupo de parlamentares da hierarquia católica, porém discorda de sua posição oficial sobre o aborto. Na década de 90, conferências internacionais foram importantes para esta questão, como a Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento (Cairo, 1994) e a IV Conferência Mundial sobre a mulher (Beijing, 1995). Nestas, é estabelecido que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos são importantes para os direitos humanos e desenvolvimento. Na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento – Cairo/1994, sobre o direito ao aborto, o parágrafo 825 capítulo VIII descreve que o aborto não deve ser promovido para fins de método de

¹³ Primeiro Programa De Aborto Legal implementado no Município de São Paulo no Hospital de Jabaquara em 1989.

¹⁴ PL 343/99- Deputado Chico da Princesa.

¹⁵ PL 897/99 – Deputado Lédio Rosa.

¹⁶ PL 4305/01 – Deputado Nair Lobo Xavier.

planejamento familiar onde o governo deveria assumir compromisso com a saúde da mulher. Assim, as ações de prevenção à gravidez indesejada deverão ter prioridade. Nos casos de aborto garantido por lei, este deverá ser realizado de forma segura, garantindo também às mulheres em quadro de aborto espontâneo ou não a qualidade de serviço para o tratamento de possíveis complicações pós-aborto. Além disso, ratifica que o trabalho de orientação, educação e planejamento familiar pós-aborto devem ser oferecidos às mulheres visando evitar abortos repetidos. (Cairo, 1994) Amparado por este artigo da Conferência de Cairo, a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher realizada em Pequim 1995, propõe a revisão das leis que caracterizam aborto como ato criminoso.

Após a realização das Conferências de Cairo e Beijing, o aborto inseguro passa a ser reconhecido como um problema de saúde pública indicando que os governos deveriam reformular as leis a fim de descriminalizar as mulheres que realizam aborto, assim como garantir pleno atendimento médico a essas.

O grupo da classe médica apresenta maior participação sobre a discussão do aborto também na década de 90. Esta categoria apresenta posição favorável ao aborto por anomalia fetal grave e irreversível e também aprova o aborto previsto por lei. A categoria médica considera o aborto um grave problema de saúde pública e por isso defende sua liberação com o intuito de redução da mortalidade materna. De acordo com o Código de Ética Médica, não cabe ao profissional de medicina *“acumplificar-se com os que exercem ilegalmente a medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos”* (Código de Ética Médica, art. 38). Por tanto, não é de boa conduta profissional fornecer endereços de clínicas que realizem abortos ou indicar medicação para tal ato, pois assim estaria colocando em risco a vida de suas pacientes. Além disso, fica esclarecido neste artigo que, caso o médico conhecer clínica de aborto ou colegas que orientem tal ato e não denunciá-los estará violando o artigo 38 do Código de Ética Médica.

Ainda se tratando da conduta médica também não cabe a este denunciar o ato abortivo cometido pela mulher, pois assim estaria indo contra o sigilo profissional como se observa no artigo 102 do Código de Ética Médica, onde é vedado ao médico *“revelar fato de que tenha conhecimento em virtude de exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.”* (Código de Ética Médica, art.102)

Segundo o que consta na Norma Técnica sobre abortamento do Ministério da Saúde, *“é dever do Estado, manter nos hospitais públicos, profissionais que realizem o abortamento”* (Ministério da Saúde, 2005,15), porém muitos médicos ou por conduta religiosas ou pela falta de conhecimento sobre o aborto legal se opõem a tal ato. Mesmo que a quebra do sigilo profissional seja considerada crime (art. 154- Código Penal) ocorrem denúncias contra mulheres que abortaram por parte de profissionais de saúde influenciados por suas concepções religiosas. No entanto, surgem estas denúncias mas não surgem melhoras e ampliação da cobertura nos programas de saúde

voltados para a assistência integral a saúde da mulher que contribuiriam para reduzir as grandes taxas de abortos provocados oriundos da gravidez indesejada.

Em se tratando do atendimento médico prestado às mulheres são levados em consideração os princípios da bioética:

autonomia, o direito da mulher decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e sua vida; beneficência, obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem; não maleficência, a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de sua ação (não prejudicar); justiça, o profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher. (Ministério da Saúde, 2005,p.16)

É possível então perceber que as práticas desses princípios favorecem para o respeito aos direitos da mulher eliminando a prática discriminatória no atendimento. O atendimento à mulher que realizou aborto é um direito seu e dever do profissional.

A violação dos direitos humanos às mulheres ocorre quando estas sofrem tratamentos desumanos, degradantes ou constrangedor no momento de assistência a sua saúde; também quando o seu direito à segurança pessoal é voltado por investigações policiais; e por fim quando a sua saúde física e psicológica se encontra em risco proveniente do aborto realizado. É de intensa preocupação o atendimento de forma humanizada às mulheres que chegam as unidades de saúde apresentando quadro de abortamento, independente de ser espontâneo ou provocado. Os profissionais de saúde devem estar muito bem preparados para o atendimento de qualidade às mulheres em quadro de abortamento. Isso se faz importante pois 22,5% dos casos de internação por abortamento eram de adolescentes (SIH/SUS- 1998), havendo um atendimento de saúde no ato da internação de forma insatisfatória sendo ausente o apoio e orientação do profissional de saúde. Esta atuação poderá acarretar um ciclo de gravidezes indesejado por esses adolescentes e conseqüentemente abortos provocados repetitivos. Para que este quadro de gravidez indesejada seja reduzido o atendimento de orientação no pós-abortamento se faz de extrema importância, incluindo nesta orientação questões sobre anticoncepção, oferta de métodos contraceptivos e auxílio psicológico e social. A mulher tem direito de receber atendimento de qualidade enquanto estiver em processo de abortamento, não somente durante o processo, mas também após a realização do aborto sendo oferecidas informações sobre os serviços de Planejamento Familiar de forma a contribuir para não repetição do aborto. Assim, atendimento ao abortamento de forma ampla e centrada na mulher tem como objetivos oferecer serviços seguros de qualidade; compreender as necessidades individuais de cada mulher, contribuir para a redução do número de gravidezes não desejadas; atender as outras necessidades da mulher referente à sua saúde sexual e reprodutiva. O trabalho de atenção ao abortamento envolve vários serviços de assistência à saúde das mulheres. Neste processo encontram-se elementos do

acesso como a escolha, estando relacionado ao direito de escolher sobre as próprias decisões do seu corpo e saúde. Outro seria o elemento de acesso que esta relacionado a responsabilidade de assistência ao abortamento. É importante que a mulher tenha acesso livre aos serviços médicos sem obstáculos. O comportamento dos profissionais de forma desrespeitosa, preconceituosa e abusiva também é uma razão que pode limitar o acesso. O atendimento a essas mulheres não deve ser negado ou limitado seja qual for o seu histórico, independente de sua situação econômica ou conjugal, idade, formação educacional ou social, suas opiniões políticas ou religiosas, seu grupo étnico ou racial. Em algumas unidades as mulheres são identificadas como, por exemplo, sendo alojada em enfermarias denominadas como “o quarto das aborteiras”. Esta conduta, além de preconceituosa, fere a ética profissional e os princípios de direitos humanos. A necessidade da prática do aborto ilegal pode ser reduzida com a facilidade de acesso das mulheres aos métodos contraceptivos, orientação e atendimento médico adequado e qualidade de serviço voltado à assistência integral a saúde da mulher. Dessa forma cabe ao Estado prover esse acesso à população, ampliando estes serviços de saúde. Existe um número de mulheres que realizam a compra de pílula contraceptiva sem a orientação médica, o que gera o desenvolvimento de problemas para a sua saúde. Isso porque a mulher pode fazer uso inadequado da pílula levando a uma gravidez indesejada e com isso a realização de um aborto. Este é um indicativo de que os programas Planejamento Familiar e trabalhos educativos em geral estariam funcionando de forma inadequada; demonstrando a baixa qualidade de assistência fornecida à população. Os grupos de movimento feminista lutam não só pela descriminalização do aborto, mas também por uma assistência a saúde da mulher com qualidade. Essas reivindicações favorecem para a intensificação e transparência dos debates sobre esta temática.

A lei quanto aos abortos provocados é bastante severa, porém existe certa contradição entre as penalidades da lei e a prática. A proporção do número de abortos provocados difere do pequeno número de denúncias e processos judiciais em relação a mulheres e profissionais que atuaram na prática de abortos. Percebe-se com isso que a lei punitiva existe, mas é aplicada em um número reduzido de casos. O aborto provocado pela gestante; consentido pela mesma; provocado por terceiros sem o consentimento da gestante ou com o consentimento da gestante e aborto qualificado são punitivos criminalmente.

Art. 124 (pena de detenção de um a três anos), o sujeito do crime é a mulher que provoca o aborto em si mesmo ou consente que outra pessoa o pratique.

Art. 125 (pena de reclusão, de três a dez anos), pune-se o terceiro que pratica o aborto, sem o consentimento da gestante.

Art. 126 (pena de reclusão, de um a quatro anos), pune-se o terceiro que pratica o aborto com o consentimento da gestante.

Art. 127 aumenta em 1/3 as penas cominadas nos arts. 125 e 126, se em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave. O art. 127, igualmente duplica as mesmas penas, se por qualquer dessas

Mesmo assim, esse tipo de legislação ainda não contribuiu para a redução dos números de abortos.

Não somente no Brasil, mas em outros países da América Latina como no Chile apresentam legislações bastante restritivas sobre a prática do aborto. (Sorrentino, 2001) Os abortos voluntários nestes países são colocados na ilegalidade, apesar de em alguns países da América Latina como a Argentina permitirem o aborto em situação de estupro e risco de vida para a gestante e também em poucos países são aceitos abortos a pedido da mulher. Considera-se o aborto como uma prática ilegal, porém o acesso aos trabalhos educativos e aos recursos de contracepção é dificultado ou limitado. No caso da dificuldade de acesso a algum método contraceptivo, o aborto é identificado pelas mulheres como a única forma para uma gravidez não planejada e não desejada. Dados da OMS (Organização Mundial de Saúde) indicam que 21% dos casos de mortes referentes à gravidez, parto e puerpério nos países da América Latina têm como causas as complicações do aborto inseguro. (Sorrentino,2001)

No Brasil a legalização do aborto por risco materno ou estupro foi aprovada em 1940, no entanto há grande resistência dos profissionais de saúde nesta prática. Apenas este tipo de aborto é aceito judicialmente. O código Penal Brasileiro no artigo 128, do decreto lei nº 2848 de 07/12/40 diz:

Não se pune aborto praticado por médico:

- I- Se não há outra maneira de salvar a vida da gestante.
 - II- Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu responsável legal.
- (GARBAYO; PITANGUY, 95,p.33)

Em caso de aborto legal para estupro, não é necessário que a vítima apresente o boletim de ocorrência, o código penal não exige documento para a prática do aborto nestes casos. Sendo a vítima menor ou mentalmente incapaz, devera ter a autorização do responsável legal. É importante ressaltar que, caso a denúncia seja falsa a vítima poderá ser penalizada.

No caso de aborto legal solicitado por risco de vida à gestante, deverá ser enviada a cópia do procedimento médico ao CRM assinado por junta médica formada por obstetrícia, clínica médica e serviço especializado na patologia da paciente, além do consentimento da mulher. O aborto legal é uma luta antiga que foi parcialmente alcançada na década de 40.

No início do século XIX ocorrem grandes avanços na área da medicina iniciando a prática de regulação social. Dentro deste processo, são feitos estudos e avaliações sobre as condições de segurança do aborto para a mulher. Com este estudo a sociedade médica reprova totalmente a prática por ter sido comprovado que era uma prática de risco para a saúde da mulher. Surgem as

modificações judiciais sugerindo punição aos que realizassem tal ato. Os profissionais da área de saúde, mais precisamente os médicos declaram que *“o aborto é um problema de saúde pública, com raízes sociais, que exige mudanças”* (Giffin, 1995,125). Além disso, a descriminalização e liberação do aborto são definidas como medida de se diminuir a morte materna ou problemas pós-aborto. Os profissionais também defendem um processo de melhor acesso aos meios contraceptivos com o fim de se reduzir e prevenir a prática do aborto.

Em 1995 o deputado Severino Cavalcante lançou a Proposta de Emenda Constitucional (PEC 25/95) desejando a inclusão na Constituição do direito à vida. Esta PEC foi fortemente derrotada. No ano seguinte é apresentado o Projeto de Lei 20/91 sobre a obrigatoriedade de atendimento pelo SUS referente a abortos previstos por lei, sendo devidamente aprovada em 1997.

O aborto garantido por lei em casos de gravidez que oferece risco para a mulher pode ser interpretado como uma forma de garantia a vida da mulher e a sua qualidade de vida, o que envolve a qualidade de saúde física e mental. As discussões em torno desta questão tendo como base os direitos humanos tomam como parâmetro de que a interrupção de uma gravidez indesejada deve de ser respeitada por ser uma decisão da mulher e somente ela seria consciente do que é melhor para a sua vida e para sua saúde.

O aborto pode ser identificado como aborto espontâneo, aborto natural sendo atendido devidamente pelo profissional de saúde; o aborto legal, atendido nos casos de estupro ou risco de vida para a gestante e; aborto provocado e inseguro seria o resultado de uma gravidez indesejada onde a mulher busca na farmácia os seus primeiros recursos, sem uma realização de segurança por uma pessoa sem a devida qualificação para o ato e ou em locais desapropriados. O aborto ilegal seria aquele praticado contra o que a lei dispõe, geralmente realizado em local sem condições seguras. Para não se expor nas esferas públicas e privadas e para não ser alvo de críticas, a mulher se isola e busca meios não adequados para interromper a gravidez indesejada. Esta atitude a coloca em risco e na maioria dos casos, a mulher após a realização do aborto termina por procurar o serviço público de saúde, hospitais e maternidades da rede SUS.

2.2- TÉCNICAS INSEGURAS PARA O ABORTO.

Muitas mulheres quando engravidam de forma indesejada agem no desespero e buscam soluções clandestinas se expondo a situações de risco para a sua vida. Algumas mulheres utilizavam o remédio Cytotec¹⁷ para a prática do aborto sendo a comercialização deste medicamento proibido pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Este medicamento é abortivo, pois provoca fortes contrações uterinas.

¹⁷ Medicamento indicado para úlcera que leva ao abortamento. Composição a base de Misoprosol.

As mulheres que usam práticas inseguras para o abortamento não estão somente correndo risco de vida, mas podem perder ovários, útero, provocar perfuração uterina, perfuração da bexiga e no intestino, podendo ficar expostas a graves infecções. Por essas razões o aborto provocado é a 3ª causa de morte materna no país. No ano de 2005 houve registro de 149 óbitos por aborto no Brasil, sendo 18 no Rio de Janeiro. (Ministério da Saúde, 2005) De acordo com a Organização Mundial de Saúde 68 mil mulheres morrem anualmente no mundo por conta de abortos inseguros. Com base nas estatísticas 31% das gravidezes no Brasil tem como resultado final abortamento, o que equivale a 1,4 milhões de aborto espontâneo e inseguro por ano. (OMS, 2005)

O uso do medicamento Cytotec pode causar vários riscos à mulher. O feto pode ser expulso, mas pode ocorrer também dele ficar retido, levando a uma grave infecção com risco de morte caso não seja procurado um médico rapidamente. O feto pode ser totalmente expulso e ficarem restos placentários na mulher causando os mesmos riscos acima mencionados. Quando o uso do medicamento não concretiza o aborto o bebê corre o risco de nascer com alterações congênitas. Para as mulheres em condições financeiras favoráveis algumas clínicas podem lhe oferecer conforto, segurança e solução para o seu problema mesmo que para isso tenha que pagar em torno de R\$ 2 mil. (Valor, 2007) No caso das mulheres pobres o recurso é o uso de Cytotec (Misoprosol), introdução de objetos ou chás abortivos. As mulheres com poder aquisitivo mais baixo lhe restam métodos diversos e inseguros gerando grandes problemas pós-aborto e mortes maternas. Entre estes métodos, que são os mais variados possíveis, podemos encontrar chás naturais (ervas); métodos tradicionais fabricados, como ácidos; objetos como arames, agulhas de crochê, sonda; quedas e golpes intencionais.

Do grupo que é contra o aborto existem médicos que argumentam sobre as transformações no corpo da mulher para receber o bebê. Com a prática do aborto as mudanças hormonais são interrompidas de forma brusca acarretando conseqüências do tipo grave na função renal e cardiovascular. Outro argumento deste grupo são os efeitos psicológicos na vida da mulher em casos de aborto legal ou ilegal, muitos destes efeitos relacionados a depressão. Ao optar pelo aborto a mulher o visualiza como uma solução sem saber o efeito que tal ato poderá trazer em sua vida. Geralmente são desenvolvidos sentimentos de culpa, auto-estima baixa, depressão.

O medicamento Cytotec citado como uma das técnicas de aborto, tem a sua venda e fabricação proibida no país pois este não possui registro na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). No Brasil o único remédio para aborto registrado na ANVISA é o Prostokos, sendo este utilizado apenas em hospitais credenciados. Como o Cytotec não possui registro da ANVISA a sua comercialização é considerada crime hediondo com punição de 10 a 15 anos de reclusão. Neste ano – 2007- foram identificados no Rio de Janeiro vendedores ambulantes realizando o comércio do Cytotec. Vale destacar que seria uma prática ilegal partindo do princípio

que a venda deste medicamento não é permitida. O pior também acontecia em farmácias onde o funcionário indicava o uso de um medicamento supostamente abortivo mas que na verdade não consumava o aborto e sim provocava anomalia ao feto. O funcionário ainda indicava uma clínica de aborto caso o remédio não funcionasse. Além de praticar comércio ilegal, eram fornecidas informações erradas percebendo-se um alto grau de periculosidade nesta prática.¹⁸

Diante do quadro de desespero por uma gravidez indesejada, a mulher encontra até mesmo na Internet anúncios de venda do medicamento Cytotec. Essas mulheres fornecem seus endereços a pessoas desconhecidas e até mesmo efetuam depósitos sem saber se o medicamento é verdadeiro ou se ele vai ser entregue. Como a comercialização do medicamento é ilegal existe a possibilidade de que este chegue no país de forma clandestina pelo Paraguai. Depois de fazer uso do medicamento abortivo a mulher não procura o hospital preferindo ficar com fortes dores e sangramentos temendo ser descobertas. Diante do desespero da impossibilidade de criar um filho a mulher busca por soluções arriscadas, mas depois de passar por grande sofrimento e risco de vida sentem-se culpadas, com remorso.

Atualmente nos casos de aborto no Brasil, não existe um determinante único para a realização do aborto, porém em maior número ocorre por razões econômicas, ligadas a pobreza, desigualdade, exclusão, a baixa cobertura de assistência preventiva ao exercício da saúde sexual e reprodutiva a exemplo do PAISM. Por isso, dentro dos que defendem a legalização do aborto encontram-se economistas com argumentos de que a legalização do aborto favoreceria na redução de índices da criminalidade. Essa argumentação se baseia pelo fato de as mulheres que praticam aborto na ilegalidade são justamente mulheres com certo número de filhos indesejados, mães solteiras e ou jovens sem amparo do companheiro. É nesta realidade que se desenvolvem a possibilidade de crianças pobres e sem apoio familiar a entrar no crime. Aos críticos, o aborto legalizado por este motivo seria preconceituoso a uma determinada parcela da sociedade que seria o pobre.¹⁹ Também o aborto pode ser consequência de instabilidade da relação com o seu companheiro, da desigualdade de gênero, práticas sexuais inseguras e gravidez indesejada, considerando também o tipo de trabalho e em quais condições que a mulher trabalha. Este é o quadro favorecedor para as práticas de aborto no Brasil.

¹⁸ Jornal O Dia, abril 2007.

¹⁹ Revista Veja 2007.

CAPÍTULO III

ABORTO PROVOCADO: PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING.

3.1- PERCURSO METODOLÓGICO:

Para a realização deste trabalho, escolhemos como universo de pesquisa as mulheres em processo de abortamento internadas na enfermaria do Hospital Maternidade Alexander Fleming para realizarem o procedimento de wintercuretagem. Esta instituição foi escolhida devido ao fato de ter sido campo de estágio curricular. Utilizamos como instrumentos de pesquisa uma entrevista guiada por um questionário estruturado.

O questionário consiste em uma técnica compondo um conjunto de questões previamente desenvolvidas distribuídas em itens referentes ao tema pesquisado. Seu objetivo é adquirir dos informantes respostas sobre a temática que esta sendo estudada. Para que as respostas fossem precisas utilizou-se no questionário linguagem compreensível para a informante.

Tendo em vista se obter um melhor resultado no processo de investigação utilizou-se a interação entre um estudo quantitativo e qualitativo, pois como cita Assis e Deslandes “...*apenas nomear um estudo como ‘qualitativo’ nos diz absolutamente nada ou muito pouco a respeito de seu método de construção*” (Assis, Deslandes, 2002,197).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, esta envolveu um “*universo de significados*” (Minayo, 2002,21). É uma pesquisa que permite um aprofundamento teórico da questão estudada favorecendo uma profunda exploração da temática, o que contribuiu para o conhecimento do objeto de pesquisa aqui exposto. A pesquisa qualitativa aqui adotada, não se prendeu somente a teoria explicativa, levou em consideração também a observação da realidade buscando-se conhecer melhor o objeto de estudo com seus respectivos significados. Ademais, a pesquisa quantitativa foi utilizada em virtude de nesta pesquisa os grupos de pessoas pesquisadas serem

“...sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam. ...têm um conhecimento prático, de senso comum e representações relativamente elaboradas que formam uma concepção de vida e orientam as suas ações individuais.” (CHIZZOTTI, 1991,p.83)

Neste sentido, as mulheres que responderam a pesquisa foram importantes para o desenvolvimento da pesquisa aqui apresentada pois estas, através de suas atitudes cotidianas, trouxeram clareza sobre a questão do aborto provocado em suas vidas.

Além da pesquisa qualitativa, utilizou-se a pesquisa quantitativa, baseada nos dados quantitativos e matemáticos apresentando resultados objetivos; diferente do tipo de pesquisa qualitativa onde os dados se encontram no âmbito da subjetividade. A adoção da pesquisa qualitativa foi importante por abordar os significados da temática, enquanto a pesquisa quantitativa expressou a sua importância na captação de dados estatísticos comprovando os significados. Com os dados quantitativos foi possível medir e realizar comparações entre os dados adquiridos pela pesquisa. Esta técnica favoreceu para se analisar, por exemplo, a frequência do caso pesquisado levando ao desenvolvimento de conclusões capazes de esclarecer a incidência dos acontecimentos. O método quantitativo possibilitou a precisão e objetividade dos dados explicando a realidade pesquisada.

Foi utilizado o tipo de análise de conteúdo, buscando respostas para as questões referentes ao tema abordado. Esta análise também contribuiu para conhecer sobre o tema e as informações obtidas na entrevista. A análise de conteúdo é o método aplicado para analisar as informações adquiridas na técnica de coleta de dados ou em textos já produzidos. Esta é uma forma de compreender o sentido das informações que foram conquistadas.

A análise de conteúdo contribui para a redução da densidade de informações existentes no material de coleta de dados agrupa-o em características ou categorias. Assim a interpretação da temática se torna mais favorável para o desenvolvimento do objeto ora investigado.

A análise de conteúdo apresentou importantes funções. Uma delas foi a facilidade de se encontrar respostas para as questões que foram previamente formuladas. Além disso, contribuiu

para a confirmação de hipóteses que foram levantadas. A investigação utilizou como categorias de análise: sexualidade, reprodução, direitos sexuais e reprodutivos, gênero, aborto, política de saúde e bioética.

O projeto de pesquisa deste trabalho foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Rio de Janeiro para o desenvolvimento das entrevistas em uma unidade de saúde municipal. Inicialmente a proposta de pesquisa era envolver 20 entrevistada porém, no período da pesquisa houve muita dificuldade das mulheres afirmarem que haviam realizado aborto pois neste momento houve a visita do Papa no Brasil e as discussões sobre a prática do aborto provocado foram muito intensas principalmente na mídia. Pressupõe-se que as mulheres sentiram-se inseguras em relatar algo que no momento se tornara alvo de forte discussão, principalmente por ser considerado um ato criminoso no Brasil. Sendo assim, só foi possível entrevistar um número de 10 mulheres.

Com a aprovação²⁰ do comitê de ética iniciou-se as entrevistas onde as usuárias assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido²¹ mantendo sigilo sobre a sua identidade na divulgação dos resultados obtidos.

Ao fim da investigação de campo foi feita a análise dos dados obtidos na pesquisa, cujos resultados encontram-se nas páginas seguintes.

3.2- APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE PESQUISA:

Em 26 de Janeiro de 1956 foi inaugurada a Policlínica e Maternidade Alexander Fleming, situada em Marechal Hermes na AP 3.3²². A construção foi iniciada em 24 de Setembro de 1953. Durante 23 anos a Policlínica ficou sendo um anexo do Hospital dos Servidores do Estado sendo destinado aos contribuintes do IPASE. Neste momento a instituição tinha capacidade de oferecer 50 leitos e 4 berçários.

Em 1973 inicia-se o alojamento conjunto, sendo a primeira maternidade do Rio de Janeiro a ter essa prática entre a puérpera (mulher que teve bebê) e seu bebê juntos na mesma enfermaria.

Em 1979 passa a funcionar como Hospital independente pertencente a rede dos segurados do Instituto Nacional da Previdência Social – INAMPS, sendo retirado o vínculo com o HSE (Hospital dos Servidores do Estado) passando a chamar-se Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF) oferecendo serviços ambulatoriais na área da clínica médica, oftalmologia, fisioterapia, odontologia

²⁰ Ver anexo.

²¹ Ver anexo.

²² A.P- Área programática. Esta envolve os seguintes bairros: Rocha Miranda, Irajá, Madureira, Cascadura Colégio, Guadalupe, Pavuna, Coelho Neto, Anchieta, Deodoro, Marechal Hermes, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Cosmo, Quintino, Bento Ribeiro, Campinho, Oswaldo Cruz, Acari e Barros Filho.

e otorrinolaringologista.

Em 1984 iniciam-se trabalhos educativos com as gestantes denominados grupo de gestantes.

Em 1988 com promulgação da Constituição Cidadã o HMAF integra-se ao Ministério da Saúde oferecendo atendimentos de saúde de forma universal. Inicia-se também trabalhos educativos diferenciados para gestantes adolescentes com equipe multidisciplinar.

Em 1995, por legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), é iniciada gestão a maternidade pela Secretaria Municipal de Saúde, Pré-Municipalização. Neste mesmo ano ocorre a conquista do título de “Hospital Amigo da Criança”, sendo a primeira maternidade do Rio de Janeiro a obter o título e a segunda do Brasil concedido pela UNICEF-OMS-Ministério da Saúde. Ainda em 1995 o hospital conquista o título de “Hospital Amigo do Exército”, pelo trabalho prestado ao Exército na área da assistência médica e treinamento oferecido aos recursos humanos.

Em 1996 conquista o título de “Maternidade Segura” oferecido pela OPAS/OMS, UNICEF, FNUAP e Ministério da Saúde.

Em 1997 introduziu-se a presença de acompanhante na unidade para todas as parturientes e para as mulheres em pós-operatório.

Em 1998 com a municipalização já totalmente concretizada por iniciativa de Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), 12 enfermeiras obstétricas entram para fazer parte do quadro de servidores do HMAF. Ainda neste ano inicia-se o Projeto Canguru com o objetivo de prestar assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Em 1999 a experiência com o Projeto Canguru obtida no HMAF é utilizada como referência para a normatização do Projeto Canguru para todo o Brasil pelo Ministério da Saúde.

Em 2000 inaugura-se o espaço de relaxamento com o objetivo de oferecer à mulher a oportunidade de, mesmo estando em uma unidade hospitalar, poder estar em um ambiente que pouco lembre um hospital. Ambiente com privacidade, segurança, conforto, possibilidade de música, massagens, pouca luminosidade, respeitando a escolha da mulher. O grupo de enfermeiras obstétricas vem desenvolvendo um trabalho buscando redução das intervenções e trabalhando na sensibilização de outros profissionais para o parto natural e humanizado.

O HMAF atualmente é indicado como referência a casos de gestação de risco e adolescentes grávidas. A Instituição oferece serviços de emergência e ambulatorial. Neste último o atendimento é específico as mulheres do pré-natal. O prédio é dividido em 4 andares sendo o 1º destinado à sala de exames; o 2º andar oferece atendimento às gestantes, mulheres que sofreram o procedimento de curetagem e mulheres que passaram por alguma intervenção ginecológica; no 3º existe a unidade neonatal, banco de leite, enfermaria de pré-alta, salas de parto, parto e recuperação pós-anestésica (RPA); e por fim, no 4º encontra-se as enfermarias de alojamento conjunto. A presente pesquisa foi aplicada no 2º andar onde as mulheres que passaram por curetagem, sejam por aborto provocado ou

não, são alojadas. Não há uma enfermaria específica onde estas mulheres ficam. Devido ao quadro de alta demanda na unidade as mulheres podem ficar na enfermaria ou até mesmo nas macas em pleno corredor.

3.3- DADOS DA PESQUISA:

3.3.1- PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO

A faixa etária das usuárias entrevistadas nos casos de abortamento provocado compreende-se entre os quinze anos (15) aos trinta e dois anos (32). Verificou-se que 10% das entrevistadas encontram-se na fase da adolescência²³. Estes dados se fazem importante para uma análise sobre a gravidez indesejada na adolescência, o que pode acarretar em casos de aborto inseguro. Não somente a prática do aborto inseguro na adolescência apresenta-se como um ato de risco, como a própria gravidez podendo ambas serem evitadas com um sério trabalho educativo sobre sexualidade e reprodução nas escolas públicas e privadas. Dessa forma, segundo Aquino (2003: 378) “*A gestação é encarada necessariamente como indesejável, com conseqüências biológicas, psicológicas e sociais negativas*” pois o corpo da adolescente ainda não está totalmente pronto para uma gestação assim como imaturidade psicológica para criar um filho.

Entre a faixa etária de dezenove (19) a vinte e dois (22) anos, foram detectados os maiores casos de abortamento com a apresentação de 50% das mulheres nesta faixa etária. Entre os vinte e três (23) e vinte e seis (26) anos foram identificados 20% de mulheres que realizaram o aborto inseguro e 20% de mulheres entre vinte e nove (29) a trinta e dois (32) anos.

A gravidez indesejada, geralmente fruto de um ato sexual sem o uso de alguma técnica anticonceptiva, traz para a mulher que faz a opção pelo aborto provocado um grande problema face aos limites existentes na legislação quanto a esta prática. Ademais, os perigos desta prática principalmente para a fase de idade reprodutiva são as graves infecções, hemorragias intensas podendo comprometer futuras gestações desejáveis. (Gomes, 2005)

Sobre o grau de instrução / escolaridade das dez (10) mulheres entrevistadas foi possível identificar um nível de instrução baixo com 40% das usuárias indicando ter ensino fundamental incompleto. Apesar da pesquisa não apresentar nenhum caso de entrevistada em estado de analfabetismo pode-se identificar o grau de instrução dessas mulheres, baixo; sendo 10% com o ensino fundamental completo, 30% com o ensino médio completo, 10% com o ensino médio incompleto e 10% com ensino superior incompleto. Nenhuma das entrevistadas possuía o ensino superior completo. Percebe-se que de forma mais expressiva (40% das usuárias) houve um maior

²³ Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se como adolescente o indivíduo entre 12 à 18 anos.

número de mulheres com ensino fundamental incompleto.

Com o grau de instrução reduzido, estas mulheres possuem também, um baixo nível de instrução e conhecimento sobre seu corpo, sexualidade, saúde e sobre os métodos contraceptivos e como usá-los adequadamente. Considerando-se a desinformação nestes aspectos as mulheres também desconhecem o grau de risco que elas sofrem na prática de um aborto inseguro. Este dado da pesquisa foi importante para detectar que a desinformação das usuárias contribuiu para o ato abortivo de maneira insegura.

Das dez (10) mulheres entrevistadas 50% declararam não estarem trabalhando e 50% responderam que estavam inseridas no mercado de trabalho, sendo três (30%) distribuídas na área comercial como vendedora, uma (10%) como recepcionista e uma (10%) como operadora de caixa.

Das cinco (05) usuárias que se identificaram como membro da família sem remuneração quatro (40%) possuíam o ensino fundamental incompleto e uma (10%) o ensino médio incompleto. Com esta análise desenvolve-se a possibilidade da dificuldade de empregabilidade estar associada ao grau de escolaridade das entrevistadas.

O problema de desemprego no Brasil é agravado à parcela da população que não possui formação profissional. Essa problemática esta relacionada aos investimentos na área da educação que, não se apresentam suficientes para suprir a necessidade da população o que contribui para que nem todos os cidadãos tenham acesso a sua formação escolar. (Mendonça, 2007)

Sobre a carga horária de trabalho semanal, das cinco (5) entrevistadas que trabalham todas declararam que trabalham de 40 a 44 horas por semana.

No que se refere ao valor da remuneração das mulheres entrevistadas, todas as que se encontram inseridas no mercado de trabalho relataram que sua remuneração encontra-se dentro da faixa de um (01) à três (03) salários mínimos²⁴.

Considerando o grau de instrução das entrevistadas, o valor da remuneração pode estar relacionado ao seu nível de escolaridade observando-se que as usuárias que se declararam empregadas, estas possuem ensino médio completo (30%), ensino fundamental completo (10%) e ensino superior incompleto (10%). Portanto, existe uma relação entre nível de instrução e acesso ao mercado de trabalho.

Em relação à moradia 70% declararam ter moradia própria, 20% declararam ter moradia alugada e 10% relatou que sua moradia foi cedida.

Quando as usuárias foram questionadas sobre o número de pessoas que reside com elas 20% responderam que uma (01) pessoa mora com ela, 30% das usuárias moram com duas (02) pessoas, 20% das usuárias moram com três (03) pessoas, 20% das usuárias moram com quatro (04) pessoas e 10% das usuárias mora com sete (07) pessoas. Dentre essas pessoas que residem com as usuárias

²⁴ O salário mínimo atualmente no Brasil equivale-se a R\$380,00.

encontram-se companheiros, esposos, filhos, sogras, cunhados, padrasto, mãe, irmã, sobrinho. Percebe-se que o padrão tradicional de família – marido, esposa e filhos – encontram-se atualmente em transformação face aos novos rearranjos familiares, impulsionados, sobretudo face às condições sócio-econômicas precárias que leva a formação de grupos familiares diversificados, morando sobre o mesmo teto.

3.3.2- MATERNIDADE:

Sobre o número de filhos metade das entrevistadas (50%) respondeu ter um (01) filho; 30% responderam ter dois (02) filhos e 20% declararam não ter filhos, portanto, 80% das mulheres que realizaram o aborto havia experienciado o exercício da maternidade.

A gravidez para a maioria das dez (10) mulheres entrevistadas (90%) não foi planejada pois somente 10% declarou ter planejado a gravidez. Através desta informação podemos detectar que há uma forte falha sobre informações referentes à saúde sexual e reprodutiva, as possibilidades contraceptivas que a mulher possui para não passar por uma gravidez indesejada. Os dados, portanto, indicam a baixa cobertura do PAISM no que se refere ao acesso aos serviços de planejamento familiar. Mais uma vez, através deste dado da pesquisa foi possível compreender que o aborto provocado este fortemente relacionado à problemática da desinformação e da dificuldade do acesso às políticas públicas de assistência a saúde da mulher, uma vez que a ausência de informação quanto à maneira de se prevenir de uma gravidez indesejada se tornou expressiva na resposta das mulheres que declararam não ter planejado a gravidez.

Esta constatação contrasta a lei 9.263/96 referente ao Planejamento Familiar que garante não só o fornecimento de informações ao cidadão como a oferta de métodos relacionados à fecundidade.

O Planejamento Familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. (Lei 9.263/96)

Neste sentido, é importante informar e orientar as mulheres sobre a existência das ações de saúde na área da sexualidade e reprodução, a contracepção e, a garantia de acesso aos métodos de contracepção. É possível analisar esta problemática, na fala de uma das entrevistadas:

“Assim, a primeira filha eu queria ter mesmo com qualquer homem, o negócio era ter um bebê. Daí eu menti pro meu namorado que tomava remédio e acabei engravidando. Na outra filha aconteceu mesmo porque eu não me dou bem com remédio, injeção essas coisas.”
(E 7)

Entre os métodos contraceptivos compreendem-se: pílulas anticoncepcionais, injeções anticoncepcionais, camisinha masculina, camisinha feminina, diafragma, espermicida, dispositivo intra-uterino, tabela, muco cervical, temperatura basal, sintotérmico, coito interrompido, método da amamentação, ligadura de trompas, vasectomia, pílula anticoncepcional de emergência (Ministério da Saúde, 2006). No entanto, com as problemáticas orçamentárias que a saúde enfrenta hoje face às investidas de caráter financeiro nas políticas de saúde pelo projeto neoliberal nem todos esses métodos são acessíveis às mulheres que dependem deste fornecimento da rede pública. Neste contexto há a necessidade premente de mudar este quadro, onde 90% das mulheres engravidam sem desejarem, indicando a expansão de ações de prevenção na área da sexualidade e reprodução.

Sobre o uso de métodos contraceptivos, das dez (10) mulheres entrevistadas 60% declararam não usar nenhum tipo de método e 40% declararam fazer uso de algum método contraceptivo, sendo que dentro deste grupo 20% utilizavam injeção, 10% pílula e 10% camisinha masculina. Mais uma vez confirma-se o acesso restrito as ações inerentes ao Planejamento Familiar, uma vez que 60% das entrevistadas declararam não fazer uso de um método contraceptivo.

Além disso, é importante destacar o grau de vulnerabilidade com a qual a mulher se depara no momento em que não faz uso da camisinha associado a outro método contraceptivo, uma vez que o condom é o único método que protege contra as DST's / AIDS. A mulher utilizando pílula ou injeção, como foi declarado na pesquisa, ela se protege de uma possível gravidez indesejada, porém, poderá ficar exposta às doenças sexualmente transmissíveis incluindo a AIDS.

De acordo com Arilha (2002), este estado de vulnerabilidade pode ser compreendido pela falta de informação das mulheres principalmente sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST's), em que *"...quanto mais pobres, e com menor escolaridade, maior a sua vulnerabilidade."* (Arilha, 2002, p.9).

Das dez (10) mulheres abordadas 100% relataram ter realizado um (01) aborto, que no caso às levou ao momento da internação. Por este resultado não houve razões para se responder as questões referentes a mudanças na vida sexual após o aborto e identificação de problemas de saúde após o aborto, uma vez que estas perguntas se referem ao caso da mulher ter realizado mais de um aborto. Foram utilizados pelas usuárias como técnicas abortivas o medicamento Cytotec (80%), chá caseiro (10%) e clínica de aborto (10%).

Para a realização do aborto via Cytotec as usuárias relataram que foi feito uso de quatro (04) comprimidos sendo dois (02) via oral e dois (02) introduzidos na vagina. Foi declarado também que as mulheres pagaram pelo medicamento entre R\$ 80,00 à R\$ 180,00 e, segundo as mesmas quem lhes fornecia era sempre o amigo de algum conhecido delas.

No caso do aborto realizado na clínica a mulher relatou ter pagado em torno de R\$ 800,00 pelo procedimento.

Segundo dados do The Alan Guttmacher Institute (1994) as técnicas abortivas citadas em uma pesquisa de opinião são os métodos tradicionais naturais, como plantas e ervas; métodos tradicionais fabricados, que seria a união de composições como substâncias saponárias e ácidos; métodos tradicionais físicos como penetração de objetos perfurantes e métodos farmacêuticos como o Cytotec.

As dez (10) mulheres entrevistadas apresentaram treze (13) razões para terem praticado o aborto, identificando-se como questões financeiras (5), problemas conjugais (3), questão moral (2), livre escolha (1), trabalho (1) e fragilidade psicológica (1).

Das treze (13) razões para o aborto cinco (05) razões apresentadas relacionavam-se a motivos financeiros, apresentando-se dificuldades de sustentar o filho. Percebe-se então que a questão financeira se faz mais forte como razão para a prática do aborto. Pelo fato de não ter condições financeiras suficientes se torna importante para o cidadão ser detentor de informações sobre os métodos contraceptivos evitando que este realize procedimentos prejudiciais à saúde.

Segundo Gomes (2005), quando se tem as devidas informações sobre anticoncepção é possível que o casal possa programar o momento e a quantidade de filhos que se deseja ter de acordo com a situação familiar, para que o sustento da família se torne favorável. A prática desta visão destacada pelo autor, associado aos dados acima referentes à razão do aborto por motivos financeiros, poderia contribuir para a redução dos índices de abortos provocados por este motivo apresentado.

A segunda maior justificativa apresentada refere-se a problemas conjugais com três (03) das treze (13) razões apresentadas para o aborto. O medo e a insegurança das mulheres em criar o filho sem o companheiro pode ser caracterizado como um indicativo nos casos de aborto provocado. Dentro desta categoria houve questões sobre insegurança no relacionamento e imposição do ato abortivo pelo companheiro. A fala de uma das entrevistadas destaca a questão da imposição do aborto pelo companheiro:

“Eu não ia tomar mas meu marido pressionou. Mais acabou que eu decidi tomar pois ele falou que já tinha um filho e outro ia ficar difícil. Por mim eu teria. Ele disse que se eu tivesse eu teria que ir embora”.(E3)

Através deste depoimento percebe-se a dificuldade de uma mulher economicamente dependente em ter que escolher o filho ou a moradia com o companheiro, considerando que esta é uma das entrevistadas que se declararam como membro da família sem remuneração. Deste modo, ela se encontrou em uma situação sem muita escolha. Assim como esta usuária muitas mulheres passam por esta situação de não poder escolher por não conhecer a lei referente aos seus direitos, ao acesso aos insumos das políticas públicas e a responsabilidade paterna. A seguir pode ser analisado

o depoimento de outras usuárias quanto ao aborto provocado mediante a problemas conjugais:

“Eu tinha brigado com o meu marido ai depois eu voltei com ele e eu quis o bebê.” (E2)

“... nem sei se vou ficar com esse companheiro.” (E 5)

Ainda hoje podemos nos deparar com casos de abortos provocados por questões morais por temer como a sociedade irá interpretar um caso de gravidez fora de um relacionamento sendo indicado na pesquisa por três (03) das razões declaradas. No caso desta pesquisa, as entrevistadas que se identificaram nesta categoria destacaram o medo da opinião da mãe quanto a gravidez e o medo do que os familiares pensariam da gravidez. Portanto, o julgamento moral ainda exerce muita influência nas decisões em torno da realização de um aborto.

“Medo, medo da minha mãe, a casa também é pequena para ter outro filho...” (E 5)

“...meu marido morreu em novembro e eu fiquei bem chateada. Um amigo dele ia sempre me visitar depois disso pra saber se eu estava bem, ai aconteceu da gente ficar e eu acabei pegando essa gravidez. Sei lá sabe, ele trabalha com parentes do meu marido falecido e eu fiquei com medo, desesperada do que eles (os familiares do ex-marido) iam pensar de mim.” (E4)

No que confere a livre escolha como opção para o aborto, foi detectado apenas uma (01) das treze (13) razões de aborto apresentadas. A mulher possui liberdade e autonomia de escolha porém precisa conhecer as melhores formas de se evitar uma gravidez assim como conhecer os riscos de uma técnica insegura como é o caso dos abortos provocados.

Percebe-se que várias questões contribuíram para que as usuárias chegassem ao aborto. Algumas mulheres, por viverem em estado de dependência econômica, sejam do companheiro ou da família recorrem a situações arriscadas. Por serem pessoas dependentes a situação financeira também contribui para a escolha. A insegurança de um relacionamento recente traduz-se também na realização do aborto. O medo de ter um filho e depois mudar de parceiro faz com que a mulher procure recursos abortivos para não ter problemas tanto no relacionamento quanto no possível fim deste.

Destacou-se também como categoria a necessidade da mulher estar inserida no mercado de trabalho sendo apresentada como uma (01) das treze (13) razões destacadas pelas mulheres.

Na fala a seguir é possível analisar o medo de perder o emprego, recorrendo ao aborto:

“Porque eu fiquei desesperada. Pensei no meu emprego, eu ia perder o meu emprego. Eu tô em período de experiência daí eu abortei e depois contei pra minha chefe e disse que fiz isso porque quero muito esse emprego.” (E7)

De acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho e com o Tribunal Superior do trabalho

(TST Enunciado nº 244) não há garantias que assegure o emprego da mulher gestante enquanto período de contrato de experiência. Não havendo leis que assegurem às mulheres gestantes em seus empregos no período de experiência, a solução para não perder o emprego e garantir seu sustento termina sendo recorrer ao aborto, como no caso da usuária acima mencionada.

A fragilidade psicológica também foi indicada como motivo para o aborto, sendo apresentado também por uma (01) das treze (13) razões apresentadas pelas dez (10) usuárias abordadas.

A gravidez e a chegada de um filho requerem certa aceitação psicológica para vivenciar um momento de mudança. Algumas mulheres, não somente por questões financeiras mas por despreparo psicológico optam por uma prática geralmente insegura.

Das dez (10) respostas das mulheres entrevistadas sobre o que foi sentido no ato do aborto detectou-se que cinco (05) fez referência as dores físicas como cólicas e contrações. A seguintes falas expressam este resultado de forma mais clara:

“Cólica bem fraquinha, mas quando o bebê saiu aliviou. Saiu em casa e dei descarga. Ele saiu formadinho.” (E3)

“Tomei o remédio (Cytotec) e senti muita cólica, sangrando. Depois parou a dor. Eu fui no banheiro aí saiu uma bola de sangue que ficou pendurada pelo cordão umbilical, acho que era o cordão aí eu puxei e dei descarga. Não quis nem ver muito.” (E7)

“Nada, só depois de 3 horas foi que eu senti contrações.” (E9)

É possível perceber nas três falas a ênfase no desconforto físico que o ato provocou. No caso do medicamento Cytotec “...é uma prostaglandina²⁵ que faz os músculos uterinos se contraírem, o que costuma provocar sangramento e a expulsão parcial ou completo dos conteúdos uterinos.” (The Alan Guttmacher Institute, 1994)

Outra referência ao que foi sentido no ato do aborto foi classificada como uma atitude certa por duas (02) das dez (10) usuárias. Segundo estas foi uma atitude certa, pois para elas não haviam outra solução, sendo esta uma atitude que as deixava mais tranquila.

Outra categoria encontrada com a resposta de três (03) mulheres se refere a sentimentos negativos desenvolvidos pelas mulheres dentre eles o sentimento de arrependimento (1), tristeza (1) e desejo de desistir (1). Diante destes dados percebe-se que foi mais significativo entre as respostas das usuárias, o aborto como uma atitude certa.

Das dez (10) mulheres entrevistadas seis (06) identificaram que o ato poderá trazer conseqüências psicológicas. Este tipo de conseqüência pode ser explicado pelo fato da mulher sentir-se culpada pelo ato e sentir-se também com uma lembrança que talvez seja difícil de apagar,

²⁵ Este tem a função de estimular os músculos no intestino, no sistema respiratório e sistema reprodutivo. Extraído do site Jornal da Ciência.

como é colocado pelas usuárias na frase:

“Marcou minha vida né? Eu vou lembrar disso e vou ficar bastante chateada, já estou chateada.” (E 3)

“A psicológica, com certeza.” (E 9)

De acordo com Pavone “Efeitos psicológicos são também muito reais. Elas experimentam o “luto incluso”, ou seja, uma dor que contamina o seu interior...”. (200?)

Como consequência do ato três (03) das dez (10) mulheres declararam a questão moral como consequência. Analisando a entrevista destas três (03) usuárias foi possível identificar de maneira subentendida nas respostas que a questão moral a qual elas se referiam estava relacionada a postura de suas famílias quanto ao ato do aborto e da gravidez em si.

Também foi identificado como consequência, possíveis problemas físicos com uma (01) das respostas das dez (10) entrevistadas. Através deste dado foi possível perceber o grau de desinformação das mulheres quanto aos possíveis problemas de saúde que o aborto inseguro pode provocar na vida da mulher. Segundo Loureiro e Vieira

As mulheres que não morrem podem ter complicações graves, como hemorragias, septicemia²⁶, peritonite²⁷, e choque. Outras podem ter seqüelas físicas, como problemas ginecológicos e infertilidade, assim como maior chance de complicações em gestações subseqüentes. (LOUREIRO; VIEIRA, 2004, P.679)

Apesar de apenas uma (01) mulher declarar como possível consequência algum problema físico após o aborto, no decorrer das entrevistas cinco (05) das dez (10) mulheres colocaram que já ouviram dizer que a prática do aborto pode vir a trazer alguns males para a saúde. Ainda assim é demonstrado nas respostas das usuárias o seu grau de desinformação quanto aos riscos do aborto, dado este que contribui para a conclusão de que a ausência de informações precisas à mulher favorece para a prática do aborto.

Ainda sobre as consequências do aborto, algumas mulheres demonstraram-se um pouco confusas não conseguindo expressar claramente sobre o que pensam.

Ao serem questionada sobre a definição do aborto seis (06) das dez (10) mulheres declararam que era um ato incorreto, sendo por algumas usuárias (3) caracterizadas como um crime. Através das falas a seguir é possível compreender esta concepção:

“É uma coisa horrível, não quero nunca mais. Eu sei que é um crime, mas fazer o que né?” (E7)

“Um crime, um verdadeiro crime.” (E 6)

²⁶ Infecção no sangue que se caracteriza pela rápida multiplicação de bactérias. Site folha uol.

²⁷ Inflamação da membrana que reveste os órgãos abdominais e as paredes internas do abdômem (peritônio). Site msd.

“É crime né? Eu me senti uma criminosa pois praticamente eu fiz um crime. Tem gente que faz pior. É muito louco!” (E 3)

Nas falas é possível perceber o descontentamento pela prática do ato, mais diante de seu desespero elas não viam outra solução apesar de achar um crime.

Pitanguy e Garbayo (1995) destacam que

...na ausência total ou parcial de informações acerca de métodos contraceptivos boa parte das mulheres usam o aborto como controle de sua fecundidade.” (PITANGUY; GARBAYO, 1995, p.54)

Esta colocação do autor é uma das preocupações do grupo que defende a não legalização do aborto por temer que com a legalização as mulheres utilizarão do ato para fim de controle de fecundidade colocando em risco sua saúde por uma prática repetitiva mesmo sendo segura. Com isso, as mulheres poderiam deixar de se prevenir contra as DST's.

Dentre as dez (10) entrevistadas três (03) definiram o aborto como uma solução. Dentro desta categoria, de acordo com o relato das usuárias o aborto seria uma solução para não ter problemas financeiros ao criar o filho. Sendo assim, se estas usuárias tivessem uma forte bagagem de informação quanto aos métodos contraceptivos e acesso a estes elas não precisariam recorrer a métodos inseguros como solução para impedir que um filho seu passasse por necessidades ao ser criado.

O aborto também foi definido como um ato normal para uma (01) das entrevistadas. Nesta definição a usuária declarou ser a favor da legalização do aborto no Brasil.

Diante do quadro de legalização do aborto existem várias vertentes na discussão desta temática sendo grupos a favor e outros contra a legalização. De acordo com Pimentel e Pandjarian (2000) a discussão referente ao debate indica dificuldade devido a variadas concepções de sexualidade, de sua prática e de como a sociedade percebe esta temática. Diante deste embate ainda não se tem uma definição da legalização irrestrita do aborto no Brasil.

Diante do questionamento sobre os sentimentos da mulher ao lembrar do aborto as dez (10) mulheres entrevistadas expressaram onze (11) tipos de sentimentos. Destes, sete (07) se referem à tristeza. Embutido nesta categoria algumas mulheres declararam sentir mágoa (1) e arrependimento (1) pela prática do aborto. Por tanto, a tônica em face da realização do aborto é tristeza, mágoa e arrependimento, todos estes estados psicológicos indicam que o ato trouxe a estas mulheres um sentimento de “adoecimento psicológico”, como pode ser exemplificado pelas falas a seguir:

“Tristeza muito grande pois criança, ela não tem culpa, ela não pediu para vir ao mundo. Eu arranquei uma vida.” (E5)

“Mágoa sabe, porque tirara a vida de uma criança né? É horrível.” (E1)

“Dá tristeza, arrependimento quando vejo as pessoas com bebê nos braços.” (E 8)

Nesta categoria foi possível perceber de forma mais expressiva o sentimento de tristeza (7) entre as respostas das dez (10) mulheres abordadas.

Por ser uma prática um pouco traumática para as mulheres algumas sentem dificuldades ao falar sobre o aborto. Isto pode ser comprovado pelos resultados obtidos onde houve duas (02) declarações das mulheres sobre estar confusa em não conseguir ainda caracterizar o seu sentimento quanto ao aborto.

“Não sei, acho que não vou conseguir te explicar. Não consigo enxergar tudo isso agora.” (E4)

Outra categoria para sentimento quanto ao aborto se remeteu a noção de crime como um (01) dos onze (11) tipos de sentimentos, sendo demonstrado na fala :

“Muito ruim, sentimento de crime porque é um ser humano que esta vindo. Me arrependi muito interromper isso.” (E7)

Ainda sobre a questão, uma (01) resposta das onze (11) colocações feita pelas mulheres identificou-se indiferença do total de tipo de sentimentos relatados pelas usuárias. A indiferença também pode ser uma forma de não pensar sobre o assunto, ignorá-lo.

Nos casos de aborto provocado os sentimentos desenvolvidos pela mulher após o ato são os mais variados, carregados de culpa, vergonha por ter colocado fim à vida podendo vir a desenvolver uma perturbação psicológica grave. (Burke, 2006) No entanto esses não são os únicos sentimentos gerados após o aborto, pois, algumas mulheres sentem como um ato natural.

Sabe-se que nem sempre os atendimentos nos hospitais de casos abortivos são realizados de forma digna, ocorrendo alguns julgamentos às usuárias por parte dos profissionais. Mesmo assim, sete (07) das dez (10) usuárias entrevistadas relataram que ao chegar ao hospital anunciaram ter provocado aborto. Destas, seis (06) contaram a verdade porque não gostariam de mentir; uma (01) só contou porque a médica encontrou parte do medicamento abortivo na vagina.

Houve também três (03) das dez (10) mulheres entrevistadas que não contaram que havia realizado o aborto ao chegar na unidade. O motivo para omitir o fato foi declarado por medo de ser maltratada

“Porque senão eles iam ficar me maltratando.” (E6)

“Por que eu escuto várias vezes que maltrataram...” (E 9)

A partir do momento que a mulher é desrespeitada quanto a prática do aborto os direitos humanos das mulheres passam a ser violados como esclarece Cook (2004) tratando que a violação dos direitos humanos das mulheres é expresso a partir da

...ocorrência de violências pessoais e institucionais, que podem ocasionar, o risco de tratamento desumano, degradante e/ou constrangedor na assistência a saúde, a violação do direito a segurança pessoal, em razão de investigações policiais, processos judiciais e o encarceramento, e os riscos à integridade física e psicológica da mulher, decorrentes de abortos inseguros que realiza. (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p.417)

É importante que o profissional da área de saúde desenvolva esta noção para um atendimento humano e de qualidade às mulheres, independente de terem provocado aborto ou não.

Sobre o atendimento por parte dos profissionais no HMAF, das dez (10) mulheres 50% declararam terem tido um bom atendimento. As usuárias fizeram esta classificação a partir do momento que não foram agredidas moralmente pelos profissionais no ato do atendimento, mesmo relatando o uso de técnica abortiva.

“Me trataram muito bem, com respeito, mesmo depois que eu falei e foi tudo muito rápido.” (E9)

“Ninguém me maltratou e isso é bom.” (E 6)

“Fizeram, tudo, o médico foi muito bom, me tratou bem.” (E 4)

Com 30% das respostas as mulheres declararam que o atendimento havia sido ótimo. Novamente, as usuárias fizeram classificação mediante ao comportamento respeitoso dos profissionais mesmo tendo sido uma prática ilegal.

“Me trataram bem, sempre me examinando.” (E 3)

“Sei lá, porque eles me trataram bem mesmo sabendo o que eu fiz. É legal isso.” (E7)

Infelizmente falta orientação às mulheres de que esta conduta faz parte da conduta profissional, como é descrito melhor na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2005)

Cabe ao profissional adotar “atitude terapêutica”, buscando desenvolver escuta ativa e relação de empatia, que é a capacidade de criar comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 18)

Foi detectado 10% das resposta como atendimento regular. Este dado foi justificado devido aos maus tratos sofridos segundo a usuária

“Pelo fato de se saber que era aborto, não os médicos mas as enfermeiras me fizeram ignorância, a demora também no atendimento.” (E5)

Ainda sobre o atendimento no HMAF 10% declarou que o atendimento foi péssimo devido a maus tratos de profissional. A usuária expressou seu descontentamento da seguinte forma:

“A moça, acho que era enfermeira, estava cheia de ignorância. Foi péssimo mesmo.” (E2)

Apesar de ter sido apresentado dados negativos quanto ao atendimento foi possível detectar que dados positivos quanto ao atendimento foram maior, levando-se a conclusão de que os profissionais de saúde estão fazendo um atendimento adequado assim como sugere a Norma Técnica deste tipo de atendimento. Isso contribui para a qualidade do serviço prestado a população.

Visando compreender sobre a participação do companheiro na decisão sobre o aborto quatro (04) das dez (10) mulheres entrevistadas declararam que os companheiros foram a favor do ato abortivo. Dentro deste quantitativo houve um (01) caso em que a mulher foi obrigada pelo companheiro a realizar o aborto:

“Ele foi de acordo, me apoiou.” (E 1)

“Ele queria que eu abortasse como eu já falei. Ele me forçou a isso.” (E3)

“Ele concordou. Eu decidi mas ele concordou por causa da nossa situação. A gente não tem condições agora...” (E 7)

Este comportamento de imposição do desejo / vontade do homem sobre os interesses da mulher, coloca em evidência a necessidade urgente de se desenvolver ações educativas que contribuam para se desenvolver na sociedade uma cultura mais igualitária entre homens e mulheres, na qual o cuidado seja inerente as relações de gênero. Essa questão implica em abrir espaço, nas ações de saúde em especial nos grupos de planejamento familiar para acolher aos homens, isso porque não cabe apenas à mulher, mas também ao homem conhecer os mecanismos para a proteção de uma gravidez indesejada. No entanto as unidades de saúde não apresentam estratégias para acolher o homem neste espaço de política pública o qual ele tem direito, dificultando um amplo debate sobre a questão de cidadania reprodutiva existente tanto para o homem quanto para a mulher.

Verificou-se também que quatro (04) dos companheiros das usuárias declararam-se contra a prática do aborto sugerida pela mulher

“Ele foi contra, queria me matar quando ficou sabendo.” (E 2)

“Ele não queria mas quando ele viu já tinha feito, já tinha tomado.” (E 4)

“Ele nunca foi a favor. Ele não planejava o filho pois ele quer ir fundo na profissão. Mas ele falou: você é quem sabe. Pensei mais em mim do que nele. Ele não ia compartilhar mas não ia impedir. Ele sempre falou que se acontecesse ele ia ajudar a criar.” (E5)

Destacou-se também como dado, a declaração de duas (02) das mulheres que não participaram a seus companheiros quanto a decisão de abortar.

“Ele não sabe, eu que decidi sozinha.” (E 9)

“Ele não é a favor disso, fiz escondida e até hoje ele não sabe. Ele é uma pessoa de igreja, fere o princípio religioso. Abalou o relacionamento, ele vive jogando isso na minha cara, assim, ele desconfia. Ele ficou com raiva.” (E 10)

Esta é uma conduta um tanto quanto delicada isso porque o homem tem direito de saber que é pai. Esta atitude fere a figura paterna instituída pelo companheiro e também responsável pela gravidez, seja ela desejada ou não.

Sobre a expectativa de participação do companheiro, verificou-se que 70% das entrevistadas já esperavam pelo posicionamento explicitado pelo companheiro. Isso porque as usuárias já sabiam das dificuldades financeiras do companheiro, nos casos em que o companheiro foi a favor do aborto. Dos companheiros que eram contra o aborto as mulheres já esperavam esta atitude, pois eles desejavam o filho ou porque ele sempre declarou a opinião quanto a abortamento.

Das dez (10) mulheres abordadas 10% não esperavam o tipo de participação do companheiro, sendo melhor esclarecida na fala abaixo:

“A primeira vez que eu fiquei grávida ele me deu muito apoio, foi carinhoso agora ele disse que se eu tivesse o bebê que eu ia morar fora.” (E3)

Por não terem comunicado ao companheiro sobre o aborto 20% das participantes não puderam responder esta questão.

Quanto ao relacionamento com o companheiro após o aborto, das dez (10) mulheres abordadas três (03) declararam que não houve mudança no relacionamento, enquanto que cinco (05) declararam que o relacionamento havia sido abalado como relata as usuárias

“Assim, ele ficou meio chateado, discutiu um pouco ai depois ele parou.” (E 2)

“Meio abalado, da minha parte esta abalado. Eu tenho vontade de dar um soco nele. Parte culpa minha e dele que eu estou aqui. É horrível.” (E3)

“Senti ele meio assustado, seco, com raiva.” (E 8)

Das dez (10) usuárias entrevistadas duas (02) não puderam responder pois seus devidos companheiros desconhecem a realização do aborto praticado.

A demonstração de que a metade dos casos o relacionamento ficou comprometido se deve ao fato de que as opiniões quanto ao ato se divergiam em alguns casos não sendo então uma decisão de comum acordo. Este pode ser um indicativo de uma possível ausência de diálogo entre o casal sobre os métodos contraceptivos e seu devido uso assim como o diálogo sobre ter filhos e quando tê-los.

“Ele não queria, mas quando ele viu eu já tinha feito, já tinha tomado. Sabe por que, assim eu tinha muito pouco tempo com ele e eu fiquei insegura.” (E4)

Diante da decisão de abortar as usuárias forneceram onze (11) tipos de classificação de pessoas com as quais elas compartilharam primeiro sobre a decisão, sendo seis (06) casos compartilhados com algum tipo de familiar; três (03) decidiu compartilhar a decisão com o companheiro e dois (02) com amiga. Dentre estas respostas das dez (10) mulheres abordadas, estas fizeram a partilha de sua decisão geralmente com mais de uma pessoa chegando-se a onze (11) classificações.

Percebe-se como um dado significativo que não foi escolha da maioria o companheiro como primeira pessoa a discutir sobre a opção pelo aborto, as entrevistadas expressaram em maior número este posicionamento com a família de uma forma geral. Desenvolveu-se uma idéia de que esta decisão seria uma decisão do casal, porém, os dados indicam que primeiramente a mulher sente mais confiança e segurança em partilhar essa decisão com seus familiares e depois ao companheiro. Este é mais um indicativo de ausência de diálogo entre o casal.

Das dez (10) mulheres entrevistadas cinco (05) responderam que as pessoas com as quais elas compartilharam sobre a decisão lhe forneceram apoio e, cinco (05) declararam que não obtiveram apoio.

A mulher vivenciando uma situação como esta é essencial que ela encontre algum tipo de amparo e esclarecimento e não julgamentos. Em um momento complicado como uma gravidez indesejada e a decisão do ato abortivo, a mulher desenvolve sentimentos de solidão, culpa, medo, insegurança dentre outros. (Ministério da Saúde, 2005)

O apoio à mulher na situação de decisão sobre o aborto não se refere incentivá-la ao aborto inseguro e sim tentar fazê-la refletir os possíveis riscos e problemas que podem ser desenvolvidos com esse tipo de ato.

Buscando analisar como a mulher agiria caso pudesse retornar no tempo, identificou-se que das dez (10) mulheres abordadas cinco (05) teriam de fato realizado o aborto. Este dado pode ser

relacionado a delicada situação financeira que algumas mencionaram anteriormente.

“Nesse momento eu faria sim, porque tá muito difícil a situação. Tomaria o remédio sim.” (E 7)

“Tomaria o remédio do mesmo jeito, por causa das condições né?” (E 8)

Foi também identificado que quatro (04) não realizariam o aborto como demonstram as falas abaixo:

“Não tomaria, deixava o bebê nascer.” (E 3)

“Não teria feito. Teria enfrentado os obstáculos. Depois me senti muito vulnerável.” (E10)

“Sentaria com a minha mãe para conversar, pois ela não sabia que eu estava grávida. Quando passei mal ela se colocou ao meu lado. Talvez ela aceitasse meu filho se eu não tivesse tirado.” (E5)

Diante de uma gravidez não planejada a mulher visa uma coisa: resolver o problema. Independente das complicações que possam surgir com a técnica para solucionar o problema o que na verdade importa é que de alguma forma o problema acabe. Assim, no ato do desespero algumas mulheres usam de técnicas arriscadas para o aborto e depois conseguem analisar que teriam outras soluções.

Ainda referente à questão estudada, uma (01) das dez (10) mulheres não soube responder qual seria sua atitude, demonstrando-se bastante confusa com tudo o que se passava. A confusão certamente indica o sofrimento psíquico que muitas mulheres desenvolvem quando da realização do aborto.

3.3.3 - PLANEJAMENTO FAMILIAR:

Dentre as dez (10) usuárias abordadas houve doze (12) colocações de possíveis métodos contraceptivos que elas pretendem usar. Foi indicado para possível uso de métodos hormonais sete (07) das sugestões fornecidas pelas usuárias, três (03) método de barreira e uma (01) referente a método definitivo. Detectou-se também em uma (01) das respostas, dúvidas de qual método usaria. Chegou-se a doze (12) colocações por parte das dez (10) mulheres pois estas (2 usuárias) indicaram a possibilidade do uso de dois métodos.

Dentre os métodos hormonais foram citados a pílula e a injeção. Sobre os métodos hormonais, estes são feitos a base de hormônios para a inibição da ovulação.

De acordo com a Norma Técnica de Abortamento do Ministério da Saúde (2005) o uso de

métodos hormonais injetáveis vem demonstrando ser mais eficiente, pois não há o problema do esquecimento, levando a gravidezes indesejadas e possíveis abortos. Mesmo assim, a pílula não é descartada como um método eficiente sendo de grande importância que as mulheres sejam orientadas de como usá-la. É importante que a mulher seja orientada de que estes métodos não protegem de DST's sendo necessário o uso de camisinha.

Sobre a esterilização a usuária precisa ser informada que o método é irreversível no SUS e que ela precisa ter certeza desta decisão de realizar o procedimento. Este é um método definitivo assim como a vasectomia realizada em homens, pois o SUS não dispõe de serviços que garantam a reversão.

Percebe-se na pesquisa que nenhuma usuária mencionou o possível uso de métodos comportamentais. Estes estão relacionados a mudanças do comportamento sexual apresentando pouca eficácia, dentre eles a tabelinha e o coito interrompido.

Foi questionado às usuárias se elas sabiam o que era Planejamento Família, onde 90% declararam que sim, sabem o que era ou já ouviram falar sobre e, apenas 10% disse não. Mesmo não sendo um número não muito expressivo houve indicativo de desconhecimento do Planejamento Familiar. Assim, é importante ressaltar a necessidade de divulgar este programa às mulheres, seja na mídia, nas consultas com ginecologista, nas escolas através de trabalhos na área da educação sexual. Ademais, saber o que é o Planejamento Familiar não significa, como vimos, fazer uso de algum método contraceptivo, pois embora 90% conhecesse o Planejamento Familiar, apenas 60% já participou de um grupo e destas, somente 40% faz uso de algum método contraceptivo.

Do grupo de dez (10) usuárias entrevistadas 60% responderam que já haviam participado do Grupo de Planejamento Familiar. Para estas mulheres a participação no grupo é importante porque contribui para a segurança da mulher em nível de cuidados com a saúde sexual e reprodutiva. (colocação de 02 usuárias das 10 abordadas)

As mulheres também citaram que a participação no Planejamento Familiar é importante para que elas possam conhecer melhor os métodos (03 das 10 usuárias). Segundo Pelissari (2006)

A mulher sem informação não pode ser qualificada de cidadã, pois, lhe foi tolhido o pleno gozo de seus direitos ao lhe ser negado o acesso a dados que poderiam influir nas sua decisão sobre assuntos relacionados a sexualidade. (PELISSARI, 2006)

Sendo assim, não basta fornecer o método mas também se faz importante orientar o uso através de trabalhos educativos.

Foi expresso pelas usuárias sobre o seu interesse na participação do Planejamento Familiar para realizar a laqueadura (01 das 10 usuárias). Faz-se necessário que a usuária conheça a lei referente ao Planejamento Familiar que institui a laqueadura tubária permitindo ao homem e a

mulher com mais de vinte e cinco (25) anos ou com dois (02) filhos vivos; também a casos de risco de vida a saúde da mulher ou até mesmo do feto²⁸. Além disso, se faz essencial que a mulher tome conhecimentos de todos os métodos contraceptivos para depois tomar a decisão de realizar a laqueadura tubária que é um método irreversível.

Das dez (10) mulheres 40% nunca participou do Planejamento Familiar, isso porque as usuárias alegaram que não se interessava (uma das dez usuárias), o horário de trabalho dificulta a participação (01 das 10 usuárias), dificuldade no acesso ao Planejamento Familiar (uma das dez usuárias) e nunca tinha ouvido falar do Planejamento Familiar (uma das dez usuárias). Mediante estes dados, é importante descrever neste estudo que é fundamental esclarecer a noção de direito positivo que se refere à oferta de direitos à população, seja pelo Estado ou por outra instituição, de forma a garantir assistência a quem solicita. O direito não tem valor se o usuário não puder ter acesso ou adquirir do serviço garantido por lei. (Cook; Dickens; Fathalla, 2004)

Procurou-se conhecer a opinião das usuárias quanto ser mãe. Das dez mulheres abordadas 100% responderam que sim, é um direito da mulher. Dentre essas seis (06) responderam que a mulher tem direito de escolher ser mãe porque é ela quem sabe o momento certo de ter um filho, e também remete às possibilidades de criá-lo:

“É um direito dela, ela está vendo as condições dela. Não é justo a pessoa não tem condições de dinheiro e ser mãe.” (E4)

De acordo com Kumar (2004) a mulher tem direito à escolha, mas esta deve ser baseada em informações precisas

A escolha de uma mulher deve ser fundamentada em informações completas e precisas, bem como na oportunidade de fazer perguntas e expressar suas preocupações para profissionais de saúde instruídos. (KUMAR, 2004)

Ainda sobre o direito de escolher ser mãe, quatro (04) das dez (10) usuárias relataram que a mulher tem sim esse direito porque existem muitos métodos contraceptivos para lhe ajudar quando ela não planeja ter filhos:

“Acho que tem, mas tem que se cuidar, tomar remédio, camisinha pra depois não engravidar e ter que fazer isso (aborto).” (E3)

Para que a mulher possa fazer a melhor escolha quanto ao método contraceptivo, ela precisa estar bem informada por um profissional de saúde para que haja a liberdade de escolha (Ministério da Saúde, 2006). Como o acesso à informação é um direito sexual e reprodutivo “...*clama-se aqui*

²⁸ Lei 9263/96.

pela interferência do Estado, no sentido de que implemente políticas públicas garantidoras do direito à saúde sexual e reprodutiva.” (Piovesam, 200?)²⁹

Sem a devida atenção por parte de políticas públicas a essa questão os direitos sexuais e reprodutivos acaba por comprometer a concretização destes direitos, o que implica em deixar a população cada vez mais exposta aos riscos de DST's, gravidez indesejada e abortos inseguros.

Diante desses dados foi possível perceber que o aborto provocado foi causado pelo grande nível de desinformação das usuárias abordadas. Desinformação esta que se vincula ao seu grau de instrução geral; quanto ao seu conhecimento sobre o seu corpo; quanto as variadas maneiras de se evitar uma gravidez indesejada; desinformação também referente aos riscos que o aborto inseguro oferece à mulher.

CONCLUSÃO

²⁹ Extraído do site ESMPU.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso detectou os reais motivos para a prática do aborto provocado das usuárias do Hospital Maternidade Alexander Fleming, assim como sua concepção quanto ao ato.

O acesso da população menos favorecida ao sistema de educação brasileira, aos cursos superiores principalmente, demonstram-se cada vez dificultados por variados fatores. Assim, foi possível identificar que as usuárias apresentaram um nível de escolaridade relativamente baixo mediante as exigências do mercado de trabalho atual. Dessa forma, as mulheres que declararam terem menos anos de estudos encontram-se desempregadas. O grau de instrução apresentado por um indivíduo se faz necessário para a conquista de vaga no mercado de trabalho atualmente bastante exigente e, conseqüentemente contribui para que lhe seja proporcionado melhores condições de vida. No universo estudado, o baixo grau de escolaridade influencia diretamente na exclusão do mercado de trabalho. Em vista disso, uma proposta apresentada para esta problemática seria o estímulo e informação por parte do Serviço Social às usuárias quanto aos serviços de formação profissional de forma que a equipe do Serviço Social leve às usuárias a importância de se melhorar o seu grau de escolaridade proporcionando assim a sua melhor inserção no mercado de trabalho.

No que se refere ao desejo da gravidez, os resultados indicaram que a maioria das usuárias não havia planejado ou desejado a gravidez. As mulheres, sem o devido acesso a informação referente a questões contraceptivas, acabam por engravidar de forma indesejada levando em alguns casos à prática do abortamento. Concomitantemente, a maioria das mulheres declarou não fazer uso de nenhum método contraceptivo. Com este resultado percebe-se a dificuldade de acessibilidade aos métodos contraceptivos. Essas limitações de acesso tanto das informações quanto aos próprios métodos é agravada pelas políticas neoliberais, afetando a implementação das políticas de saúde. Percebe-se com isso que as ações propostas pelo PAISM não são amplamente estendidas a todas as mulheres em idade reprodutiva. Dessa forma, propõe-se viabilizar ações interdisciplinares entre postos de saúde e escolas, de maneira que os adolescentes e jovens iniciem sua vida sexual sendo detentores de informações corretas. Essa seria uma maneira de se evitar conseqüências inesperadas como gravidez precoce, aborto inseguro e DST's/ AIDS.

A prática de abortos inseguros pode acarretar em graves problemas de saúde além de contribuir para o aumento do índice de morte materna. No caso em estudo as conseqüências imediatas fazem-se sentir principalmente na saúde psíquica das usuárias que apresentam sentimentos recorrentes a tristeza, mágoa e arrependimento face ao aborto provocado. As usuárias compreendem que a maior conseqüência pela prática do aborto se remete a conseqüências psicológicas sendo pouco expressivo o conhecimento destas mulheres quanto aos males físicos e reprodutivos proporcionados pelo aborto inseguro. Assim, detectou que a ausência de informação

sobre os malefícios do aborto provocado contribuiu para o ato abortivo. Uma proposta para este quadro problemático seria inserção nos grupos de planejamento familiar a discussão referente ao aborto contribuindo para que a mulher tenha acesso não somente às informações sobre contraceptivos mas também ao acesso a informações sobre os males para a saúde que o aborto provocado proporciona à saúde da mulher.

O aborto é definido pelas mulheres como um ato incorreto e criminoso, havendo indicações expressivas de culpa e tristeza. O desenvolvimento destes sentimentos é um forte indicativo para um possível trauma psicológico. Esta situação é agravada com a ausência de encaminhamento destas mulheres a setores de psicologia para um período de acompanhamento, contrariando assim o que prescreve a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2005). Este documento define que é de responsabilidade da equipe de saúde mental e do Serviço Social a tensão imediata e encaminhamento, quando necessário, para situações em que a mulher demonstra abalo emocional.

As mulheres que utilizam técnicas arriscadas para o aborto temem ir para o hospital por conta da atitude discriminatória dos profissionais, no entanto na pesquisa realizada percebeu-se que a maioria preferiu contar a verdade sobre a opção do aborto provocado a ter que mentir. Isso porque segundo as usuárias, os médicos saberiam identificar que foi um aborto provocado. Dessa forma foi possível perceber que as mulheres contam a verdade com medo de mentirem e serem mais maltratadas. Mesmo falando do ato abortivo houveram usuárias que declararam terem sido maltratadas pelos profissionais por conta do aborto. Entretanto, de forma positiva, a equipe de saúde em particular os médicos fizeram seus atendimentos bem avaliados pelas usuárias, cumprindo o que prescreve a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto (2005). No entanto, em vista dos casos de maus tratos dos profissionais às usuárias, mesmo tendo sido indicado em proporções menores, propõe-se promover capacitação profissional de forma a humanizar a assistência às mulheres em quadro de aborto provocado.

A pesquisa demonstrou que a decisão pelo aborto, seja de forma compartilhada com o companheiro ou não, trouxe problemas conjugais ou no relacionamento após o ato. Isso se dá principalmente pela conduta do companheiro em acusar a mulher pelo ato e até mesmo por engravidar sem o seu conhecimento. Neste ponto vale ressaltar que o cuidado contraceptivo deve ser de responsabilidade mútua tanto para a mulher como para o homem. Entretanto, no universo pesquisado observa-se a tendência de culpar a mulher não só pela gravidez como pela opção do aborto.

Diante da problemática que estas mulheres sofreram, foi declarada a pretensão do uso de algum método contraceptivo a fim de prevenir quanto a novas gravidezes não desejadas. Elas demonstraram temer a vivência de um novo aborto.

Mesmo sendo indicada a participação de uma parcela das mulheres em grupos de

planejamento familiar, foi declarado por elas que, embora elas tivessem feito a escolha pelo uso de um método contraceptivo na rede pública, nem sempre havia oferta do método por elas escolhido nos serviços de saúde. Percebe-se que a informação e o acesso ao método formam uma parceria importante para os cuidados de contracepção, parceria esta que não foi indicada nos dados da pesquisa, sendo este um fator que se destacou dentre outros na realização da pesquisa. Os resultados não são eficazes quando a mulher possui a informação contraceptiva mas não possui acesso aos métodos. Através deste dado chega-se a conclusão que as mulheres possuem certa dificuldade no acesso aos métodos contraceptivos, o que favoreceu para as gravidezes não desejadas e conseqüentemente aos abortos inseguros. Esse resultado também indica que a qualidade dos serviços de saúde não está seguindo as devidas exigências de ação no âmbito do PAISM, isso porque de acordo com o Programa o acesso as informações e aos métodos contraceptivos de forma gratuita e continuação de sua oferta é apresentado como garantia às mulheres. Assim, percebe-se uma falha quanto a cobertura das ações garantidas pelo PAISM, demonstrando-se a necessidade de melhor expansão das ações quanto a prevenção para o exercício seguro da sexualidade e reprodução do cidadão. Diante deste quadro propõe-se uma avaliação quanto aos serviços de planejamento familiar prestados aos usuários, de maneira a averiguar a qualidade deste serviço prestado à população uma vez que as mulheres têm dificuldade de acesso aos métodos e mesmo participando do grupo de planejamento familiar demonstram um certo grau de desinformação quanto à contracepção.

Diante dos resultados desta pesquisa propõe-se que sejam desenvolvidas melhoras quanto ao acesso, informação e assistência referentes à saúde sexual e reprodutiva. As questões relacionadas às informações devem envolver assuntos sobre métodos contraceptivos e seu acesso; riscos sobre abortos inseguros e informações sobre o aborto legal, sendo este um direito da mulher de acordo com as exigências da lei.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANDALAF, Jorge Neto; ROCHA, Maria Izabel Baltar. A questão do aborto - aspectos clínicos, legislativo e políticos. In: BÉRQUO, Elza (Org.) **Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. Campinas: Ed. UNICAMP, 2003, p. 257-296.

AQUINO, Estela M.L Adolescência e reprodução no Brasil: heterogeneidade dos perfis sociais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19, p.S377-S388, 2003.

ARILLHA, Margareth. Políticas Públicas de Saúde, mulheres e DST's / AIDS: Reajustando o olhar. **Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro, nº 4, p.5-19, 2002.

ASSIS, S.G.; DESLANDES, S.F. Abordagens Quantitativas e Qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F. (org.) **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 195-223.

ÁVILA, Maria B.; GOUVEIA, Taciana. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina M (org.) **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996, p. 160-172.

ÁVILA, Maria B. Direitos Sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19, p.465 – 469, 2003.

ÁVILA, Maria B; CORREA, Sonia. Direitos sexuais e reprodutivos – Pauta global e percursos

brasileiro. In: BERQUÓ, Elza (org.) **Sexo e vida – Panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Ed. UNICAMP, 2003, p. 17-41.

BANDEIRA, L. Relações de Gênero, Corpo e Sexualidade. In: GALVÃO, L.; DÍAS, J. (org.) **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999, p. 180-197.

BAPTISTA, Ana P. C. Processo de Implementação do Aborto Legal no SUS: O debate atual na visão dos diferentes atores sociais envolvidos nesta questão. Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

BARBOSA, Regina M; VILLELA, Regina W. Repensando as relações entre gênero e sexualidade... In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina M (org.) **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996, p. 189-199.

BARTOLOMEI, C. E. F.; CARVALHO, M. S.; DELDUQUE, M.C. **Introdução: Legislação em Saúde**. Jan. 2004. Disponível em www.itd.bvs.br, acesso em 19/11/2006.

BASTOS, Janete Duarte. Planejamento Familiar numa perspectiva democrática: a cidadania em questão. Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL, Decreto nº 99.060, de 07 de março de 1990. Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS ao Ministério da Saúde.

BRASIL, Tribunal Superior da Trabalho, Enunciado n. 260. 06/11/1986.

BRASIL, Planejamento Familiar Lei nº 9263 de 12 de Janeiro de 1996.

BRÍGIDO, Carolina. O início da vida na justiça. **O Globo**. Rio de Janeiro, 8 abril 2007. Caderno Ciência, p.38.

BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas brasileiras de Seguridade Social: Saúde. In: Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 03-Política Social. Brasília: CFESS-ABEPSS. CEAD /Ned-UNB; 2000, p. 103,115.

BURKE, Theresa. Aborto e Depressão (I). 12 março 2006. Disponível em <http://www.acea.org.br/verartigo.php?id=31>. Acesso em: 11 julho 2007.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. Política de Saúde e Serviço Social. In: CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; REZENDE, Ilma (Org.) Serviço Social e Políticas Sociais. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006, P. 67-82.

CHIZZOTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991. 164p.

COOK, Rebecca J.; DICKENS Bernard M.; FATHALLA Mahmoud F. Saúde Sexual e Reprodutiva. In: COOK, Rebecca J.; DICKENS Bernard M.; FATHALLA Mahmoud F. **Saúde Reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004, P. 08 -34.

_____. Ética. In: COOK, Rebecca J.; DICKENS Bernard M.; FATHALLA Mahmoud F. **Saúde Reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004, P. 63-97.

_____. Resposta a um pedido de interrupção de gravidez. In: COOK, Rebecca J.; DICKENS Bernard M.; FATHALLA Mahmoud F. **Saúde Reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004, P. 351-361.

_____. Aborto Seletivo. In: COOK, Rebecca J.; DICKENS Bernard M.; FATHALLA Mahmoud F. **Saúde Reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004, P. 369-390.

_____. Prisão de uma mulher por aborto e denúncia médica. In: COOK, Rebecca J.; DICKENS Bernard M.; FATHALLA Mahmoud F. **Saúde Reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004, P.408-422..

_____. Princípios de Direitos Humanos. In: COOK, Rebecca J.; DICKENS Bernard M.; FATHALLA Mahmoud F. **Saúde Reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004, P.152-220.

DAME, Luiza; GIS, Chico. “Que haja o debate”, diz Lula sobre o aborto. **O Globo**. Rio de Janeiro, 16 maio 2007. Caderno O País, p. 3.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em Pesquisa Social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, [199--]

DIAS, Simone Monteiro; LIMA, Jeanne de Souza. Mulher: as determinações do seu acesso às ações de PAISM. Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

ÉBOLI, Evandro. Aborto de alto risco é a terceira cauda de morte materna no país. **O Globo**. Rio de Janeiro, 20 maio 2007. Caderno O País, p.3.

FAÚNDES, Aníbal; HARDY, Ellen; OSIS, Maria José D.; RODRIGUES, Telma. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. **Revista de Saúde Pública**, [S.I], 30 (5), p. 444-451, 1996.

GARBAYO, Luciana Sarmento; PITANGUY, Jacqueline. Aborto Legal: uma discussão jurídica. In: Relatório do Seminário A IMPLANTAÇÃO DO ABORTO LEGAL NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE, 1995, Rio de Janeiro, p. 3-59

GIFFIN, Karen. Aborto Provocado: o que pensam os médicos de quatro hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, vol. 105, nº4, p. 121-126, abril 1995.

GOMES, Luciano Silva. Planejamento Familiar: Do controle da natalidade à reprodução humana, três décadas de contradições e avanços. 2005. 200 f. Dissertação (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

IBAM. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**: uma abordagem qualitativa de experiências desenvolvidas no âmbito das secretarias municipais de saúde. Rio de Janeiro: IBAM, nov. 1994, p.7-14.

IBANEZ, Nelson; QUEIROZ, Marcos S.; VIANA, Ana L. Implementação do Sistema Único de Saúde: Novos relacionamentos entre os setores público privado no Brasil. **Revista Brasileira de Administração Pública e Privado no Brasil**, Rio de Janeiro, V. 29, 1995.

KUMAR, Anu. O que é Atenção Integral ao Abortamento e com ênfase na mulher? **IPAS**, Rio de Janeiro, 2004.

LEAL, Ondina Fachel. Corpo, sexualidade e aborto. In: DEBERT, Guita G.; GOLDSTEIN, Donna M. (org.) **Políticas do Corpo e o Curso da Vida**. São Paulo: Sumaré, 2000, 89-107.

LOUREIRO, David C.; VIEIRA, Elisabeth M. Aborto: Conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos legais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, nº 03, p. 679-688, maio – junho 2004.

MATEOS, S. B.; LAGO, C. Quando a Lei mata. **Atenção**, [S.I], p.9-15.

MENDONÇA, Ricardo. Com diploma sem emprego. Revista Época. Rio de Janeiro, maio 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 4ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 80p.

Ministério da Saúde, **Assistência ao Planejamento Familiar-Normas e Manuais Técnicos**. [19--]

_____. **Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à Mulher.** Brasília, 2001.

Ministério da Saúde, **O sistema público de saúde brasileiro.** Brasília, 2002.

Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento.** Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, nº 4. Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

Ministério da Saúde. **Direito Sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Série Direitos Sexuais e Reprodutivos, n.2. Ministério da Saúde, Brasília, 2006

MONKEN, Mario Hugo. Clínica fechada em Madureira. **O Dia.** Rio de Janeiro, 21 abril 2007. Caderno Saúde, p. 20.

MOTA, J. A.C; OLIVEIRA, F. Saude da mulher e direitos reprodutivos. In: Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: dossiês. **Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.** São Paulo, 2001, p.157-184.

NETO, E. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Textos técnicos para conselheiros de saúde. **Incentivo a participação popular e controle social no SUS.** Brasília: IEC, 1994, p. 7-17.

NOGUEIRA, Oracy. O questionário. In: NOGUEIRA, Oracy. Pesquisa Social.. São Paulo: Ed Nacional, 1964, p. 120-127.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 14 (supl.1), p. 25-38, 1998.

OLIVEIRA, Pâmela. Camelô vende remédio abortivo. **O Dia.** Rio de Janeiro, 15 abril 2007. Geral, p. 03

_____. Receita a não ser seguida. **O Dia.** Rio de Janeiro, 16 de abril 2007. Caderno Geral, p. 14.

_____. Internet dá acesso fácil a abortivos. **O Dia.** Rio de Janeiro, 17 abril 2007. Caderno Geral, p. 10.

_____. Clínica Guardava Cytotec. **O Dia.** Rio de Janeiro, 18 abril 2007. Caderno Geral, p. 22.

_____. Debate já ganha as ruas. **O Dia.** Rio de Janeiro, 19 abril 2007. Caderno Saúde, p. 17.

_____. Polícia investiga venda de abortivo na rua. **O Dia.** Rio de Janeiro, 20 abril 2007. Caderno

Saúde, p. 20.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases Conceituais da Reforma Sanitária brasileira. In: **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 11-24.

PAVONE, Frank A. Aborto: mortes preveníveis e evitáveis. **Portal da Família**. Disponível em www.portaldafamilia.org

PANDJIARJIAN, Valéria; PIMENTEL, Silvia. Aborto: discriminar para não discriminar. **Jornal da Rede Saúde, [S.I]**, nº21, set. 2000.

PELISSARI, Márcia. Planejamento Familiar, sexualidade, aborto e inclusão social. **Recanto das Letras**. Disponível em www.recantodasletras.uol.com.br/textosjuridicos/127958. Acesso em 17/03/2007

PIOVESAN, Flávia. Direitos Reprodutivos. Disponível em www.esmpu.gov.br.

PISCITELLI, Adriana. Reflexões em torno do gênero e feminismo. In: COSTA, Claudia de Lima; SCHMIDT, Simone Pereira. **Poéticas e Políticas feministas**. São Paulo: Mulheres, 2004, 43-66.

TAMAKA, A. C. A. Mortalidade Materna. In. Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: dossiês. **Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos**. São Paulo, 2001, p.27-40.

SEGATTO, Cristiane. Aborto: sim ou não? **Revista Época**. Rio de Janeiro n. 465, p. 82-95, abril 2007.

SCHMIDT, Márcia. Aborto e bioética. **Cadernos**, [s.i], nº 211, p. 32-35, julho / agosto 1999.

SESP. Coleção Políticas Prioritárias do INAMPS. Disponível em www.sesps.pa.gov.br. Acesso em 19/06/2007.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto Clandestino**: uma realidade latino-americana. Nova Iorque, [s.n], 1994.

TIAGO, Ediane. Aborto: você decide. **Valor**. São Paulo, 13, 14, 15 abril 2007. Valor Eu &, p. 4-7.

www.ipas.org.br/dimensao.html



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 23A/2007

Rio de Janeiro, 12 de março de 2007.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 19/07

TÍTULO: Aborto provocado: opção ou desinformação.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Magdala Vasconcelos de Araújo Silva.

UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Maternidade Alexander Fleming.

DATA DA APRECIÇÃO: 12/03/2007.

PARECER: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO A – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

ANEXO B – Questionário de entrevista.

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA:

I-Perfil sócio-econômico:

1. Idade: _____

2. Grau de instrução:

- a) ☐ analfabeto
- b) ☐ ensino fundamental completo
- c) ☐ ensino fundamental incompleto
- d) ☐ ensino médio completo (2º grau)
- e) ☐ ensino médio incompleto
- f) ☐ ensino superior completo
- g) ☐ ensino superior incompleto
- h) ☐ outros _____

3. Trabalha:

- ☐ sim ☐ não

Profissão/ocupação: _____

- e) ☐ empregado
- f) ☐ empregador
- g) ☐ autônomo
- h) ☐ membro da família sem remuneração
- i) ☐ outro _____

4. Carga horária semanal de trabalho:

- a) ☐ menos de 40 horas
- b) ☐ de 40-44 horas
- c) ☐ 45 ou mais

5. Valor da remuneração:

- a) ☐ até um salário mínimo
- b) ☐ acima de 1, até 3 salários
- c) ☐ acima de 3, até 6 salários
- d) ☐ acima de 6 salários mínimos

6. Moradia atual:

- a) ☐ própria
- b) ☐ alugada
- c) ☐ cedido
- d) ☐ outros

7. Com quantas pessoas você reside?

II-MATERNIDADE

8. Quantos filhos você tem? _____

9. A gravidez de seus filhos foi planejada/desejada?

- ☐ sim ☐ não

10. Utilizava algum método contraceptivo?

() sim () não

qual: _____

11. Você já realizou algum aborto?

12. Por que você fez a opção pelo aborto?

12.1 Como ficou sua vida sexual após o aborto, caso este não tenha sido o primeiro aborto?

12.2 Você identificou algum problema de saúde após a prática do aborto?

13. O que você sentiu quando realizou o aborto?

14. Que conseqüências o aborto trouxe para sua vida?

() física () moral

() psicológica () social

() outros _____

15. Para você aborto é: _____

16. Qual o sentimento que vem a sua mente quando você lembra que praticou o aborto?

17. Ao chegar ao hospital você comunicou que havia realizado aborto?

() sim () não

por quê? _____

18. Como foi o atendimento por parte dos profissionais de saúde na enfermaria ?

() ótimo () bom

() regular () ruim

() péssimo () outros _____

por quê? _____

19. Qual a participação do seu companheiro quanto à decisão de abortar?

20. Essa participação correspondeu com o que você esperava?

() sim () não

por quê? _____

21. A partir dessa notícia como ficou o relacionamento de vocês?

22. A quem você recorreu para falar sobre a decisão do aborto?

23. Qual a posição desta pessoa?

24. Se você pudesse voltar ao período anterior do aborto o que você faria?

25. Após esta experiência, pretende usar algum método contraceptivo?

() sim () não

qual? _____

26. Você sabe o que é Planejamento Familiar?

() sim () não

27 Você já participou de algum grupo de Planejamento Familiar?

() sim () não

por quê? _____

28. Na sua opinião, a mulher tem o direito de escolher sobre ser mãe ou não?

() sim () não

por quê? _____

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você esta sendo convidado para participar de uma pesquisa intitulada “Aborto provocado”, que tem como objetivo identificar percepção, sentimentos, causas e conseqüências da pratica do aborto provocado das usuárias do Hospital Maternidade Alexander Fleming.

Suas respostas serão tratadas de forma autônoma e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição de ensino.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em responder um questionário que conterà perguntas sobre alguns dados pessoais, sobre a maternidade e sobre aborto.

Você receberá uma copia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, e demais membros da equipe, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Telefone da pesquisadora principal profª Doutora da Escola de Serviço Social da UFRJ
Mª Magdala V. da Silva : 8147-8153

Telefone da acadêmica da Escola de Serviço Social da UFRJ

Eliane R. Marques: 8739-2453

Comitê de Ética em Pesquisa-Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Telefone: (21) 2293-5549

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Assinatura da entrevistada.