



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA JULIANA BARBOSA DE MIRANDA

**A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE ABORTO: UMA ANÁLISE CRÍTICA DESSA TEMÁTICA
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Campina Grande
2011**

MARIA JULIANA BARBOSA DE MIRANDA

**A PERCEÇÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE ABORTO: UMA ANÁLISE CRÍTICA DESSA TEMÁTICA
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ms. Maria Do Socorro Pontes de Souza

**Campina Grande
2011**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

M672p Miranda, Maria Juliana Barbosa de.

A percepção da equipe de profissionais de saúde sobre aborto [manuscrito] : uma análise crítica dessa temática na estratégia de saúde da família / Maria Juliana Barbosa de Miranda. – 2011.

30 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza, Departamento de Serviço Social”.

1. Aborto. 2. Atenção Básica. 3. Direitos Reprodutivos. 4. Gênero. 5. Serviço Social. I. Título.

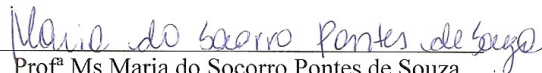
21. ed. CDD 362.582

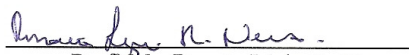
MARIA JULIANA BARBOSA DE MIRANDA

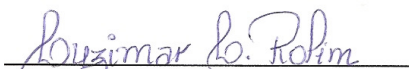
**A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE ABORTO: UMA ANÁLISE CRÍTICA DESSA TEMÁTICA
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em 19 de Agosto de 2011.


Prof^ª Ms Maria do Socorro Pontes de Souza
Orientadora


Prof^ª Ms. Renata Lígia R. Neves.
Examinadora


Luzimar Lacerda Rolim - Assistente Social da Estratégia de Saúde da Família
Examinadora

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CNPPM	Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIM	Programa de Assistência Integral a Mulher
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa de Saúde da Família
SPM/PR	Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres da Presidência da República
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 ABORTO E DIREITOS REPRODUTIVOS: ALGUMAS REFLEXÕES	8
3 O ABORTO E SEUS ASPECTOS LEGAIS	11
4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DO SUS: LIMITES E POSSIBILIDADES	16
5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29

A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE ABORTO: UMA ANÁLISE CRÍTICA DESSA TEMÁTICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Juliana Barbosa de Miranda

RESUMO

Este artigo analisa a percepção da equipe de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), nas Unidades Básicas de Saúde da Família I e II do bairro Monte Castelo no Município de Campina Grande-PB, acerca do aborto. O estudo configurou-se numa abordagem qualitativa dos dados coletados, numa perspectiva histórico-crítica. Utilizamos como instrumentos de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada, a observação participante, além da pesquisa documental e bibliográfica. Realizou-se entrevista com 17 profissionais da Estratégia Saúde da Família no referido município. Dentre os principais resultados da pesquisa, identificamos que a falta de capacitação dos profissionais em discutir determinadas temáticas como a do aborto, por exemplo, é um dos limites vivenciados na Saúde da Família.

Palavras-Chave: Aborto. Gênero. Direitos Reprodutivos. Atenção Básica

ABSTRACT

This article examines the perception of the professional staff of the Family Health Strategy (FHS) in the Basic Family Health I and II of the Castle Hill neighborhood in the city of Campina Grande-PB, about abortion. The study turned out to be a qualitative approach of data collected, historical-critical perspective. We used as instruments for data collection, the semi-structured interviews, participant observation, in addition to archival research and literature. We conducted interviews with 17 professionals from the Family Health Strategy in that municipality. Among the main results of the survey, we found that the lack of qualified professionals to discuss certain issues such as abortion, for example, is one of the limits experienced in Family Health.

Keywords: Abortion. Gender. Reproductive Rights. Primary Care

1 INTRODUÇÃO

No Brasil a questão do aborto se insere num contexto de precariedade do sistema de saúde, se constituindo num grave problema de saúde pública, exigindo uma reorientação no modelo de assistência à saúde da mulher, principalmente no que se refere à atenção destinada a esta na atenção primária realizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil é responsável por cerca de 1,44 milhões de abortos provocados ou espontâneos por ano, representando o equivalente a uma média de 3,7 para cada 100 mulheres. Dentre estes, os realizados de maneira insegura e ilegal são responsáveis pela morte de 180 a 360 mulheres por ano no país, sendo outro fator importante a ser destacado, é que as mulheres pobres, jovens com idade entre 10 e 14 anos e nordestinas são mais vulneráveis aos abortos inseguros (WEBER, 2011).

Vale ressaltar que, a temática do aborto encontra-se inserida no âmbito das relações de submissão e opressão vivenciadas pelas mulheres tanto culturalmente, como socialmente, deixando a margem esse grave problema de saúde pública que envolve a saúde e a vida das mulheres em nossa sociedade.

De acordo com Louro (1997, p. 120), “a segregação política e social as quais as mulheres historicamente foram submetidas, teve como consequência sua ampla invisibilidade como sujeito, inclusive como sujeito da ciência.” Com isso tornou-se lugar comum das mulheres o espaço doméstico e o mundo privado como sendo verdadeiros espaços femininos, além da adoção de aspectos biológicos como explicadores dessas divisões de condutas, lugares e estereótipos, como maneira de justificar as desigualdades sociais.

Para uma melhor compreensão dessas relações responsáveis por todas as formas de opressão as quais as mulheres foram submetidas ao longo dos anos, faz-se necessário entender a categoria analítica gênero, atualmente utilizada para diferenciar e explicar o que fora historicamente atribuído aos homens e mulheres em nossa sociedade.

Sendo assim, “as relações de gênero se constituem num elemento constitutivo das relações sociais, fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, sendo um primeiro modo de dar significação às relações de poder” (SCOTT, 1995 apud SANTOS; ARAÚJO, 2007). Homens e mulheres só se constroem enquanto seres humanos estando em relação uns com os outros, no entanto, em nossa sociedade essas relações historicamente estão marcadas como sendo o gênero a primeira forma de dar significado as relações de poder.

O gênero, de acordo com Scott (1995), é construído socialmente e se materializa nas ações cotidianas, nas discussões, nos discursos, nas atitudes, enfim, em todos os lugares e espaços possíveis de convivências sociais. Desta forma, o conceito de gênero sinaliza as relações entre homens e mulheres como sendo construções culturais, as quais trataram de construir socialmente também as idéias e os papéis estabelecidos aos seres sociais.

O presente estudo traz sua relevância na medida em que, faz-se necessário a realização de pesquisas que contribuam para análise de tal temática. Diante disso, analisar a percepção de tais profissionais tornou-se instigante devido à constatação da presença majoritária de mulheres no atendimento prestado pelas equipes de profissionais da ESF do bairro do Monte Castelo, no Município de Campina Grande-PB. A partir da inserção em tal espaço através do estágio supervisionado em Serviço Social no período de setembro do ano de 2009 a dezembro de 2010, é que surge nossa curiosidade de identificar como estas profissionais entendem as relações de gênero e de poder que perpassam o âmbito da reprodução social.

A ação investigativa partiu de três eixos: o primeiro através da observação participante, o segundo através de informações secundárias, por meio da pesquisa bibliográfica e o terceiro a partir de obtenção de dados primários, através das informações obtidas junto à equipe de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio de entrevistas semi-estruturadas gravadas. Quanto ao método de análise, utilizamos a análise de conteúdo por compreender que esta nos possibilitaria uma melhor compreensão da realidade investigada.

Nessa perspectiva, constituíram-se objetivos específicos do presente artigo as seguintes proposições: Analisar de que forma a questão do aborto é compreendida pelos profissionais que atuam na ESF, verificar junto à equipe quais os fatores que levam as mulheres a recorrerem ao aborto; investigar o nível de conhecimento desses profissionais a cerca das formas de aborto previstas em lei e por fim, analisar como estes compreendem o planejamento familiar

A pesquisa teve como eixo metodológico à abordagem descritivo- analítica, através da coleta de dados qualitativos, na perspectiva de buscar compreender melhor o objeto de investigação.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram todos os profissionais da saúde que atuam junto as Unidades Básicas de Saúde da Família, I e II do Bairro Monte Castelo, compreendendo um total de 17 profissionais incluindo também o(a) Assistente Social, tendo em vista a importância de sua participação e inserção na composição da equipe. A coleta de dados desta pesquisa se realizou entre os meses de novembro e dezembro do ano de 2010.

Como forma de garantir e respeitar os aspectos éticos da pesquisa nas quais seres humanos estejam envolvidos, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96, foi garantido, o anonimato quando da divulgação dos resultados da pesquisa e sigilo dos dados confidenciais.

A relevância desta pesquisa consiste na possibilidade de vir a contribuir para a construção de conhecimentos acerca da temática do aborto, podendo subsidiar reflexões junto aos profissionais que atuam nos serviços de saúde no que se refere ao modelo de atenção básica que vem sendo implantado não só no Município de Campina Grande-PB, mas em todo o país.

2 RELAÇÕES DE GÊNERO, ABORTO E DIREITOS REPRODUTIVOS: ALGUMAS REFLEXÕES

Historicamente, devido às formas como as relações sociais foram se gestando, a sociedade impôs suas normas e regras a homens e mulheres estabelecendo o que seria papel feminino e masculino. Trata-se de uma construção social imposta a homens e mulheres.

Durante muito tempo, se utilizou os determinantes biológicos de homens e mulheres para explicar a distinta condição social de cada sexo, a partir de diferenças biológicas que tratavam de excluir e tornar a mulher um ser que tendia a ser dominado por natureza, devido as suas prováveis fragilidades, limitações e dependências do ser masculino. O que se ocorre é que, homens e mulheres de fato são diferentes em alguns aspectos biológicos, contudo, as diferenças sociais expressas nas relações de gênero, precisam ser buscadas e explicadas a partir dos arranjos sociais, na história, nas formas de representação, já que é no âmbito das relações sociais que se constroem os gêneros (LOURO, 1997).

Nessa perspectiva, a categoria gênero não deve ser entendida como sendo um fenômeno relativo apenas às mulheres, mas também aos homens, já que os mesmos também fazem parte da produção e reprodução das desigualdades de gênero (VELOSO, 2003, p. 4), na construção de suas relações sociais ao longo da história.

As diferentes formas de opressões sociais vivenciadas historicamente pelas mulheres acabaram por afetar dentre vários aspectos, a sua relação com seu próprio corpo, privando-as de viver livremente sua sexualidade, e de exercer ou não a maternidade, já que esta sempre

lhe foi imposta como algo naturalmente ou divinamente concedido, portanto proibido de ser interrompido.

Desta forma, as mulheres de várias partes do mundo, que buscaram “fugir” do que socialmente lhe foi estabelecido, acabaram sendo seriamente criminalizadas e punidas por determinadas condutas, a exemplo da prática do aborto inseguro, que em milhares de casos, ainda ocorrem devido à omissão do Estado em lhes garantir o direito à saúde e ao acesso para realização da interrupção voluntária da gravidez.

De acordo com Sarmiento (2006), a questão referente ao tratamento jurídico conferido a interrupção voluntária da gravidez, no mundo todo ainda desperta polêmicas intensas e até mesmo passionais, pondo em campos opostos os defensores do direito e os que pugnam pela vida do nascituro desde a sua concepção.

Conforme destaca Romeu (2006), na maioria das sociedades modernas, certas gravidezes são consideradas, do ponto de vista social, indesejáveis, podendo-se citar dentre estas as de mulheres solteiras, decorrentes de um estupro; gravidezes como consequência de um incesto, e das mulheres que estão no final de ciclo reprodutivo.

De acordo com a referida autora, a gravidez não desejada, decorrente do sexo voluntário ou forçado, revela-se nas altas taxas de morbidade e mortalidade de mulheres em vários países. Destarte, a criminalização do aborto acaba por empurrar centenas de milhares de mulheres não só no Brasil, mas no mundo todo, sobretudo aquelas com menos condições financeiras, a realização de abortos clandestinos, os quais não contam com a mínima condição de segurança e higiene, lhes trazendo graves seqüelas as quais atualmente são apontadas como a quinta causa de morte de mulheres jovens no país.

É a partir de tal realidade que, “a noção dos direitos sexuais e reprodutivos vem sendo há décadas discutido, resultado do avanço teórico e político dos movimentos de mulheres” (PINSKY; PINSKY, 2005, p. 301), em suas lutas e manifestações pelo direito da mulher em decidir sobre seu próprio corpo e sua sexualidade, cobrando e exigindo do Estado leis que lhes possibilitem a garantia de tais direitos, negados desde a década de 1940 do século passado pela sociedade patriarcal e sexista e claramente visualizado até os dias atuais.

Em alguns países, desde a década de 1960 com a emancipação da mulher, a laicização do Estado e o avanço de vários direitos sociais, tornou-se possível observar um tratamento diferente sobre a legislação do aborto. De acordo com Sarmiento (2006), países como Estados Unidos, Alemanha, França, Inglaterra, Canadá, Espanha, dentre tantos outros conseguiram promover avanços significativos em seus ordenamentos jurídicos, legalizando a interrupção voluntária da gravidez, desde que realizada dentro de algumas determinações, que em geral

funcionam dentro do período que vai do início até a 12^a semana de gestação, e em qualquer momento quando a gravidez apresentar riscos a saúde da mãe, quando não a sua morte.

A batalha pelos direitos sexuais e reprodutivos também estiveram relacionados com os avanços científicos, que acabaram por proporcionar à fabricação de métodos contraceptivos, proporcionando às mulheres (mesmo sem ter sido esta a intenção) a conquista do prazer, do ato sexual sem a geração de filhos.

De início, os métodos contraceptivos eram combatidos por várias esferas da sociedade, como por exemplo, a igreja que historicamente se posicionou contra o uso de contraceptivos e a descriminalização do aborto.

Em meados das décadas de 1960 e 1970, a luta pelo fim da criminalização do aborto e pela divulgação e comercialização dos métodos contraceptivos tornou-se mais intensa por parte do movimento feminista, que tratou de promover vários movimentos e manifestações públicas na defesa de seus direitos, incluído também em sua agenda de discussões, a luta pelo planejamento familiar. Com relação a isso:

O que se pode observar é que o movimento pelo planejamento familiar acabou por colaborar na luta pela emancipação das mulheres. Os modernos contraceptivos, principalmente o DIU e a pílula, colocaram o controle da reprodução nas mãos das mulheres, tornando-as independentes da vontade ou da falta de destreza masculina no *coitus interruptus* (coito interrompido), no uso do preservativo ou na abstinência (PINSKY; PINSKY, 2005, p. 302).

De acordo com Romeu (2006), no Brasil, uma das maneiras de garantir os direitos reprodutivos:

Foi à expansão dos programas de planejamento familiar, mesmo que estes não disponibilizassem todos os métodos anticoncepcionais em quantidades suficientes para atender a demanda, sem contar com a qualidade ou não das orientações prestadas pelos profissionais do programa. (ROMEU, 2006, p. 34).

Conforme ressalta a referida autora, a trajetória histórica do planejamento familiar no Brasil foi marcada pela preocupação com o controle da natalidade, recebendo este em seu início várias críticas, pois se voltava apenas para a mulher excluindo os demais membros da família. O que se pode observar é que o controle demográfico foi utilizado como estratégia para reduzir o crescimento populacional.

Na década de 1980, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), “foi à estratégia utilizada pelas mulheres para fazer o Estado assumir o planejamento familiar num contexto amplo de atenção à saúde em todas as fases do ciclo reprodutivo” (LOLLATO, 2004 apud LUIZ, 2006, p. 106).

Estando inserido em um contexto de redemocratização vivenciado no país em tal época, o referido programa ganha maior ênfase com a criação da Constituição Federal de 1998, passando a ser parte integrante do SUS em todo o território nacional.

Atualmente no Brasil, o planejamento familiar vem sendo alvo de criação de políticas públicas, haja vista os freqüentes fatos relacionados à saúde da mulher, tais como a mortalidade materna, aborto, esterilização e reprodução assistida. No entanto, cabe destacar que este conceito ainda encontra-se relacionado apenas as questões reprodutivas, mais especificamente, de controle de fecundidade (ROMEU, 2006).

Cabe destacar que é de competência dos serviços de planejamento familiar a assistência tanto as pessoas que desejam a anticoncepção ou a concepção. Para uma efetividade das ações de planejamento familiar no Brasil, os serviços de saúde deveriam indicar e/ou fornecer todos os métodos anticoncepcionais, amparados por normas éticas e legais (ROMEU, 2006).

3 O ABORTO E SEUS ASPECTOS LEGAIS

Os métodos contraceptivos foram legalizados e liberados em vários países, diferentemente do aborto, que ainda hoje é criminalizado, punindo seriamente as mulheres que abortam de maneira ilegal dentro dos parâmetros previstos em lei. De acordo com Goldim (2010), “no Brasil o aborto só não é considerado crime em dois casos: de estupro ou de risco de vida materna”, nos demais casos ainda há uma forte influência religiosa e moral imposta há décadas, que trata a interrupção da gravidez como algo pecaminoso e criminoso em nossa sociedade.

Devido à grande mobilização do movimento feminista e de mulheres, no país há “atualmente no Congresso Nacional a proposta de um Anteprojeto de Lei, que visa à alteração do Código Penal, incluindo uma terceira possibilidade quando da constatação de anomalias fetais” (GOLDIM, 2010). Isto por que a Constituição Federal de 1988 não tratou

expressamente do aborto voluntário, seja para autorizá-lo, seja para proibi-lo, desta forma o que prevalece ainda no país é a idéia de que a vida seja protegida desde a sua concepção, gerando desta maneira vários debates, vários grupo e correntes que defendem até que ponto, ou em momento começa a proteção jurídica intra-uterina.

Para esta questão, torna-se necessário de acordo com Lorea (2006) enfrentar a questão do aborto a luz do direito, e não a partir de concepções arcaicas solidificadas no senso comum, nas crenças religiosas e nos valores morais há décadas incrustados na sociedade. Contrário a isso, o que temos é que “mesmo atuais, alguns projetos e leis ainda tendem a privilegiar a proteção ao nascituro em detrimento dos direitos fundamentais das gestantes, como o direito a vida, a liberdade e a saúde” (VENTURA, 2006, p. 181).

Ainda sobre a Constituição Federal de 1988, o referido autor coloca a mesma como sendo um avanço nacional, no sentido que esta estabeleceu as premissas necessárias para a reformulação do Código Penal de 1940, pois nela encontra-se a não incorporação da proteção jurídica à vida desde a concepção, essa é proteção é gradual na medida em que o feto alcança um momento de maturidade, que geralmente acontece de acordo com Sarmiento (2006), no segundo trimestre da gestação, quando há a formação do córtex cerebral, substrato essencial para um início de qualquer forma de raciocínio por parte do nascituro.

Desta forma, compreende-se que a vida intra-uterina também é protegida pela legislação, mas com menos intensidade do que a vida de uma pessoa já nascida, sobre isso o referido aponta que:

Portanto, é possível concluir que a ordem constitucional brasileira protege a vida intra-uterina, mas que essa proteção é menos intensa do que a assegurada à vida das pessoas nascidas, podendo ceder, mediante uma proteção de interesses, diante de direitos fundamentais da gestante. E pode-se também afirmar que a tutela da vida do nascituro é mais intensa no final do que no início da gestação, tendo em vista o estágio de desenvolvimento fetal correspondente, sendo certo que fator ter especial relevo na definição do regime jurídico do aborto (SARMENTO, 2006, p.150).

Ademais, a criminalização do aborto da forma como esta prevista na legislação brasileira, acaba por ferir duplamente os direitos da saúde das mulheres, primeiro por que as obriga a levar até o fim uma gestação não desejada, ou que lhe traga lesões a sua saúde física ou psicológica, já que este tipo de risco não constitui autorização de aborto legal. A segunda é a grande repressão existente em torno da prática do aborto, que se tivesse realmente a função preventiva como muito se pensa, não atingiria de forma coletiva milhões de mulheres,

sobretudo as mais pobres a se submeterem a procedimentos clandestinos, expondo suas vidas a grandes riscos.

Além do mais, ainda de acordo com o referido autor estudos comprovam que existem outros métodos mais eficazes e mais adequados para protegerem a vida intra-uterina do que a repressão criminal. Diante disso podemos destacar que:

Ao invés disso, outras medidas são muito mais eficazes e não geram os mesmos efeitos colaterais, como, por exemplo, a ampliação dos investimentos em planejamento familiar e educação sexual para a redução do número de gestações indesejadas; a garantia do direito à creche e o combate ao preconceito contra a mulher grávida no ambiente de trabalho, para que as gestantes não sejam confrontadas com ‘uma escolha de Sofia’ entre a maternidade ou o emprego [...]. A forma mais eloqüente de que a proibição legal e a criminalização do aborto não impedem a prática [...] são os números alarmantes anuais de abortamento clandestinos [...]. A Rede Feminista de Saúde, empregando metodologia científica baseada na quantidade de procedimentos de curetagem pós-aborto realizadas por ano no SUS, estimou que o total anual de abortos clandestinos ocorridos no país, entre 1999 e 2002, seja algo entre 705.600 e 1.008.000 (SARMENTO, 2006, p. 155-156).

Destaca-se que o aborto constitui a quinta causa de internação hospitalar na rede pública de saúde do país, com cerca de 230 mil casos por ano, além de ser responsável por inúmeros casos de morte de mulheres, já que é a terceira causa de morte materna no Brasil (FIGUEIREDO; PENA, 2002 apud ROMEU, 2006).

Não existem dúvidas de que é alto o número de abortos feitos em condições de clandestinidade em muitos países, incluindo o Brasil. “Apesar das restrições legais que impedem a realização do aborto voluntário em muitos países, isso não tem conseguido impedir o uso dessa prática por milhares de mulheres” (ROMEU, 2006, p. 36).

Conforme destaca a referida autora, o aborto pode ser classificado em dois tipos: aborto espontâneo e aborto provocado. O primeiro ocorre involuntariamente, por acidente, por anomalias orgânicas da mulher ou por defeito do ovo. Quanto ao aborto provocado, este se caracteriza como todo aquele que tem como causador um agente externo, utilizando diversas técnicas.

São muitos os fatores que estão associados aos abortos, como a pobreza, a desigualdade e a exclusão social, gravidezes indesejadas, práticas sexuais inseguras e desigualdade de gênero (ROMEU, 2006).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, o número de óbitos provocados por complicações decorrentes de aborto no país, entre os anos de 1999 e 2002, foi algo em torno

de 518 mortes. Sabemos que este número pode e deve ser infinitamente maior, por que devido à prática ser considerada ilegal, milhões de mulheres realizam o aborto em lugares que jamais chegarão ao conhecimento oficial do Ministério da Saúde, estando esse número relacionado com aquelas mulheres que ainda tiveram a chance de recorrer ao hospital no intuito de salvar suas vidas.

Mesmo frente ao cenário de subinformações que cerca o registro de abortos no Brasil, de um modo geral, a mortalidade oficial é alta, exigindo um maior investimento em ações voltadas a assistência à saúde da mulher, como também um melhor preparo dos profissionais que atuam nos serviços de saúde para lidar com tal questão.

Vale ressaltar que, o movimento feminista há décadas tanto no Brasil como fora em outros países, vem encabeçando a luta pelo fim da criminalização do aborto, através de marchas, movimentos, manifestações, publicações em livros e jornais, conferências e denúncias sobre as péssimas condições de assistência à mulher no âmbito de sua saúde.

Atualmente estudos comprovam que “o aborto inseguro é a terceira causa de morte materna entre jovens de 15 a 29 anos no estado do Rio de Janeiro e no País. Já nas regiões Norte e Nordeste o aborto chega a ser a primeira causa de morte materna em alguns estados” (MARIZ, 2010).

Apesar de o Brasil ser signatário de todos os acordos estabelecidos internacionalmente através de Conferências, como, por exemplo, as duas mais importantes e significativas ambas frutos da luta do Movimento Feminista sobre a preocupação com os direitos sexuais e reprodutivos que foram “as Conferências do Cairo, em 1994, sobre População e Desenvolvimento, e a IV Conferência Mundial da Mulher em Pequim ocorrida em Beijing em 1995”, este ainda continua resistente em tratar o aborto como um grave problema de saúde pública e desigualdade entre os gêneros, mesmo com as CPIs existentes divulgando em seus relatórios conclusivos “o peso considerável do aborto nas mortes maternas e o caráter perverso que o não acesso aos insumos de saúde reprodutiva tem em relação à mulher” (VENTURA, 2006, p. 183).

A problemática do aborto precisa ser tratada como uma questão de saúde pública, pensado não só como uma bandeira de luta de um fórum íntimo, mas compreendido em nível de Política Pública com total cobertura e responsabilidade por parte do Estado. Sobre isto podemos destacar que:

As respostas no âmbito do Poder Executivo podem ser identificadas nas normas sanitárias aprovadas a partir do ano de 1998. Elas regulamentam o acesso ao aborto permitindo por lei o Sistema Único de Saúde e assistência à mulher que se submeteu a um aborto ilegal e inseguro, medidas estratégicas para a redução da mortalidade materna e dos agravos de saúde reprodutiva e sexual feminina (VENTURA, 2006, p. 183).

Desta forma, essas ações vêm conseguindo mesmo que lentamente objetivar o Programa Nacional de Assistência Integral a Mulher (P NAIM), construído a partir de várias inquietações do Movimento Feminista e Sanitário em 1984, sendo este considerado ainda nos dias atuais um programa fundamental para a melhoria das condições da saúde das mulheres.

Destaca-se também que o ano de 2004 foi considerado o Ano da Mulher no país, no qual foi realizado a I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres (CNPPM) (BRASIL, 2007), em parceria com o Governo Federal, o qual firmou os direitos da mulher, e mobilizou por todo país cerca de 120 mil mulheres que acabaram por contribuir diretamente com propostas, para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as mulheres.

Este plano traduz em ações o compromisso assumido pelo Presidente Luís Inácio da Silva, quando da sua eleição em 2002, de enfrentar as desigualdades entre mulheres e homens em nosso país e reconhece o papel fundamental do Estado, através de ações e políticas públicas, no combate a estas e outras desigualdades sociais (BRASIL, 2007, p. 25).

A I Conferência teve por objetivo colocar em prática o Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres, tendo como nortes para esse propósito, a igualdade na diversidade, a autonomia das mulheres, universalidade, participação e transparência dos atos públicos (BRASIL, 2007). Em 2007, foi realizada a II CNPPM, por sua vez, esta teve como por objetivo estar avaliando e analisando os princípios e diretrizes que foram aprovados na I CNPPM, bem como avaliar a implantação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

Recentemente também foi instituída pelo executivo uma Comissão Tripartite formada por membros do Governo Federal, Sociedade Civil e do Congresso Nacional, esta é coordenada pela Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), a qual possui o objetivo de “discutir, elaborar e encaminhar proposta de revisão da legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez (Portaria nº4, 06 de abril de 2005)” (VENTURA, 2006, p. 184).

Esta Comissão atualmente vem proporcionando uma ampliação das discussões em torno do abortamento legal, formulando um consenso razoável entre os diversos segmentos

sociais e governo, para o enfrentamento dessa questão de uma maneira mais justa lutando pelos direitos humanos das mulheres. Isso por que de acordo com a referida autora, países como Canadá, Suíça e Noruega, por exemplo, não adotam qualquer restrição, reconhecendo o pleno direito de livre escolha para da mulher a interromper a gravidez a qualquer momento da gestação.

Atualmente, exemplos como estes servem de parâmetros para análise e reformulação acerca da legislação atual que criminaliza e puni as mulheres que decidem fazer o aborto no país. No entanto é importante destacar que não basta avançar do ponto de vista da garantia dos aspectos legais, é preciso buscar que os serviços de saúde garantam também uma assistência à saúde das mulheres de qualidade.

O que se tem observado no âmbito do setor público de saúde e particularmente junto aos grupos de planejamento famílias da ESF é a precariedade das ações desenvolvidas na assistência e saúde da mulher, seja por falta de meios para se realizar o serviço, ou mesmo pela pouca qualificação dos profissionais em trabalhar determinadas questões a exemplo do aborto.

Cabe destacar que, o grupo de Planejamento familiar da ESF apresenta-se como um espaço importante para o desenvolvimento de discussões abordando a temática do aborto, haja vista ser este um espaço no qual as mulheres são participantes ativas. No entanto tal temática por se apresentar como complexa, é pouco abordada pelos profissionais.

4A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DO SUS: LIMITES E POSSIBILIDADES

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em junho de 1994 logo depois da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), “constitui-se atualmente em um dos pilares da saúde pública brasileira” (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2009, p. 157). Criado a partir da necessidade da promoção de reorganização no âmbito da assistência à saúde, o PSF propõe que o trabalho realizado pelas equipes estejam voltados para além da prática curativa, voltada, sobretudo à prevenção, cuidado e promoção da saúde de maneira integral e contínua, rompendo com o antigo modelo hegemônico médico-hospitalar.

Atualmente, este programa é denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), o qual deixou de ser programa social para se tornar uma Política Nacional, tendo como seu principal foco de intervenção a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo e a doença, mas introduzindo a noção de cobertura por família em seu espaço social.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição da população usuária, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Sendo assim, a ESF é composta por um total de 28.100 equipes multidisciplinares, instaladas em todo o todo o território nacional, abrangendo mais de 90 milhões de pessoas (BRASIL, 2008).

Desta forma, a ESF tem como objetivo:

[...] contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

No município de Campina Grande - PB, a estratégia foi implantada em 1994, concomitantemente com treze municípios, sendo considerados pelo Ministério da Saúde pioneiros na implantação do programa. O referido município tornou-se referência no âmbito da atenção básica no Brasil, por naquele momento “trazer consideráveis avanços nos indicadores de saúde, principalmente na redução da mortalidade infantil” (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2009, p. 166) afirmando e enfatizando os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS.

De acordo com as determinações do Ministério da Saúde, a ESF conta uma equipe composta por no mínimo um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem para um atendimento de 600 a 1.000 famílias. Estando ampliada, esta equipe poderá contar com um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e um assistente social.

Atualmente o município de Campina Grande - PB conta com 92 equipes da ESF, no entanto esse número apesar de ser bastante significativo não representa um avanço no acesso aos serviços de saúde bem como sua melhoria e qualidade, pois o número de equipes cresceu, mas a qualidade dos serviços prestados a população vem diminuindo e, conseqüentemente comprometendo os princípios e diretrizes do SUS.

Com relação às dificuldades que vem sendo enfrentadas pela ESF, Souza (2011, p. 17) aponta problemas referentes à: “resolutividade, a ausência de intersectorialidade, a falta de insumos e condições de trabalho, a formação biomédica, o perfil do médico para atuar como profissional na saúde da Família”, a limitação paralela à falta de capacitação de alguns profissionais em abordar determinadas questões como a temática do aborto, estão entre os principais problemas enfrentados pela ESF no município atualmente.

Nesse sentido, é que a pesquisa realizada junto aos profissionais que atuam na ESF, buscou responder aos seguintes questionamentos: Qual a concepção dos profissionais acerca do aborto? Quais são as recorrências que acometem o aborto? O aborto deve se tornar um Direito no Brasil? Qual a compreensão destes a cerca do Planejamento Familiar? Estes profissionais conhecem as formas de abortos previstos em lei?

5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com Adesse, Monteiro e Levin (2008), apesar de proibido por lei, o aborto é amplamente praticado no país por meios inadequados, justificando a necessidade de se ampliar as informações necessárias para que gestores e profissionais da área da saúde possam prestar atenção técnica adequada, segura e humanizada às mulheres em situação de abortamento.

O aprofundamento da problemática do aborto é fundamental para diminuir os estigmas e estimular os profissionais, independentemente de seus preceitos morais e religiosos, a preservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres, já que a dimensão crítica do abortamento é notória conforme podemos identificar na fala de alguns profissionais entrevistados.

A realização do aborto também é visto pela sociedade como um culto a morte, como algo violento se culpabilizando a mulher que pratica tal ato, como nos aponta o discurso que segue:

“O aborto é matar uma vida entendeu? Por que se você está grávida, está lá dentro e está vivo e quer tirar é como se estivesse matando aquela criancinha, é o amor a morte” (Entrevistada nº. 03, 02/12/2010).

A questão da percepção do aborto como sendo um assassinato, também aparece de maneira bastante forte na visão dos profissionais entrevistados demonstrando que discutir sobre aborto em nossa sociedade ainda é algo polêmico que envolve questões de ordenamento jurídico muito forte, como a criminalização como forma de punição pelo ato, como podemos verificar nos depoimentos abaixo, principalmente deste último quando este afirma que a mulher deve pagar pela vida retirada.

“Aborto pra mim é a interrupção de uma vida, é um assassinato”
(Entrevistada nº. 07, 26/11/2010).

“[...] Por que existe aquele que entre aspas a pessoa teve um aborto espontâneo, mas sem cuidado com o aborto, que eu acho que aborto pra mim é uma coisa como é que se diz? Se for provocado eu acho que é uma coisa que não deveria ser feito por quê? Por que está tirando uma vida e se você está tirando uma vida você deveria pagar por ela, então pra mim eu acho que é uma coisa errada como estavam pensando em legalizar, eu acho que o aborto não seja correto, por que se Deus dá a vida então por que o ser humano tirar? Por que se não quer ter um filho então por que inventou de engravidar?” (Entrevistado nº. 14, 02/12/2010).

A ilegalidade do aborto da forma como está posta na legislação brasileira acaba por ferir a saúde da mulher, pois a obriga a praticá-lo por meios inadequados em função do entendimento de algo errado, ilícito e criminoso, que só deve ser feito se a caso não houver chances de vida para a criança ou apresentar riscos de morte a mãe, como podemos observar no depoimento exposto a baixo:

“Para mim o aborto é ilegal, é uma coisa que assim só deve ser feita em último caso, se for colocar em risco a vida da mãe ou se a criança estiver com algum problema assim que saiba que não vai sobreviver realmente, aí eu acho que é uma forma de você fazer, mas a não ser é ilegal pra mim”
(Entrevistada nº. 11, 10/12/2010).

As formas de aborto também são reconhecidas por alguns entrevistados, quando destacam a existência do aborto espontâneo que ocorre sem a vontade da mulher e o provocado que incide justamente na vontade da mulher em abortar por vários aspectos dentre estes, precárias condições sociais e de vida. É o que nos revela o depoimento da entrevistada.

“[...] o aborto é a interrupção da gravidez, mas de qualquer forma a gente independente dessa minha condição doutrinária, é uma situação pela qual a mulher passa que no meu entender não é de livre escolha, ela se vê numa situação que se sente obrigada, acho que nenhuma mulher ela tem o

interesse de fazer o aborto, é uma conseqüência de “ n’ situações que ela esteja vivendo naquele momento, que tanto pode ser esse aborto que é o espontâneo quando a mulher ela sofre algum problema de saúde, e quando é aquele que é o provocado por uma condição social que obriga a mulher a ter essa tomada de atitude” (Entrevistada nº. 10, 13/12/2010).

Sobre as formas de aborto, estas dividem opiniões dos profissionais, por que mesmo sendo algo duramente combatido na sociedade, é como se o espontâneo se apresentasse como sendo algo que foge da responsabilidade das mulheres, como podemos perceber na fala da entrevistada.

“É assim eu fico um pouco dividida por que eu sei que aborto pelo o que eu aprendi é o feto ser expulso naturalmente com até cinco semanas de gravidez, por conta de uma queda, de uma pressão alta, de um problema que a mulher tenha, alguma má formação ou um alteração anatômica isso o aborto contempla, e quando você pergunta para mim o que é aborto eu já me remonto também ao aborto provocado e o aborto provocado na minha opinião é a interrupção da gravidez a partir do desejo da mulher usando alguns métodos que elas sabem que existem ou medicação ou chás, ou mesmo se tiver tempo a curetagem feita em clínicas clandestinas”(Entrevistada nº. 08, 22/12/2010).

Sobre a concepção do aborto, este também é simplesmente entendido como a interrupção da gestação, sem julgamentos preconceituosos e criminais para com as mulheres, como podemos observar No depoimento que segue:

“Aborto é a interrupção da gravidez, assim abaixo de vinte semanas de gravidez” (Entrevistada nº. 09, 29/11/2010).

Torna-se importante também destacar que um dos entrevistados apresentou a sua concepção do aborto como este sendo um direito da mulher, cabendo a esta a opção de escolher o melhor momento de exercer a maternidade, demonstrando que já é possível encontrar posicionamentos diferentes daqueles historicamente perpassados em nossa sociedade de base patriarcal, conforme podemos verificar no depoimento seguinte:

“O aborto pra mim é uma forma de escolha que a mulher tem ou não de ser mãe, é uma escolha que a mulher deve ter” (Entrevistada nº. 16, 13/12/2010).

Outra questão que buscamos compreender através de nossa pesquisa, foi a recorrência do aborto, na perspectiva de entender a percepção dos profissionais entrevistados sobre o

porquê das mulheres atualmente recorrem à prática deste. Conforme foi evidenciado na fala de um dos entrevistados, muitas questões envolvem a prática do aborto provocado por algumas mulheres como o contexto econômico, social e familiar no qual a mulher está inserida, e muitas vezes até mesmo a situação de abandono sofrido por estas por parte do seu parceiro.

“Ah! Tanta coisa pode ser por questões econômicas mesmo por que no futuro ela acha que não vai ter condições de criar essa criança sozinha, por falta de apoio do parceiro no caso o pai quando não quer e diz que não vai assumir, e ela acha que não vai ter condições de criar o filho sozinha aí provoca o aborto, por questões sociais mesmo às vezes a família não quer e ela não quer correr o risco depois e tem medo de ter a criança, e ela também aborta por que não quer mesmo, tem casos que a mãe tem até condições de criar mas não quer ter filhos naquela hora e não tem a consciência das coisas aí simplesmente vai e aborta”(Entrevistado nº. 05, 02/12/2010).

Nesse sentido, também pôde se verificar que o apoio familiar nesses casos também é muito importante e talvez seja até decisivo na escolha da mulher em querer seguir a diante ou não com a gestação, por que caso contrário como apontado na fala da profissional, é um fator determinante para a prática.

“[...] Assim quando a família não quer, quando não tem uma pessoa que ajude ela, aí tem que fazer para não dar satisfação à família, e muitas recorrem justamente por isso” (Entrevistada nº. 11,07/12/2010).

A falta de conhecimento sobre as formas de prevenção, também aparece como um fator que provoca a gravidez indesejada e conseqüentemente o aborto.

“Despreparo, eu acho que a mulher quando ela engravida sem querer ela demonstra duas coisas, primeiro o despreparo na hora relação sexual, ela não é preparada por mais que os meios de comunicação ajude, por mais que as equipes de saúde tente trabalhar a questão da prevenção, mas ela em si, a autonomia dela, ela não sabe gerir para se auto cuidar, então eu acho que no ato da relação é o despreparo para ser mãe eu acho que ela não quer gerar uma vida, é como eu te falei ela construir uma vida, são essas duas coisas”(Entrevistada nº. 13,14/12/2010).

Ainda no que se refere à negação da maternidade, vale ressaltar que a prática do aborto pode ocorrer também em função de diversas questões destacando-se situações as quais a mulher não quer ter aquele filho naquele momento de sua vida, ou algum problema de

relacionamento com a questão da paternidade da criança. Esses são alguns dos fatores, de acordo com a fala da entrevistada abaixo, que leva a mulher a recorrer em alguns casos ao aborto.

“[...] elas recorrem por que estão ali grávidas e em uma gravidez indesejada não programada, então geralmente recorre por isso, por conta de ser uma gravidez até grávida de uma pessoa que ninguém sabia que ela tinha um relacionamento com essa pessoa e ficou grávida, e alguém não queria esse filho, ficou grávida de alguém foi um acidente de percurso digamos assim, pra mim o motivo é esse é a rejeição da mulher por aquele feto que ela está carregando” (Entrevistada n°. 08 22/12/2010).

Além da questão de ser indesejada a gestação, outro fator aparece como sendo preponderante para a recorrência do aborto, que é questão da falta de conhecimento sobre este, que quando feito em más condições de segurança e higiene pode acarretar até mesmo na morte das mulheres que se submetem a essa prática. Deste modo, a imaturidade de algumas mulheres em entender todo o processo do aborto inseguro, as faz recorrerem a tal ato, por talvez acharem que é um procedimento simples de ser feito. É o que se pode observar no discurso da entrevistada.

“Eu acho que ela recorre muitas vezes por não conhecer na realidade o que é, ela não sabe o que pode acarretar um aborto, a imaturidade que realmente não sabe entender esse processo, um processo tão grande que é o aborto, o que pode acarretar na sua saúde na questão psicológica, na falta de conhecimento mesmo [...]” (Entrevistada n°. 04, 07/12/2010).

Outro fator apontado sobre o que leva a mulher a recorrer ao aborto, foi a suposta falta de amor tanto por ela mesma, como pelo feto que está sendo gerado em seu ventre, demonstrando segundo o depoimento seguinte certa covardia da mulher por renunciar a maternidade.

“Na minha opinião por covardia, por falta de amor a ela própria e ao feto que ela carrega no ventre” (Entrevistada n°. 15, 09/12/2010).

A discussão do aborto no Brasil ainda é algo bastante polêmico não só entre os profissionais de saúde, mas em toda a sociedade. Desta forma, podemos perceber diante de alguns discursos que somente em alguns casos, é que o aborto deveria ser um direito da mulher, apenas nos casos de estupro e má formação congênita é que o mesmo deveria ser concedido.

“Depende, dependendo da condição eu acho, no caso de estupro, de uma má formação congênita, uma criança com uma síndrome eu concordo, mesmo sendo um ser vivo que é uma parte da vida da pessoa, um ser que está dentro de você, mas é mais doloroso você ter uma criança muito doente [...]” (Entrevistada n°. 01, 29/11/2010).

Ainda no que se refere ao direito ao aborto, uma das entrevistadas afirma que só deveria ser feito quando existe o fato do risco da morte materna, ou seja, ser realmente confirmado que a mulher corre seriamente risco de vida, é o que podemos verificar no depoimento seguinte:

“[...] ele deve ser liberado, naqueles casos em que, por exemplo, ele vai ter uma criança que vai ser anecéfalo faria perfeitamente, vai ser uma criança que a mãe está grávida, mas está correndo um alto risco de vida ela pode morrer a qualquer momento, então tem que ser interrompida aquela gravidez como é o caso da eclampsia ou pré-eclampsia ou de uma intervenção muito alta que a mulher vive internada vive no hospital e só está trazendo risco aquela gravidez para ela, então eu concordo demais e acho que a maioria das pessoas concordam, agora liberar por liberar, liberar normalmente eu não sou a favor, isso na minha visão”(Entrevistada n°. 08, 22/12/2010).

A penalização e a criminalização do aborto, reforça a percepção de que a mulher não possui direito algum sobre a vida do feto que ela própria está gerando, não sendo um direito de esta abortar. Na atual conjuntura o que mais se pretende no campo do direito é que de forma primeira os direitos da gestante se sobressaiam sobre os demais. Sobre esta ausência de direito sobre a gestação, vejamos a entrevista seguinte:

“Não, eu acho que não, eu acho que o direito dela termina quando acaba o do outro, num é começar quando acaba o do outro então ela tem o direito de decidir sobre a vida dela, mas ela não tem o direito de decidir sobre a vida de outra pessoa, eu acho isso” (Entrevistada n°. 04 07/12/2010).

Em nosso atual contexto social, a precarização da rede pública de assistência à saúde da mulher, e o terror feito em torno da prática do aborto, trataram de criar um estigma em torno deste, tornando importante destacar a responsabilidade por parte do Estado em assumir o aborto como uma questão de saúde pública em nosso país.

“[...] Então assim se aqui no Brasil for um direito da mulher fazer isso, então eu acho que estão piorando a questão da saúde pública, por que aí de repente se hoje mesmo sabendo a quantidade de doenças que tem a questão

do HIV as pessoas jovens, as mocinhas se preocupam mais com a questão da gestação do que o medo delas engravidar é um monte de vezes maior do que de pegar um HIV de pegar uma doença, uma AIDS uma DST, então se legaliza, se é direito de ela tirar a hora que quiser eu acho que vai piorar na questão da saúde pública por que elas vão contrair mais doenças, porque se o medo maior delas é da gestação então elas vão pensar o que, eu posso fazer na hora que eu quiser por que se eu não quiser eu tiro”(Entrevistada nº. 07, 26/11/2010).

As diferentes condições sociais e econômicas entre as mulheres aparecem no depoimento que segue, como estes sendo fatores preponderantes para o direito ao aborto no Brasil, já que as mulheres com melhores condições econômicas já conseguem ter acesso ao aborto seguro, enquanto as mulheres pobres ainda tendem a se submeterem a condições precárias de higiene, em clínicas clandestinas colocando em risco as suas vidas, sendo desta forma uma obrigação do Estado garantir uma maior assistência de maneira igualitária para todas as mulheres.

“[...] vamos discutir a questão da mulher que não possui uma boa condição econômica, então assim tanto a que tem como a que não tem todas elas provocam o aborto, sendo que a que possui uma condição financeira melhor ela vai pra uma clinica ela é bem assistida, enquanto a outra mulher pobre ela vai provocar de uma forma que ela tanto está prejudicando a ela, principalmente ela enquanto mulher e enquanto uma futura mamãe, que talvez se ela tiver consistência maior desse estudo ela não ia tomar essa atitude, então por falta de uma condição melhor para aquela mãe o governo ele tem sim que não só legalizar mas também promover ações que evite que a mulher cometa esse tipo de ato por falta de outras condições que se ela tivesse ela não iria optar pelo aborto”(Entrevistada nº. 10, 13/12/2010).

O direito de escolha e a autonomia também aparecem como sendo fatores importantes para o direito ao aborto. Neste caso o direito de decisão sobre seu próprio corpo aparece na fala da profissional seguinte, como sendo algo a ser considerado na concessão do direito ao aborto para as mulheres no Brasil.

“Sim, um direito por que eu acho que cada mulher ela tem o direito de decidir sobre o seu corpo, se ela quer ou não levar a diante a gravidez, se aquele é ou não o momento”(Entrevistada nº. 16 13/12/2010).

Um posicionamento totalmente apostado a este aparece na fala de outro profissional que defende que ao invés do direito, a existência de leis mais rígidas, com punições mais severas para as mulheres, acentuando ainda mais a criminalização do aborto em nosso país.

“[...] aquele inocente não tem como se diz que pagar pelos seus erros não, seu erro foi você que cometeu e se você cometeu tem que reparar da melhor maneira possível e causando um aborto, que para mim tem que existir leis mais seguras e mais rígidas contra essas pessoas que fazem o aborto” (Entrevistado nº. 14 02/12/2010).

Já no que se refere à compreensão acerca do Planejamento Familiar, esta aparece como o mesmo sendo de fundamental importância para a saúde da mulher, por possibilitar as mulheres que frequentam as reuniões do grupo, maiores orientações sobre as várias formas de prevenção e os cuidados sobre a saúde da mulher em geral. É o que podemos verificar no discurso que se segue:

“É uma preparação o nome planejamento já está dizendo, você se planeja, a mulher se planeja para ter uma menstruação, saber tomar uma medicação certa, saber usar o preservativo, saber tomar uma injeção, saber os riscos, as doenças que se pode ter na questão de se automedicar por que muitas vão à farmácia para tomar um comprimido por que falhou e quer fazer o citológico, é a saúde da mulher, acho que o planejamento é a saúde delas, é uma prevenção a saúde da mulher o planejamento” (Entrevistada nº. 01 29/11/2010).

Essas orientações também estão relacionadas a forma que os casais vão conduzir suas famílias, as possibilidades de estes planejarem melhor através dessas orientações o número de filhos, de acordo com as suas condições econômicas, orientando também para a melhor forma de anticoncepção para ambos. A fala seguinte nos remete bem isso.

“Olhe o Planejamento Familiar é interessante, por que na realidade você vai dar meios para que essas mulheres e homens para que eles tenham conhecimento sobre como gerir uma família, como posso dizer? De planejar mesmo essa questão familiar de planejar a vida dos filhos de vê as condições econômicas se têm essas condições, a questão de tomar a medicação certa essa questão do planejamento é interessante de se trabalhar” (Entrevistada nº. 04 07/12/2010).

O Planejamento Familiar também é entendido neste contexto como um direito que assiste ao casal, de escolherem qual a melhor forma de se prevenirem para que uma gravidez indesejada seja evitada, é o que nos relata o depoimento de uma entrevistada.

“O Planejamento Familiar é um direito do casal de escolher que método seria o mais adequado para eles para se evitar uma gravidez” (Entrevistada nº. 09 29/11/2010).

A possibilidade de inclusão das mulheres nessa política pública, também é verificada a partir do planejamento familiar, o qual fornece através da informação, o acesso das mulheres em conhecerem seus direitos sexuais e reprodutivos, e de decidirem se querem ter filhos ou não, de construírem a sua autonomia e sobre que tipo de estrutura familiar vão querer ter.

“Planejamento eu creio que seja a possibilidade da mulher ter acesso principalmente àquelas que são contrárias ao aborto de evitar a situação, e não engravidar e em ela cuidar da família da forma que ela quer com ou sem filhos, com doenças sexuais ou não, eu acho que é a oportunidade que ela tem, as mulheres da nossa comunidade de se inteirar desse conhecimento, elas tem essa possibilidade de aprenderem a se autocuidarem e cuidar da sua família e a planejarem aos poucos o tipo de estrutura familiar que elas querem”(Entrevistada nº. 13, 14/12/2010).

Quanto ao conhecimento das formas de aborto previstas em lei, a maioria das/dos entrevistados(as), citou questões referentes ao estupro e da má formação congênita, demonstrando uma falta de esclarecimento sobre o que é previsto em lei com relação ao aborto, já que a questão da má formação congênita ainda é um anti-projeto de lei que atualmente se encontra no congresso para a sua aprovação. É o que nos evidenciam as falas que seguem:

“[...] Eu sei que por enquanto o que está previsto em lei é a questão do aborto em casos de estupro, em caso de má formação se eu não me engano congênita quando a criança não tem chances comprovadas pelo médico de vida” (Entrevistada nº. 07 26/11/2010).

“Sobre a lei eu acredito que na questão do estupro e na questão da má formação, que dá direito de escolher se a mulher vai querer ter aquele filho ou não [...]” (Entrevistada nº. 01 29/11/2010).

O desconhecimento sobre o que já é permitido por lei e o que ainda não é, faz com que alguns profissionais afirmem em suas falas que o aborto não é um ato criminoso nos casos de estupro, de risco de morte materna e de má formação, o que não está errado, mas verdade, são apenas considerados legais em nosso país o aborto mediante os dois primeiros casos.

“Possuo, a questão do aborto congênito e de outras como eu já falei do anencéfalo, a mulher estuprada, a mulher que está correndo um alto risco de vida eu acho que só são esses” (Entrevistada nº. 08, 22/12/2010).

A realização do aborto mediante um estupro aparece em todos os depoimentos, haja vista, talvez este seja o caso mais conhecido pelos profissionais.

“Tem a por estupro que a mulher tem respaldo para fazer salvo engano tem outra forma também, mas eu não sei te informar não, mas eu sei que existe” (Entrevistado n°. 05 02/12/2010).

Cabe ressaltar que, de todos os profissionais entrevistados, apenas um demonstrou o conhecimento correto sobre as formas de aborto previstas e estabelecidas em lei, que é o aborto decorrente de uma violência sexual o estupro, e aquele na qual a mulher apresenta risco de morte se levar a gravidez adiante, demonstrando de certa forma como o conhecimento acerca do abortamento legal ainda é frágil entre os profissionais entrevistados.

“Sei, na questão do estupro e quando ela corre risco de vida” (Entrevistada n°. 04 07/12/2010).

Desta forma, podemos constatar que mesmo com a presença de algumas dúvidas sobre o que rege o Código Penal brasileiro acerca do aborto, a grande maioria dos profissionais entrevistados soube citar pelo menos uma das formas previstas em lei. Destaca-se que a discussão sobre o aborto apesar de estar presente na Estratégia de Saúde da Família, ela ainda se constitui em uma temática bastante fragilizada e pouco conhecida dentre os profissionais que devem possuir as informações necessárias, já que o aborto constitui-se num grave problema de saúde pública.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão acerca da temática do aborto ainda é uma questão muito difícil de ser discutida, principalmente no que diz respeito ao direito da mulher em decidir sobre o seu corpo, sua vida e sua saúde.

Durante todo este artigo, buscou-se analisar e refletir algumas questões que norteiam a prática do aborto, sobretudo o entendimento de profissionais envolvidos de certa forma com esta temática. É importante destacar, que o nosso intuito a partir de tal discussão não é de estimular a prática, mas de provocar um debate sobre um grave problema de saúde pública

que incide diretamente na vida das mulheres, a fim de preveni-lo para que o número de mortes maternas e por abortamentos ilegais e inseguros possam ser diminuídos.

Desta forma podemos verificar que a falta de capacitação dos profissionais é algo que distancia bastante essa discussão nas Unidades de Saúde da Família, talvez por não saberem como abordá-la de uma maneira educativa, preventiva e sem todos os estigmas que perpassam tal temática.

Como bem relatado pelos entrevistados, o Planejamento Familiar atualmente é considerado sem sombra de dúvidas um espaço privilegiado para este tipo de discussão. O problema é que devido à falta de um contínuo processo de formação e de capacitação desses profissionais, essa temática vai ficando a margem das discussões quem envolvem a saúde da mulher dentro da ESF, deixando a mesma de ser tratada em outras ocasiões como o momento da sala de espera, oficinas e palestras oferecidas na Unidade.

Destarte, podemos concluir que apesar da existência de uma lei punitiva existente no Brasil, milhares de abortos clandestinos e inseguros são realizados todos os anos, principalmente entre as mulheres pobres e jovens conforme vem apontando os dados oficiais. Isso vem ocorrendo em função da falta do acesso das mulheres pobres as informações e orientações acerca de métodos contraceptivos através de ações educativas que envolvam também não só a questão da natalidade, mas do abortamento legal e seguro dentro do que preconiza a legislação no país.

Desta forma, pretendemos a partir deste estudo chamar atenção para a importância da capacitação dos profissionais envolvidos com a ESF atualmente, já que estes são responsáveis pelo grau de resolutividade das ações desenvolvidas na atenção primária à saúde, a partir, sobretudo do repasse de informações e orientações a fim de dar continuidade ao cuidado, a prevenção e o acompanhamento de fatores que estão inseridos na saúde da comunidade como é o caso do aborto.

Também se torna importante, o entendimento destes profissionais sobre a categoria de gênero, que atualmente é quem traz para o debate a discussão sobre as construções sociais e culturais impostas tanto as mulheres como aos homens em nossa sociedade, como a questão da maternidade. Esta é vista como algo inerente a mulher, logo sendo apenas dela a responsabilidade por seu corpo na hora da relação sexual, como também de gerar ou não um filho. Nesse sentido, quando ocorre a gravidez indesejada e em consequência desta o aborto, a sociedade culpabiliza apenas a mulher por esse ato, criminalizando-a muitas vezes através de atitudes preconceituosas.

REFERÊNCIAS

- ADESSE, Leia; MONTEIRO, Mário F. G.; LEVIN, Jacques. Panorama do aborto no Brasil: grave problema de saúde e de justiça social. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, n. 66, fev. 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **Plano nacional de políticas públicas para as mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **4º Painel de Indicadores do SUS: v. II: Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. (Pacto pela Saúde, v. 4)
- GOLDIM, José Roberto. **Aborto no Brasil**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/abortobr.htm>>. Acesso em: 29 de maio. 2010.
- LOREA, Roberto Arriada. **Aborto e direito no Brasil**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.
- LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis- RJ: Vozes, 1997.
- LUIZ, Carmen Lúcia. **Mulheres em situação de abortamento: um olhar sobre o acolhimento**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.
- MARIZ, Renata. **Direitos da mulher: Renasce o aborto**. Disponível em: <http://www.forumlp.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1827:direito-s-da-mulher-renasce-o-aborto&catid=54:novos-direitos&Itemid=172>. Acesso em: 29 maio. 2010.
- PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi. **História da cidadania**. 3ª ed. São Paulo: Contexto, 2005.
- ROMEU, Cízia de Assis. **Aborto provocado: uma análise da perspectiva de homens e mulheres**. 2006. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.
- SANTOS, Kássia Regina Alves et al. **Gênero, juventude e protagonismo social**. 2007. 64f. Relatório Final do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (Graduação), Curso de Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande: 2007.
- SARMENTO, Daniel. **Legalização do aborto e constituição**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.
- SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. SOS Corpo, Recife, 1991, p.1-27.

SOUZA, Maria Luciana Bezerra. **O lugar da atenção básica na política de saúde**. 2011. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

VASCONCELOS. K. E. L; CARNEIRO. T. S. **Saúde da família em foco**: uma análise da realidade Campina Grande/PB. Campina Grande, EDUEPB, 2009.

VELLOSO, Renato. **Relação de gênero**: notas introdutórias, ed. Enfoque, vol.20 n°

VENTURA, Miriam. **Descriminalização do aborto**: um imperativo constitucional. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

WEBER, Demétrio. **Brasil tem um milhão de abortos clandestinos por ano**. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/pais/mat/2007/05/30/295957896.asp>> Acesso em: 10 mar. 2011.