

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – CCH
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL – ESS

PRISCILA MELO PEREIRA

SER MÃE É PADECER NO PARAÍSO? A questão do aborto como a dominação do corpo da mulher.

Rio de Janeiro

2016

PRISCILA MELO PEREIRA

SER MÃE É PADECER NO PARAÍSO? A questão do aborto como a dominação do corpo da mulher.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como pré-requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientação: Prof^ª Dr^ª Janaina Bilate

Rio de Janeiro

2016

PRISCILA MELO PEREIRA

SER MÃE É PADECER NO PARAÍSO? A questão do aborto como a dominação do corpo da mulher

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como pré-requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Rio de Janeiro, _____, de _____ de 2016.

Prof^a. Dr^a. Janaína Bilate Martins

Orientadora

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof^a. Dr^a. Vanessa Bezerra de Souza

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

A.S Camila Silva Brandão

Assistente Social do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - HUGG

À minha família, que nunca poupou esforços para investir na minha educação e sempre acreditaram em mim.

De Elisa Lucinda

Aviso da Lua que menstrua

Moço, cuidado com ela!
Há que se ter cautela com esta gente que menstrua...
Imagine uma cachoeira às avessas:
cada ato que faz, o corpo confessa.
Cuidado, moço
às vezes parece erva, parece hera
cuidado com essa gente que gera
essa gente que se metamorfoseia
metade legível, metade sereia.
Barriga cresce, explode humanidades
e ainda volta pro lugar que é o mesmo lugar
mas é outro lugar, aí é que está:
cada palavra dita, antes de dizer, homem, reflita..
Sua boca maldita não sabe que cada palavra é ingrediente
que vai cair no mesmo planeta panela.
Cuidado com cada letra que manda pra ela!
Tá acostumada a viver por dentro,
transforma fato em elemento
a tudo refoga, ferve, frita
ainda sangra tudo no próximo mês.
Cuidado moço, quando cê pensa que escapou
é que chegou a sua vez!
Porque sou muito sua amiga
é que tô falando na "vera"
conheço cada uma, além de ser uma delas.
Você que saiu da fresta dela
delicada força quando voltar a ela.
Não vá sem ser convidado
ou sem os devidos cortejos..
Às vezes pela ponte de um beijo
já se alcança a "cidade secreta"
a Atlântida perdida.
Outras vezes várias metidas e mais se afasta dela.
Cuidado, moço, por você ter uma cobra entre as pernas
cai na condição de ser displicente
diante da própria serpente
Ela é uma cobra de avental
Não despreze a meditação doméstica
É da poeira do cotidiano
que a mulher extrai filosofando
cozinhando, costurando e você chega com a mão no bolso
julgando a arte do almoço: Eca!...

Você que não sabe onde está sua cueca?
Ah, meu cão desejado
tão preocupado em rosnar, ladrar e latir
então esquece de morder devagar
esquece de saber curtir, dividir.
E aí quando quer agredir
chama de vaca e galinha.
São duas dignas vizinhas do mundo daqui!
O que você tem pra falar de vaca?
O que você tem eu vou dizer e não se queixe:
VACA é sua mãe. De leite.
Vaca e galinha...
ora, não ofende. Enaltece, elogia:
comparando rainha com rainha
óvulo, ovo e leite
pensando que está agredindo
que tá falando palavrão imundo.
Tá, não, homem.
Tá citando o princípio do mundo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família que esteve comigo durante toda a minha caminhada escolar, desde o início até este momento. Sou muito grata por todo o esforço dedicado à mim, por todo o trabalho árduo que nunca recusaram para me ver feliz e realizada. Vocês são meu porto seguro, minha inspiração e minha vontade de vencer na vida. Ao meu pai Carlos, por todas as manhãs acordadas de manhã cedo para colocar o pão dentro de casa que nunca faltou, por toda a experiência de vida e amor. À minha mãe Marli, por toda a dedicação à mim prestada, por todo o amor e amizade, por toda a luta e vontade de vencer que me inspiram. Ao meu irmão Guilherme, por todos os auxílios prestados a esse trabalho de conclusão de curso, por todo o companheirismo de sempre, por todo amor e felicidade a mim proporcionado. Aos meus avós Odete e Antônio, por toda a solidariedade e comparecimento quando precisava ou não, estando sempre ao meu lado. Dedico tudo que sou hoje a vocês. Amo vocês.

Ao meu namorado, Ruan Santos, por todo amor e paciência, pelas ajudas prestadas a esse trabalho de conclusão de curso, por todos os ensinamentos acadêmicos e de vida, pelo seu companheirismo e amizade, muito obrigada. Sou grata por te ter em minha vida, e por poder compartilhar todos os momentos dela com você. Te amo.

À minha cunhada e amiga Luisa, por toda a paciência prestada me ajudando neste trabalho de conclusão de curso, com toda sua experiência em normas da ABNT e em Word. Obrigada por sempre ser tão solícita comigo e com minha família.

À minha professora do espanhol Alice, por ter colaborado com meu trabalho de conclusão de curso. Você é uma querida.

Às minhas irmãs de vida, Valéria e Paula, pelos desabafos de desespero por conta deste trabalho, paciência e compreensão. Amo vocês.

À minha professora, coordenadora de projeto e orientadora Janaina Bilate, por toda a paciência, todos os ensinamentos prestados, toda a dedicação e por acreditar mais em mim do que eu mesma, obrigada. Acredito muito na minha profissão, e você é uma das responsáveis por isso. Serei eternamente grata por ter te encontrado na minha caminhada da graduação e espero cruzar muito com você na minha caminhada profissional. Saiba que você foi uma das grandes responsáveis pela assistente social que serei amanhã e espero não te decepcionar.

Aos meus professores da graduação, o meu muito obrigada pelos ensinamentos prestados e pela dedicação. Em especial, gostaria de sinalizar que durante esse percurso, alguns tiveram uma importância maior, pelo tempo de convivência e ensinamentos dentro de sala. À Lobélia Faceira, por ser essa professora e assistente social incrível. Gostar do curso se tornou muito mais fácil com suas aulas intensas e que prenderam muito minha atenção. Ser professora não é fácil, mas você tem talento de sobra. À Vanessa Bezerra, por ser uma professora e assistente social inspiradora. Impossível não se encantar com sua aula e principalmente com sua pessoa. Linda por dentro e por fora. À Morena Marques, por ter me transmitido tanto conhecimento, por ser sempre tão prestativa e solícita comigo, por me inspirar e por me espelhar em você como profissional. Aprendi demais com suas aulas, e fez com que as aulas de estágio se tornassem sempre muito interessantes. Como pessoa e profissional, você é incrível. Marcou demais a minha graduação, mesmo sendo a última a chegar no corpo docente. À Terezinha Martins, por todo o seu conhecimento transmitido, sua solidariedade e por sempre ser tão solícita comigo. Será sempre uma inspiração como autora no que tange as questões de gênero.

À minha supervisora de estágio Camila Brandão, que esteve comigo desde o meu primeiro dia de estágio, até o último. Tive muita sorte de ter tido você como minha supervisora. Para além do vasto conhecimento, e da profissional extremamente dedicada, você é uma pessoa incrível. Amadureci demais desde a primeira vez que conversamos, até hoje, e você é uma grande responsável por isso. Por todos os conselhos, todos os conhecimentos passados, por todo o tempo dedicado a mim e a minha formação profissional, por todos os presentes e conversas, obrigada, de verdade. Minha caminhada na graduação não teria sido o mesmo se não fosse por você. Meu eterno carinho por você, Camilinha.

A toda a equipe do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, por terem contribuído para a minha formação profissional, e por toda a experiência passada, muito obrigada. Guardarei sempre comigo com muito carinho todos os momentos vividos com vocês. Foi muito gratificante.

Às minhas amigas de turma, que estiveram comigo desde o início, minha eterna gratidão. Passamos por muitas coisas juntas, dentro e fora da faculdade, e uma das coisas mais preciosas que o curso de Serviço Social da UNIRIO me proporcionou, foi a amizade de vocês, que levarei para sempre comigo. Gostaria de agradecer à Paloma, por ser meu porto seguro dentro da faculdade. Encontrei minha gêmea onde eu menos esperava. Obrigada por toda a paciência com meus desabafos, por toda a ajuda na graduação e principalmente, por toda a

amizade. Tenho certeza que a UNIRIO foi somente nosso ponto de encontro inicial. À Valéria por sempre estar disponível a ajudar, por todas as xerox tiradas e caronas dadas. Ainda que muito diferente de mim, tenho um carinho muito grande por você e sei que sempre terei você para pôr a mão por mim. Fez muita diferença ter você comigo na graduação. À Rosângela, minha eterna Roro, a nossa mãezinha do curso, que sempre esteve presente disposta a dar um abraço ou uma bronca, se necessário. Extremamente solícita, e amorosa. Uma flor de pessoa com um coração gigante À Iane, por ser uma das pessoas mais descontraídas e engraçadas que eu conheço. As aulas ficaram muito menos tensas com você do meu lado. A simpatia em pessoa, que me conquistou demais. Uma querida que levarei para sempre comigo. À Raísa, que ainda que não seja da minha turma e que tenhamos nos aproximado quase no final da faculdade, foi muito importante nesses últimos períodos. Uma linda, que sempre reclama dos meus áudios grandes, mas que sempre esteve disposta a escutar meus desabafos e ajudar. Obrigada por tudo. Levarei todas com muito carinho em meu coração, e quero que continuemos próximas, mesmo quando a vida tente nos separar. Amo vocês.

RESUMO

A discussão acerca da temática aborto é intensamente complexa, uma vez que a sociedade foi educada a pensar e agir conforme normas padronizadas e de cunho moralista e machistas, expressão da moral de um Estado Patriarcal. De acordo com essa educação de gênero, a mulher torna-se subordinada ao homem, que por sua vez, tem papel fundamental dentro do sistema capitalista: a produção. Ficou-se então definido que a mulher ficaria encarregada da responsabilidade com a família, enquanto o homem teria como função trabalhar para sustentar o lar. As leis voltadas para a punição do aborto já vem desde o século XIX, sofrendo modificações até chegar ao Código Penal de 1940, no qual permanece vigente até os dias atuais. Os movimentos de luta feministas começaram no século passado e também perduram até a atualidade, visto que a legislação no que tange as questões voltadas para o aborto é punitiva e restritiva. A moralização é um dos conceitos mais frequentes quando há a discussão acerca da realização do aborto. Isso devido ao fato de que a religião tem grande influência nessa temática e na política. A grande massa dos representantes políticos religiosos, dentro de um país que é laico, dificulta o avanço da discussão, que acaba em sua grande maioria no discurso “sou a favor da vida”. Enquanto esses mesmos políticos escondem-se atrás desse discurso moralizador, impregnado de machismo, e anseio de subordinação de um sexo pelo outro, milhares de mulheres morrem e o número de abortos inseguros e ilegais não para de crescer. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de trazer subsídios acerca da temática do aborto a partir da luta, não somente, da saúde da mulher, mas também pela autonomia sobre seu próprio corpo, a partir de seu poder de escolha. Esse trabalho tem como objetivo argumentar e trazer elementos que sejam de relevância para a compreensão acerca da temática do aborto. Visto isso, é importante que haja uma assimilação no que tange a ordem apresentada neste trabalho. É necessário que para o entendimento do assunto, compreenda-se primeiramente acerca do sistema capitalista e seu funcionamento, e como se (re)produz a educação de gênero pelo viés machista utilizada pelo mesmo sistema de forma estratégica, facilitando a leitura e a compreensão do exposto no trabalho acerca da desigualdade de gênero, e posteriormente sobre o aborto.

Palavras-chave: Aborto; Sistema Capitalista; Educação de Gênero; Desigualdade de Gênero.

RESUMEN

La discusión acerca del aborto es muy compleja, ya que la sociedad fue educada a pensar y agir de acuerdo con las normas padronizadas machistas bajo la subordinación de un Estado patriarcal. Según la educación de género, la mujer se convierte en un ser subordinado al hombre, que por su vez, tiene papel fundamental dentro del sistema capitalista: la producción. Así que se decidió que la mujer sería responsable ante la responsabilidad de la familia, mientras el hombre tendría que trabajar para proveer el sustento del hogar. Las leyes destinadas a la sanción del aborto vienen desde el siglo XIX, pasando por cambios hasta llegar al código Penal de 1940 que sigue vigente hasta el día de hoy. Los movimientos de lucha feministas comenzaron en el siglo pasado y también persisten hasta la actualidad, ya que la legislación relativa a los problemas que enfrenta el aborto son punitivas y restrictivas. La moralización es uno de los conceptos más frecuentes cuando hay discusión sobre el aborto. Esto es debido al hecho de que la religión tiene una gran influencia sobre esta cuestión y sobre la política. La gran masa de los representantes políticos religiosos, en un país que es laico, dificulta el desarrollo de la discusión, que termina en su mayoría en el discurso: 'Soy a favor de la vida.' Mientras esos mismos políticos se esconden detrás de ese discurso moralizante, impregnado de machismo, y la subordinación del deseo de un sexo por el otro, miles de mujeres se mueren y el número de abortos inseguro e ilegales sigue creciendo. De esta manera, se evidencia la necesidad de traer discusiones acerca de la temática del aborto a partir de la lucha, no sólo por salud de la mujer, sino también por la autonomía sobre su propio cuerpo, desde su poder de elección. Este trabajo tiene como objetivo discutir y llevar elementos que sean relevantes para la comprensión del tema aborto. Dado que es importante que haya una asimilación respecto a la orden que se presenta aquí. Es necesario para entender el tema, en primer lugar entender de que se trata el sistema capitalista y su operación, y como funciona la educación de género machista utilizada por el mismo, estratégicamente, facilitando la lectura y la comprensión de lo presentado en el trabajo sobre la desigualdad de género, y posteriormente sobre el aborto.

Palabras clave: Aborto; Sistema Capitalista; Educación de Género; Desigualdad de Género.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Orçamento Geral da União (Executado em 2014) – Total = R\$ 2,168 trilhão.....	46
Figura 2 – Razão de mortalidade materna por raça/cor.....	81
Figura 3 – RMM por raça/cor segundo causas selecionadas.....	82
Figura 4 – Mulheres de 18 a 49 anos de idade que já tiveram algum aborto provocado, total, por cor ou raça e situação de domicílio.	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estimativa de indução de aborto global e regional de 1990-1994 e 2010-2014	17
Tabela 2 - Legalidade do aborto, 2016	19
Tabela 3 – Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – 2000-2015).....	43
Tabela 4 – Relação entre o percentual do orçamento geral da União gasto com juros e amortizações da dívida pública e o percentual dos gastos com as áreas da saúde, educação e assistência social nos anos de 2006 a 2010.	45
Tabela 5 - Mulheres de 18 a 49 anos de idade que já tiveram algum aborto provocado, total, percentual e coeficiente de variação, por nível de instrução e situação do domicílio.....	67
Tabela 6 – Como se Sentiram Depois de Terem Feito o Aborto. Em Percentagem.....	72
Tabela 7 - Tipos de desfecho (números absolutos) dos eventos reprodutivos segundo sexo, faixa etária e segmento social.....	75
Tabela 8 – Aborto no código Penal de 1940.....	88
Tabela 9 – Comparativo entre o Código Penal e a PL 2.069/2013	91

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 - SAÚDE PÚBLICA E OS REBATIMENTOS DO SISTEMA CAPITALISTA PARA A SAÚDE DA MULHER	26
1.1) Saúde pública na sociedade capitalista	29
1.2) A mulher no sistema capitalista: a busca por autonomia	47
1.2.1) Sistema capitalista e suas implicações na saúde da mulher	57
CAPÍTULO 2 - MEU CORPO, MINHAS REGRAS: A QUESTÃO DO ABORTO	63
2.1) Não é só questão de saúde pública, aborto é questão de gênero e de classe	68
2.2) Um estudo da legislação acerca do aborto – o caso Brasileiro	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIA	101

INTRODUÇÃO

A trajetória de dois anos estagiando na área da saúde me trouxe um engrandecimento profissional de considerável importância para minha formação como assistente social. Decidi me aprofundar nesse campo de estudo devido à magnitude de oportunidades de pesquisas a serem realizadas, e o reconhecimento da necessidade de fazê-las. Nesse trabalho de conclusão de curso irei estudar a saúde da mulher, me remetendo especificamente a questão do aborto, apontando como nosso corpo acaba sendo objeto de intervenção de muitos, com destaque para o Estado capitalista.

O interesse em estudar esse tema proveio a partir de uma experiência significativa no campo de estágio. Uma adolescente de 17 anos deu entrada no hospital onde eu estagiava com risco de vida devido à tentativa de um aborto. A investida no abortamento, segundo a adolescente, ocorreu com a leitura na internet de como o fazer. A paciente tem uma filha e a recusa pelo segundo/a, em sua tentativa de tira-lo/a, foi realizado por meio da introdução de substâncias químicas em si. O relacionamento da adolescente com seus familiares mais próximos, sua mãe e sua avó, não era considerado bom por todas as envolvidas, e devido a essa circunstância, nenhuma das duas citadas estava ciente da gravidez. A adolescente e seu/a filho/a não vieram a óbito, e saíram do hospital passando bem.

A experiência relatada, muito semelhante a outras tantas que acabamos por saber, seja por uma ligação próxima, seja por que alguém nos relatou, foi fundamental para a minha escolha de estudo desse trabalho, devido à intensidade do impacto causado em mim, e principalmente por entender a necessidade da discussão acerca dessa questão. Com isso, me indaguei em relação aos motivos pelo qual uma pessoa poderia passar por tal situação, bem como qual era o principal perfil das mulheres que se arriscam e se submetem a esse processo, intentando, ainda, buscar desvendar a questão do aborto não somente como uma questão de saúde pública, mas também como uma questão de gênero, no qual o Estado obriga mulheres a se submeterem a escolhas de vida que não lhes pertencem, forçando-as a maternidade. É necessário então que a discussão do aborto envolva questões com uma amplitude bastante profunda e que deve ser analisada, bem como afirma a autora Heilborn et al:

Assim, o cenário de uma interrupção voluntária da gravidez envolve as modalidades das relações entre gêneros e gerações, o modo como as relações familiares se organizam, o acesso às políticas públicas, o pertencimento de raça/cor, medicamentos e serviços de saúde

compatíveis com as necessidades dos usuários, na conexão/desconexão entre sexualidade e reprodução, entre direitos sexuais e direitos reprodutivos, no confronto entre normas/legitimidade e práticas oficiosas, entre o público e o privado, entre religião e política, dentre outros (HEILBORN et al, 2012: 226)

Dessa forma, cabe aqui destacar que ainda que não seja o tema com maior número de pesquisas, inclusive por ser ilegal no país, dependendo dos motivos de sua execução, o estudo sobre o aborto é necessário, levando em consideração, principalmente, o binômio raça/classe¹. A questão do aborto é estudada de inúmeras formas, mas principalmente no que tange a sua concepção como problema de saúde pública. Essa questão ganha maior relevância dos pesquisadores quando se discute esse tema por se tratar de alta mortalidade de mulheres no país por conta de procedimentos inseguros, em lugares insalubres e mal feitos. Entretanto, há de se ressaltar que a clandestinidade desse procedimento não é de extrema periculosidade para todas que se submetem ao aborto, mas principalmente para as que não possuem recursos financeiros para arcar o feito desse procedimento com segurança e qualidade médica.

São poucas as publicações relacionadas ao aborto. Como já dito, grande parte concentra-se na discussão dessa temática na perspectiva de saúde pública. Entretanto, poucas pesquisas são levantadas e pouco há diversidade no assunto. A realização de pesquisas acerca da questão do aborto tem um grau de dificuldade elevado para a sua realização visto que é criminalizado no Brasil, não sendo possível expor com exatidão o número de mulheres que já realizaram esse procedimento.

Ainda que existam algumas pesquisas sobre aborto no Brasil, seu estudo é pouco feito visto que a sociedade guiada por normas estabelecidas por meio de um Estado patriarcal e a grande influência religiosa também são fatores decisivos para o pouco rendimento nessa área de publicações. Por isso, principalmente no que tange a discussão de fatores que trazem impactos diretos para a desconstrução ideológica do sistema vigente são pouco estudados. Dessa forma, o debate acerca do aborto como uma questão de gênero e de classe são minimamente feitos e pouco divulgados.

¹ O sistema capitalista evidencia a desigualdade social, de gênero e racial. Dessa forma, o risco de morte para mulheres negras e pobres é superior ao de mulheres brancas e de classe média/alta. Como aponta o autor Silva: “conforme evidenciam as diversas análises de natureza sociológica e antropológica, bem como os indicadores sociais produzidos por pesquisas realizadas pelas diversas instituições que têm se debruçado sobre o problema, entre outras: o IPEA, o IBGE, e o PNUD (ONU) que apontam a grande marginalização desse grupo social na educação, no mercado de trabalho, na expectativa de vida etc., demonstrando o abismo quanto à qualidade de vida e poder econômico que separam a população branca da negra” (SILVA, 2009: 1).

Uma pesquisa acerca dos estudos sobre o aborto foi realizado por meio das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e demonstram que apenas 12 artigos com as exigências (ter sido publicado entre os anos de 2008-2012, e estar na língua portuguesa) das autoras foram encontrados (ANDRADE; PORTO; GOMES, 2016).

Há pesquisas da proporção do aborto no Brasil e no mundo, bem como acerca do perfil das mulheres que o praticam. Em 2008, a autora Diniz apresentou de acordo com uma pesquisa realizada durante 20 anos o perfil das mulheres que majoritariamente abortam no Brasil. “Predominantemente, mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com misoprostol” (DINIZ, 2008: 8). Um estudo sobre o aborto na América Latina mostra o perfil das mulheres:

Quase nove em cada 10 pacientes completaram pelo menos o ensino secundário, cerca de 75% tinham menos de 30 anos e uma proporção semelhante não eram casados. 54 % nunca tinha dado à luz, e 13% já tinham tido pelo menos um aborto induzido. [...] 3% tiveram complicações menores do procedimento (por exemplo, hemorragia intensa ou dor pélvica), e 2% apresentaram complicações graves (por exemplo, infecção pélvica, sangramento ou suspeita de perfuração uterina) (STRICKLER; HEIMBURGER; RODRIGUEZ, 2001).

Esta questão não é pertinente apenas em solo nacional. O número de abortos no mundo entre 2010 e 2014 chegou a 56 milhões de feitos desse procedimento a cada ano Para além, quase 7 milhões de mulheres ao ano tem complicações causadas pelo aborto inseguro. Na Tanzânia, a maior causa de morte materna é devido ao aborto inseguro (GUTTMACHER INSTITUTE, 2016). A tabela abaixo mostra a proporção de abortos realizados entre os anos de 1990-1994 e 2010-2014. Observa-se a diminuição de abortos na maior parte dos continentes, sendo exceção a América Latina e a África.

Tabela 1 - Estimativa de indução de aborto global e regional de 1990-1994 e 2010-2014

Mundial e regional	Nº de abortos (milhão)		Taxa de aborto*	
	1990-1994	2010-2014	1990-1994	2010-2014
Mundial	50.4	56.3	40	35

Países desenvolvidos	11.8	6.7	46	27
Países em desenvolvimento	38.6	49.6	39	37
África	4.6	8.3	33	34
Ásia	31.5	35.8	41	36
Europa	8.2	4.4	52	30
América Latina e Caribe	4.4	6.5	40	44
América do Norte	1.6	1.2	25	17
Oceania	0.1	0.1	20	19

*Número de abortos entre 1000 mulheres de 15-44 anos.

Tradução foi realizada pela autora deste trabalho de conclusão de curso.

Fonte: Guttmacher Institute. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/facts-induced-abortion-worldwide>

Observa-se que houve um aumento no número de abortos realizados anualmente no mundo. Na década de 1990, representada pelos anos de 1990 a 1994, correspondiam a 50 milhões de abortos por ano, enquanto nos últimos anos demonstrados na tabela, foram de 56 milhões de realizações desse procedimento. Na tabela encontra-se uma análise comparativa no que tange a proporção de mulheres que abortam em cada continente e sua média mundial em relação a 1000 mulheres: a média mundial é de 35, e o continente com a maior taxa nesse comparativo é a América Latina, com respectivos 44 mulheres. A pesquisa informa que a região que mais realiza aborto nessa perspectiva é o Caribe, com 65 para cada 1000 mulheres. A tabela retirada do site do Guttmacher Institute ainda avalia as diferenças de números entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. No primeiro citado, observa-se que houve um declínio no número de 1990-1994 para 2010-2014 de abortos realizados, enquanto no segundo, esse número aumentou mais de 10 milhões (GUTTMACHER INSTITUTE, 2016).

Ainda de acordo com a tabela, nota-se que o maior número de abortos que ocorrem no mundo é na África. Entretanto, sua taxa de aborto no que tange a um comparativo de 1000 mulheres na faixa etária entre 15-44 anos, esse continente perde para a América Latina. Desta forma, a pesquisa, ainda que indiretamente revela que, grande parte dos abortos induzidos na África ocorrem antes dos 15 anos de idade.

Um outro dado que é importante ressaltar, mas que não está explícito na tabela, é a média de gravidez que terminam em abortos. A mundial é de 25%, mas a análise também faz presente a comparação entre os países desenvolvidos e os países em

desenvolvimento². Nos países desenvolvidos, a taxa registrada nos anos de 2010 a 2014 é de 28%, significando uma redução se comparado a 1990-1994. Já nos países em desenvolvimento, o quadro é o inverso ao primeiro citado, sendo registrado nos anos de 2010 a 2014 24%, enquanto em 1990 a 1994 era de 21% (GUTTMACHER INSTITUTE, 2016).

Como demonstrado na tabela 1, a América Latina é o continente com maior taxa de abortos em uma comparação com mil mulheres. Visto isto, abaixo, a tabela 2 informa o posicionamento de cada país deste continente em relação a sua legislação voltada ao aborto.

Tabela 2 - Legalidade do aborto, 2016

PAÍSES E TERRITÓRIOS NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE PODEM SER CLASSIFICADAS EM SEIS CATEGORIAS DE ACORDO COM AS PERMISSÕES DE REALIZAÇÃO DO ABORTO.	
MOTIVO	PAÍSES
Totalmente proibido, ou Não há um motivo explícito para salvar a vida da mulher	Chile, República Dominicana, El Salvador, Haiti, Honduras, Nicarágua e Suriname
Para salvar a vida da mulher	Antígua e Barbuda, Brasil (a), Dominica, Guatemala, México (a, d, g), Panamá (a, d, f), Paraguai e Venezuela
Para preservar a saúde física da mulher ou para salvar sua vida	Argentina (a), Bahamas, Bolívia (a, c), Costa Rica, Equador (b), Granada, Peru
Para salvar a saúde mental, física e a vida da mulher	Colômbia (a, c, d), Jamaica, São Cristóvão e Nevis, Santa Lúcia (a, c) e Trindade e Tobago
Razões socioeconômicas, para salvar a saúde mental, física e a vida da mulher	Barbados (a, c, d, f), Belize (d), São Vicente e Granadinas (a, c, d)
Não há restrições	Cuba (f), Guiana, Porto Rico e Uruguai (f)

NOTAS: (a) estupro, (b) estupro de uma mulher com deficiência mental, (c) incesto, (d) dano fetal. Alguns países restringem o aborto devido algumas exigências. (e) autorização do cônjuge (f) Autorização familiar, (g) O México é um país no qual a legislação em relação ao aborto depende de cada estado. Os países que estão no grupo das razões sócio-econômicas ou que não possuem nenhuma restrição possuem um limite gestacional (normalmente no primeiro trimestre).

Fonte: Guttmacher Institute. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/facts-abortion-latin-america-and-caribbean> / Tradução realizada pela autora deste trabalho de conclusão de curso.

² Os termos “países desenvolvidos” e “países em desenvolvimento” estão sendo utilizados devido ao fato de estarem presentes na tabela exposta. Entretanto, a autora prefere os termos países centrais do capitalismo e países periféricos, utilizado pelos autores marxistas.

Nota-se que a proporção de países que não tem restrições com relação à prática do aborto é minoria no continente. Há, inclusive, mais países que proíbem o aborto totalmente, ou que possuem restrições extremamente fortes a sua prática, do que países que não possuem restrições. Com isso, 97% das mulheres que estão em idade fértil (15-44 anos) vivem em países que tem algum tipo de restrição em relação ao aborto, ou que proíbem totalmente sua prática (GUTTMACHER INSTITUTE, 2016).

Ainda é importante que se faça algumas observações em relação ao apresentado na tabela. Em referência ao Brasil, na tabela o país se encontra no grupo que autoriza o aborto em caso de risco de vida da mulher, bem como em situações de estupro. Entretanto, no Brasil também é possível fazer um aborto em caso de gestantes que tenham fetos anencéfalos. A decisão da justiça ocorreu em 2012, por acreditar que o aborto nessas circunstâncias não estaria tirando a vida de um ser humano. Porém, essa decisão não se encontra no código penal, onde é explícito as práticas de aborto legalizadas e criminalizadas.

Outra questão que é importante notar é sobre o Equador. O país se encontra no grupo da tabela que diz ter o aborto permitido a partir da necessidade de preservação da saúde física da mulher, bem como para salvar sua vida. Entretanto, na legenda o Equador também aparece como outra alternativa de permissão para a prática do aborto. No Equador, é permitido realizar um aborto quando uma mulher deficiente sofre um estupro. No país, a permissão para a realização do aborto devido ao sofrimento de um estupro só ocorre se a mulher for deficiente. Essa questão se encaixa no quadro da discussão do aborto como um problema de gênero no qual me remeti sendo um dos assuntos tratados nesse trabalho. O que me parece com essa permissão do país com relação à realização do aborto, é que mulheres que não são deficientes têm condições de não sofrerem o estupro porque teriam condições de se defenderem, ou porque permitiram a ação do estupro. Um Estado que acredita que a mulher tenha permitido um estupro pelo fato dela não ser deficiente é comprovadamente um Estado patriarcal e excludente, sendo esse um dos motivos pelo qual se luta pela autonomia da mulher e pela igualdade de gênero.

O aborto inseguro é uma das principais causas da mortalidade materna no mundo. Os países que restringem sua prática, ou até mesmo a proíbem por completo, são as com maior índice de realização de aborto. O Guttmacher Institute afirma que nos países onde o aborto é legalizado ou há uma restrição menor, a taxa de realização desse procedimento é de 34 para 1000 mulheres, enquanto nos países onde o aborto é restrito

ou ilegal, sua taxa sobe para 37 em comparação com 1000 mulheres (GUTTMACHER INSTITUTE, 2016). Ainda que pareça que a diferença não se mostre muito significativa, é válido lembrar que no mesmo grupo que engloba os países que legalizaram o aborto, também engloba os que não legalizaram, mas que sua restrição é menor, o que significa que o número desse grupo tende a subir. Isto reflete que não é porque existe a permissão que o número aumentará. Se fosse isto, teríamos uma diferença significativa entre a comparação apontada.

Segundo o Guttmacher Institute, a probabilidade da gravidez na América Latina e no Caribe terminarem em aborto subiu de 23% de 1990-1994 para 32% de 2010-2014. Ainda afirma que no ano de 2012 foi registrado que 6,9 milhões de mulheres, das que residem nas regiões onde a legislação é restrita em relação ao aborto, precisaram de tratamento causado por complicações na realização do mesmo. E nas mesmas pesquisas buscadas pelo Instituto, afirmam que cerca de 40% dessas mulheres que tem complicações pelo processo de aborto inseguro nunca receberam um tratamento. O tratamento para a saúde pública dos países em desenvolvimento causados pelo aborto inseguro gera um custo alto aos cofres públicos, no qual pesquisas afirmam ser de 232 milhões de dólares. Entretanto, esse valor é respectivo às mulheres que receberam o tratamento, mas se for analisar as que não tiveram acesso ao mesmo, esse valor sobe para 562 milhões de dólares (GUTTMACHER INSTITUTE, 2016).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo cada vez maiores cortes financeiros. O sistema dessa política social foi criado a partir de uma perspectiva não mais de somente o tratamento das doenças que os sujeitos adquirem no decorrer de suas vidas, mas o reconhecimento de como essas doenças foram geradas. Passando, dessa forma, a entender a saúde como a vida social dos sujeitos. Os rumos dessa política social, que até então eram tratados de forma assistencialista e filantrópica no Brasil, passa a se modificar a partir de 1986 quando foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se juntou grupos agregando ideias altamente avançadas e revolucionárias, pautados no Movimento de Reforma Sanitária. Nessa conferência foi proposto o Sistema Único de Saúde, que dois anos mais tarde seria regulamentado na Constituição Federal de 1988, por meio das Leis 8080/90 e 8142/90.

No que tange a sua formação, a saúde no Brasil engloba a universalização, o direito e a garantia ao seu acesso, e a qualidade de seus serviços. Ainda que constitucionalmente o SUS seja previsto dessa forma, sua implementação está distante do idealizado. Não à toa, os atendimentos das mulheres com complicações após o

aborto muitas vezes não acontecem. A atual conjuntura vivida, e que tem rebatimentos no SUS, é algo a se esperar, visto que o sistema criado a atender as demandas de saúde no país não são compatíveis com as ideias de modelo de Estado em curso. Isso se explica devido ao fato de que na década seguinte a Constituição Federal que legitimou em sua legalidade a democratização dos direitos sociais, o modelo neoliberal começou a ser instaurado no Brasil, ainda que tardiamente, pois já estava presente em outros países do mundo. Esse modelo não condiz com a Constituição promulgada em 1988, visto que atua na direção da retração do Estado na provisão dos direitos sociais e promovendo a desregulamentação do mercado de trabalho. Deste modo, enfraqueceu uma luta que estava sendo construída, face à implementação da contrarreforma privatizante neoliberal.

No que tange à saúde da mulher, como acima mencionado, a saúde ultrapassou a perspectiva meramente concentrada na doença, entendendo as ações cotidianas e a vida social da população como necessárias para se formar seu conceito. Ainda que a saúde seguida nessa perspectiva seja incorporada tanto para os homens como para as mulheres, na realidade há diferença entre ambos devido ao Estado patriarcal, o qual a sociedade tem como referência hegemônica. A inserção das mulheres no âmbito trabalhista duplicou a jornada de trabalho das mesmas visto que a responsabilização perante a família ainda se concentra na mulher. Dessa forma, os rebatimentos para sua saúde também se duplicaram. Essa questão é resultante de uma educação de gênero³ ensinada em nossa sociedade e aproveitada pelo sistema capitalista de forma estratégica para seu melhor funcionamento.

As degradações dos hospitais públicos completamente negligenciados pelo Estado também afetam a saúde da mulher, inclusive violando direitos básicos. A formulação de leis e sua presença na Constituição Federal de 1988 não definem o funcionamento correto como o previsto, pois o Estado não tem interesse no investimento nas instituições públicas, mas sim privatiza-las, gerando lucro para os grandes empresários. É por meio desse Estado neoliberal e conservador que as expressões da “questão social”⁴ aumentam e neste embate capital x trabalho, são intensificadas as desigualdades sociais, de classe e de gênero.

³ A educação de gênero mencionada neste trabalho de conclusão de curso é pautada por preceitos machistas, baseada no Estado patriarcal.

⁴ A “questão social” é uma consequência da relação entre o sistema capitalista e o trabalho: É resultado da contradição entre o capital e o trabalho, tendo a extração da mais-valia como uma de suas expressões. Há sempre os dois lados que formaram a desigualdade social, o preconceito e discriminação visto que é necessário a construção desse quadro para que o sistema capitalista funcione. Dessa forma, há sempre

Vivemos em uma sociedade na qual o Estado apoia o lucro dos donos dos meios de produção enquanto a classe trabalhadora, com significativa parcela pauperizada, vende sua força de trabalho para sobreviver, criando um sistema desigual. O capitalismo é um sistema que surgiu há séculos atrás, quando o sistema feudal começou a entrar em declínio com o surgimento dos cercamentos de ovelhas. Esse novo modo de produção que surgiu na Inglaterra, em sua origem foi, em alguma medida, “revolucionário”, pois possibilitava o trabalhador livre e a mobilidade de classes. No entanto, logo sua diretriz de extração de mais-valia⁵ sob a venda da força de trabalho alienada veio à tona. Dessa forma, a vida, representada pelo cultivo de alimentos, perdeu importância para o lucro, representado pela produção de lã (MARX, 1867).

A partir desse momento, Marx cita a nobreza que estava sendo criada: “A velha nobreza feudal era aniquilada pelas grandes guerras feudais; a nova nobreza era uma filha de sua época, para qual o dinheiro era o poder de todos os poderes” (MARX, 2013: 790). Isto posto, o capitalismo passou a se desenvolver, começando pelas Revoluções Francesa e Inglesa e, mais tarde, pela revolução industrial, marcada pela substituição do trabalho manual por máquinas. Nesse quadro, a desigualdade se desenvolveu fortemente e alcançou a contradição do capitalismo, pois com o desenvolvimento das máquinas, o acesso a elas deveria ter sido democratizado; porém somente uma parcela dessa população teve a oportunidade de se desenvolver junto a essa tecnologia. Sendo assim, esse momento pode ser analisado de pela contradição de ter um desenvolvimento das forças produtivas e ao mesmo tempo ter um crescimento da pauperização.

A liberdade no sistema capitalista é uma das questões que Marx discute em seu livro “O Capital”, no qual o autor questiona a alienação que esse sistema impõe em relação aos trabalhadores “livres”. Livre, pois não mais o indivíduo pertence ao seu senhor, não sendo mais um modo de produção com base na escravidão. O sistema capitalista é um modo de produção no qual os trabalhadores são assalariados, não sendo propriedade de ninguém, teoricamente, sendo dono de sua força de trabalho. Prado explica essa questão:

A liberdade sob o capitalismo é uma liberdade contraditória. O trabalhador é não propriedade e este é um aspecto positivo da

uma classe que pagará pela precarização de serviços públicos para o investimento em serviços privados. Essa classe é a trabalhadora, negra e pobre, historicamente analisando em nível de Brasil.

⁵Mais valia tem o mesmo significado de mais valor. Marx explica o conceito de mais valia (ou mais valor): “Se compararmos o processo de formação de valor com o processo de valorização, veremos que este último não é mais do que um processo de formação de valor que se estende para além de certo ponto. Se tal processo não ultrapassa certo ponto em que o valor da força de trabalho pago pelo capital é substituído por um novo equivalente, ele é simplesmente um processo de formação de valor. Se ultrapassa esse ponto, ele se torna processo de valorização” (MARX, 2013: 271).

liberdade, por sua vez, o fato de também ser não proprietário, representa um aspecto negativo. Pois o trabalhador, uma vez desprovido das condições materiais para o trabalho, deve se deslocar até o mercado para vender sua própria pele e se submeter no interior da produção aos ditames do capitalista. O fato de ser não proprietário é uma condição para a sua liberdade, pois assim, ele é livre para se movimentar no mercado, mas em contrapartida, esta é uma condição para a sua não-liberdade (PRADO, 2011: 11).

Dessa forma, a liberdade no sistema capitalista é contraditória, pois, apesar dos trabalhadores serem donos da sua força de trabalho, necessitam vendê-la e sujeitarem-se às exigências, às insalubridades, à precariedade e ao sucateamento e à exploração da classe dominante, pois é a única escolha de sobrevivência que lhe restam.

Depois de séculos da implementação desse sistema, o capitalismo passou por crises, como a crise de 1929, que ficou marcada na época por sua grandiosidade, e por sistemas de produção, como o fordismo, até chegar aos dias de hoje, no segundo decênio do século XXI, no qual o modo de acumulação vigente na contemporaneidade, qual seja, o flexível, é motor econômico do que se convencionou chamar de neoliberalismo.

Uma das características do modelo neoliberal é a meritocracia⁶. O sistema capitalista não oferece as mesmas oportunidades para a população, que necessita disputar espaço na sociedade. Essa desigualdade é acentuada no neoliberalismo. O Estado nesse modelo de reprodução das relações sociais é ideologicamente pseudo-neutro, ou seja, passa a impressão de que não tem posicionamento com relação às classes sociais. O Brasil, desta forma, transmite uma imagem de um país de liberdade e oportunidades iguais para todos, porém o Estado brasileiro tem compromisso com os donos dos meios de produção, sendo, como o professor Carlos Montaña cita, “um instrumento fundamental da ordem burguesa” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011: 143). A pretensa imparcialidade do Estado com relação às classes sociais é bastante evidente quando observamos que o mesmo investe dinheiro público em empresas privadas, ajudando no crescimento dos donos dos meios de produção, e reduzindo os direitos das classes subalternas.

⁶A meritocracia é uma característica do modelo neoliberal, no qual estimula à competição entre a população, atribuída a culpa de um possível fracasso ao próprio indivíduo, e não ao sistema que não dá oportunidade para todos. Porém, segue um questionamento: Como podem estimular uma disputa entre classes, ou seja, do indivíduo da área mais pauperizada e que sofre todo o tipo de opressão e descriminalização, até com a burguesia? (de onde você tirou esta nota? Seria bom referenciar o autor, pois na minha concepção, a meritocracia não existe somente no neoliberalismo. Este é um conceito de muito tempo, e bastante caro ao capitalismo)

Face a esse modelo de Estado Capitalista, a questão do aborto é tratada como questão moral. Além das questões acerca da liberdade das mulheres sobre seus corpos, com um sistema de saúde precarizado, como atender as demandas trazidas pelas puérperas, como um atendimento de qualidade, bem como a questão do tratamento do aborto ilegal, que é feito de forma periculosa, principalmente pelas camadas empobrecidas da população? Apesar de grandes conquistas, como a inserção das mulheres nos ambientes de trabalho, na saúde, na construção familiar, os movimentos feministas ainda lutam para que as mulheres possuam autonomia sobre seu próprio corpo, já que no Brasil, o aborto não é legalizado. Entretanto, a luta permanece visto que ainda vivemos em uma sociedade que infringe direitos, e viola a autonomia sobre o próprio corpo da mulher diariamente, haja vista que casos como assédio moral e sexual acontecem a cada minuto.

Essas questões nos mostram que o Estado brasileiro é patriarcal, o qual busca afirmar e reafirmar o lugar da mulher enquanto procriadora e dona de casa, mesmo que esta trabalhe fora. É de grande importância a discussão da desigualdade de gênero que, mesmo depois de tantas lutas, ainda persiste em existir. No entanto, há uma questão de classe que atravessa toda a discussão sobre o aborto, a autonomia da mulher em relação ao seu corpo, e o acesso à saúde de qualidade. A questão do aborto é apenas uma das várias situações que criminalizam mulheres negras e pobres no Brasil, tendo grande influência na construção das expressões da “questão social”.

Dessa forma, essa monografia tem como intuito buscar analisar as determinações direcionadas pelo Estado capitalista que afetam diariamente as mulheres, reduzido seus direitos e inferiorizando-as, e como isso afeta suas vidas. A criminalização do aborto será tema principal a ser analisado, pesquisando sobre as possibilidades de sua relação com a classe social, levando em determinadas situações mulheres a morte.

Deste modo, dividimos em 2 capítulos o trabalho. No primeiro capítulo, falaremos sobre o capitalismo e seu impacto para a saúde da mulher, fazendo inicialmente uma análise acerca deste modo de produção, encaminhando para a discussão sobre a saúde pública e fechando com o debate da saúde da mulher frente ao sistema capitalista. No segundo capítulo inicia-se a discussão acerca do aborto em uma perspectiva generalista, e em seguida afunilando para os pontos a serem tratados no que tange a esse tema. Em um primeiro momento, destaca-se a saúde pública, seguindo a discussão de gênero, o binômio raça-classe e finalizando com o debate atual acerca da legislação brasileira em relação aos projetos de lei propostos.

CAPÍTULO 1 - SAÚDE PÚBLICA E OS REBATIMENTOS DO SISTEMA CAPITALISTA PARA A SAÚDE DA MULHER.

"Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino. Somente a mediação de outrem pode constituir um indivíduo como um Outro.

Simone de Beauvoir, O Segundo Sexo,

O capitalismo é um sistema que vem se desenvolvendo desde o fim do feudalismo, quando os comerciantes, chamados de burgueses, começam a ter protagonismo na história. Com o fim do feudalismo, o sistema de ordem que se instaurou foi o Estado absolutista, que segundo Netto e Braz foi importante para o crescimento desta classe: “a centralização do poder político nas mãos de um monarca absoluto atendeu, num primeiro momento, aos interesses do conjunto da nobreza e dos grandes comerciantes” (NETTO e BRAZ, 2012: 85). Entretanto, esses interesses mútuos não perduraram, passando a ser um empecilho para o desenvolvimento da burguesia, que tratou de eliminá-lo (NETTO e BRAZ, 2012). No século XIX cria-se um Estado ordenado pela burguesia, o qual se estende até os dias atuais: o modo de produção capitalista.

O modo de produção capitalista se baseia na propriedade privada e na transformação da mercadoria⁷ em capital (NETTO e BRAZ, 2012). É um sistema que necessita promover a desigualdade para se sustentar, pois os donos dos meios de produção (burgueses) necessitam extrair mais valia da força de trabalho alienada para gerar mais lucro e aumentar sua riqueza. Enquanto há um aumento mínimo dos donos dos meios de produção há um aumento máximo da população pobre. Dessa forma, esse modo de produção pode ser definido como um sistema de desigual distribuição de riqueza e aumento da pauperização⁸.

Dessa forma, se constituiu nesse sistema a classe explorada e oprimida (classe dos trabalhadores) e a classe exploradora e opressora (a classe burguesa, dona dos meios

⁷ “é um objeto externo ao homem, algo que, pelas suas propriedades, satisfaz uma necessidade humana qualquer, material ou espiritual - a sua utilidade, determinada pelas suas propriedades, faz dela um *valor de uso*” (NETTO e BRAZ, 2012: 92).

⁸ Na contemporaneidade, muitos falam de “nova pobreza”, até mesmo porque desde a implementação do neoliberalismo no mundo tem-se observado uma disparidade nessa perspectiva, porém, não existe “nova pobreza”, porque a mesma vem desde do século XIX com o desenvolvimento das máquinas e sua inserção nas indústrias.

de produção). Esse sistema passou por várias mudanças e construções até chegar nesse modelo que se estabelece no século XXI. Porém, o capitalismo passou antes por outros modelos de produção e por uma crise, que resultou na construção do modelo neoliberal.

Até a grande crise de 1929, o modo de produção era conduzido pela lógica liberalista, em que tinha como fundamento o Estado mínimo, no qual o mercado era conduzido por uma Mão invisível⁹. Em seguida, no pós-segunda guerra mundial, iniciou-se a transformação da monopolização do mercado, sendo o grande avanço no que tange o desenvolvimento do capitalismo, diferenciando da teoria liberal, na qual tinha como princípio o “indivíduo orientado por sentimentos morais” (BEHRING, 2009).

O desenvolvimento dessa monopolização foi realizado por meio da junção do Keynesianismo, criado por John Maynard Keynes, no qual tinha como principal característica o entendimento de que o Estado teria a autoridade de intervir em uma situação de risco econômico – , podendo ter como consequência uma crise, mesmo que isso deixasse um déficit público. Para além, este modelo também determinava a economia como algo não natural, mas sim uma ciência, apresentando a teoria do “equilíbrio econômico”¹⁰ –, com o modelo fordista, criado por Henry Ford, que introduziu um sistema de produção em massa e consumo em massa.

Junto a essas medidas, foi criado o Welfare State, ou Estado de bem estar social, no qual tinha como objetivo a criação de políticas sociais públicas que dessem seguridade ao trabalhador como educação, saúde, habitação etc. Porém, uma nova crise capitalista se instalou (nova porque anteriormente houve a crise de 1929), sendo o Welfare State e o Keynesianismo culpabilizados pela situação, pois as empresas não estavam obtendo lucro suficiente de acordo com o desejado. Esta situação estava ocorrendo devido ao fato de ser uma crise de superprodução, ou seja, estavam produzindo, mas a população não estava consumindo. Dessa forma, esse modelo passa a ser, de acordo com os donos dos meios de produção, o responsável pela crise e pela pressão social grande vindo dos sindicatos exigindo melhores salários e gastos sociais. Foi nesse quadro que o modelo de produção neoliberal apareceu, primeiramente em alguns países e depois na década de 1990 no mundo (BEHRING, 2009). Com o

⁹A mão invisível, teoria de Adam Smith, era o regulador da economia no liberalismo, no qual não deveria ter influência das “loucuras das leis humanas”, segundo BEHRING (2009).

¹⁰A teoria do equilíbrio econômico se dá no sentido de que “a economia capitalista é autorregulável e tende à estabilidade”. Seu conceito é formulado por entender que é “insuficiente a Lei de Say (Lei dos Mercados), segundo a qual a oferta cria sua própria demanda, impossibilitando uma crise geral de superprodução;” (BEHRING, 2009).

aparecimento desse modelo de produção, suas medidas para alterar o quadro de crise que o sistema capitalista se encontrava, podem ser listadas em alguns itens conforme aponta a autora Behring:

A fórmula neoliberal para sair da crise pode ser resumida em algumas proposições básicas: 1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa *natural* de desemprego, ou seja, a recomposição do exército industrial de reserva que permita pressões sobre os salários e os direitos, tendo em vista a elevação das taxas de mais-valia e de lucro; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos; e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político do período anterior (BEHRING, 2009: 309).

O neoliberalismo se introduz com uma perspectiva diferente da implementada pelo Welfare State, na qual tem como objetivo o corte com os gastos sociais para a estabilização do setor financeiro público. Uma outra questão que é trazida pelo modelo neoliberal é o aumento das ONG's, organizações que se dizem motivadas pela solidariedade, que constituem o chamado terceiro setor.

Sendo a redução da autonomia do Estado uma de suas estratégias, o neoliberalismo abre as portas do país para a internacionalização do mercado, fazendo com que o mesmo seja controlado por indústrias e empresas de grande capital estrangeiro.

Esse novo modelo tem como característica estratégica à manutenção das taxas de lucro a privatização das políticas sociais, o aumento da desigualdade e do empobrecimento de grande parte da população. De acordo com isto, não é sem motivo o aumento do desemprego, das inúmeras tentativas de redução e violação dos direitos trabalhistas, da exploração dos trabalhadores, entre outros aspectos que levaram ao aumento das expressões da “questão social”. Essas questões descritas são necessárias para o funcionamento desse modelo capitalista, visto que para seu pleno andamento, deverá existir a desigualdade de classe, fazendo com que as riquezas fiquem concentradas nas mãos de pequena parte da população, que são os donos dos meios de produção. (BEHRING, 2009)

O compromisso do Estado com esse sistema se estabelece pela proteção da propriedade privada, reprimindo qualquer manifesto contrário aos interesses da ordem burguesa (manifestações por investimentos nas políticas sociais e por melhores

condições trabalhistas, por exemplo). Apesar de sofrer pressão social vindo dos sindicatos, dos estudantes, exigindo investimento público, o Estado só faz o papel de mediador respondendo às demandas da classe trabalhadora se não atingir os interesses da classe hegemônica.

O Estado se sustenta a partir de duas formas de ordenamento: a coerção e o consenso, tendo em vista não poder se sustentar somente pela repressão (usada quando necessária para o controle da “estabilidade social”, que protege os interesses da burguesia) e o consenso no sentido de trazer estabilidade na sociedade (MONTAÑO, 2011). Independentemente do modelo de produção e da época que foi implementado, a lógica do capital sempre se manteve a mesma, tendo como objetivo a exploração da força de trabalho, a extração de mais-valia, a violação dos direitos trabalhistas e sociais, o desemprego, o agravamento das expressões da “questão social”, a redução do investimento em políticas sociais entre outras medidas que crescem a desigualdade, aumentando a riqueza concentrada nas mãos da minoria e conseqüentemente aumentando a pobreza na maioria da população.

1.1) Saúde pública na sociedade capitalista

Na trajetória da política de saúde pública no Brasil, podem ser considerados três modelos de seu fornecimento: assistencialista, previdencialista e universalista. Esse último foi uma grande conquista para os trabalhadores, uma vez que passou a ser um direito de todo cidadão ter acesso a essa política social, pois era uma pauta da luta dos trabalhadores, que desde o início do processo de industrialização brasileiro viviam em estado de exposição a doenças e de desigualdade com relação ao direito de usufruir dessa política social. Poucas iniciativas estatais surgiram na área da saúde no século XIX, como exemplo, de vigilâncias do exercício profissional, e campanhas limitadas. (BRAVO, 2006)

A promulgação da Constituição foi de fundamental avanço para as políticas sociais, na qual a legislação garante, por exemplo, que é dever do Estado oferecer saúde de qualidade, universal e igualitária. Entretanto, pouco tempo depois da promulgação da Constituição Federal, o neoliberalismo¹¹ se estabelece no Brasil na década de 1990.

¹¹ Não é intenção desse trabalho discutir acerca da intervenção profissional do Serviço Social na saúde. Entretanto, é necessário apontar que, assim como a saúde universalista teve reflexos negativos com a implementação do neoliberalismo no Brasil, na atuação profissional estes reflexos também foram sentidos. Nesse momento me refiro aos novos modelos de gestão privatizantes, que o capitalismo traz como proposta com o argumento de que o problema do Sistema Único de Saúde estar sendo sucateado e não oferecendo atendimento de qualidade para a população, é a gestão.

Esse quadro aponta uma contradição de momentos distintos, no qual há uma conquista dos trabalhadores com a Constituição Federal em 1988, uma vez que resulta em uma responsabilização do Estado perante políticas sociais que anteriormente não era de sua alçada, e a contrarreforma do Estado nos anos 1990, expressando condições adversas à implementação de políticas públicas, com destaque para a Seguridade Social. Nos anos 1990, se estabelece no cenário brasileiro ideias políticas voltadas para o acirramento do financiamento do Estado com relação às políticas públicas, e a idealização de um país formado por um Estado mínimo no que tange suas obrigações perante as políticas sociais.

Esse estágio do modo de acumulação capitalista foi contexto de implementação dos avanços legais propiciados pela promulgação da Constituição Federal de 1988 e que foi de grande importância para as lutas que estavam acontecendo na época. Foi nesse momento histórico que a seguridade social passou a ser considerada como política pública, formada pelo tripé previdência, saúde e assistência. Esta última, até então, não era considerada como política pública, e historicamente relegada à coordenação das Primeiras Damas. (MOTA, 2010).

Segundo Bravo (2006), na década de 1980 a saúde tornou-se interesse de vários grupos como os profissionais da saúde – superando o corporativismo¹² – os movimentos sanitários e os partidos políticos. Essa década foi um marco para a saúde, pois em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional da Saúde, na qual se discutiu a perspectiva de democratização da saúde em conformidade com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008). Nessa linha, a saúde pública tornar-se-ia responsabilidade do Estado, sendo ofertada com qualidade, e sem restringir seu acesso à população, tornando-se uma política social de caráter universal.

A partir da promulgação da constituição Federal de 1988, cria-se a base da regulamentação da seguridade social (Título VIII, Da Ordem Social, Art.194 até 204) e

Dessa forma, com a entrada de Organizações Sociais (OS) e as Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares (EBSERH), modelos de gestão propostos pelo sistema capitalista, a intervenção profissional do assistente social enfrenta desafios ainda maiores no que tange à sua intervenção profissional mediada pelo Projeto Ético Político. No artigo do código de ética acerca dos direitos e responsabilidades gerais do assistente social destaca-se: “b) livre exercício das atividades inerentes à Profissão;” “h) ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;” (CFESS, 1993).

¹² “Os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público” (BRAVO, 2006) Importante destacar, pois houve uma superação do corporativismo dos profissionais da saúde, que anteriormente se concentravam principalmente na defesa da assistência média liberal.

a mesma torna-se obrigação do Estado, responsabilizando-o perante uma estrutura que atenda de forma qualificada, e em particular, de forma universal a política de saúde pública. Entretanto, o que observamos das atividades executadas pelo Estado é que são principalmente voltadas para o sucateamento de seu funcionamento, devido à lógica governamental capitalista defendida. Deste modo, os investimentos públicos nas políticas sociais, especificamente falando da saúde, não se processaram à luz do promulgado na Carta de 1988, bem como de suas Leis Orgânicas (8080/90 e 8142/90). Estes são extremamente baixos, precarizando o funcionamento dos hospitais, e ignorando as péssimas estruturas e condições de trabalho e tratamento.

Com o aumento do desemprego, o Estado se viu na necessidade de investir em um outro pilar da seguridade. De forma estratégica, a assistência foi escolhida pela necessidade da sociedade de ter um investimento nessa área. Todavia, não principalmente por isso, mas sim porque com o foco nessa política, as outras duas poderiam seguir o caminho neoliberal de privatização, e a partir disso, a saúde e previdência começam a ser privatizadas, como no caso da saúde pelas organizações sociais (OS), e pela Empresa Brasileira de Serviço Hospitalar (EBSERH) e a previdência através de bancos. A privatização das instituições públicas é algo extremamente grave, reduzindo todo e qualquer direito que os indivíduos conquistaram nos séculos anteriores (MOTA, 2010).

O Estado nem sempre foi o responsável pela saúde no Brasil. Anteriormente a esse fato, o Estado só direcionou sua atenção para a saúde pública no início do século XX como forma de amenização da mortalidade na época, fazendo com que essa política social se concentrasse principalmente nas organizações filantrópicas voltadas para o trabalho assistencialista. Não havia uma compreensão por parte do Estado de que a saúde é fundamental à reprodução capitalista. Não à toa, o investimento na saúde era visto como algo necessário somente para que a mortalidade não aumentasse devastadoramente de forma a causar um prejuízo grande para a produção de mercadorias, assim como para atrair a visão de um governo de êxito, conforme declarado:

Melhores condições sanitárias, de um lado, significavam, uma garantia para o sucesso da política governamental de atração de força de trabalho estrangeira e, de outro, impunham-se como uma necessidade de preservação do contingente ativo de trabalhadores, em um contexto de relativa escassez de oferta de trabalho. O destaque em matéria de atenção à saúde ficava, assim, por conta do controle de enfermidades, tais como a febre amarela, a peste bubônica, a varíola e outras, para as quais o governo federal impôs medidas de higiene,

vacinação, notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de vetores (JUNIOR, NOGUEIRA, 2002: 119/120).

Apesar das péssimas condições de higiene que a população se encontrava, devido muitas vezes à falta de saneamento básico no trabalho e na residência, que resultava na manifestação de graves doenças como febre amarela, malária, entre outras, a saúde pública não recebia investimento por parte do Estado. Segundo Paim: “a passagem do século XIX para o XX, início da industrialização do Brasil, a saúde despontava como questão social, ou seja, como um problema que não se restringia ao indivíduo, exigindo respostas da sociedade e do poder público” (PAIM, 2009, pg. 27). Devido a essa conjuntura vivenciada, Bravo afirma que houve mudanças a partir da década de 1930:

As alterações ocorridas na sociedade brasileira, a partir da década de 1930, têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores (BRAVO, 2006: 90).

Conforme anteriormente citado, a política de saúde no século XX tinha como característica o separatismo e a falta de organização e responsabilização. Dessa forma, não havia um sistema unificado dessa política, mas sim subsistemas que se dividiam por categorias, são elas: saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária¹³ (PAIM, 2009). Até esse momento, a política de saúde tinha sua responsabilidade concentrada somente na saúde pública. Entretanto, apesar de suas atividades não sobressaírem até esse momento, a medicina previdenciária passou a existir na década de 1930 com a criação do instituto de aposentadorias e pensões (IAPs¹⁴). O que distingue principalmente esses dois sistemas, é que a saúde pública é financiada pelo Estado e a medicina previdenciária é financiada por um conjunto formado por empregados, consumidores e patrões. Paim completa:

¹³A medicina previdenciária surgiu como pauta de discussão, a partir de reivindicações dos trabalhadores de que não havia assistência em relação a doenças crônico-degenerativas, pois a saúde pública focalizou-se em doenças contagiosas, que na época, estavam matando grande parcela da população e conseqüentemente afetando a produção e o lucro. (PONTE) Esse novo tipo de assistência médica foi criado com base na previdência através das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), no qual somente parcela da população tinha direito ao mesmo, visto que esse tipo de tratamento médico só era possível através da contribuição de empregados. Posteriormente, com a transição das CAP's para os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), o modo de assistência médica se manteve, no qual, somente os trabalhadores vinculados aos meios de trabalho formal, de carteira assinada, poderiam ter acesso.

¹⁴ O Instituto de aposentadoria e pensões surgiu a partir da reestruturação feita pelo presidente na época, Getúlio Vargas, do até então existente CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões).

Assim, a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como *saúde pública*; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a *medicina previdenciária* e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009: 31).

Foi em 1930 que houve a criação do “Ministério dos Negócios da educação e saúde pública¹⁵” a partir da lei n.º 19.402, de 14 de novembro de 1930. Percebe-se que as duas políticas sociais, educação e saúde, pertencem ao mesmo ministério, mostrando-nos que sua importância para o Estado era quase que irrelevante, visto a falta de exclusividade. Somente em 1953 esse ministério é dividido, criando-se o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Segundo Bravo, em uma visão amplificada, o Brasil não conseguiu eliminar de fato as doenças infecciosas e parasitárias e a grande quantidade de mortalidade na população. Esse quadro, que nos deixa claro o pouco investimento na política de saúde, fez com que a pressão acerca da privatização aumentasse, visto que nos anos de 1950 já havia uma estrutura hospitalar de lógica privatizante preparada.

Em 1955, Juscelino Kubitschek foi eleito presidente do Brasil. Seu governo foi marcado por planos desenvolvimentistas como o “50 anos em 5” e por uma forte industrialização no país. Esse desenvolvimento da industrialização trouxe rebatimentos para a política de saúde, expandindo a assistência médico-hospitalar que tem como objetivo a privatização. “Se no final da década de 1940 cerca de 80% dos recursos federais eram gastos com saúde pública e 20% com assistência médica individual, em 1964 esta distribuição já era exatamente o contrário” (PAIM, 2009: 32) A partir desse momento, observas-se um contraste entre esses dois subsistemas de saúde, no qual há um crescimento ampliado da saúde e privatizante, vinculada à industrialização médica e a um rebaixamento da saúde pública.

Paim traz uma citação interessante de ser analisada: “Justamente no momento em que a economia do país crescia a uma taxa de 10% ao ano, o país enfrentava uma séria crise na saúde” (PAIM, 2009: 33). A desigualdade sempre esteve presente, antes mesmo da instauração do sistema capitalista no Brasil, porém, essa citação do autor nos

¹⁵ “Art. 2º Este Ministério terá a seu cargo o estudo e despacho de todos os assumptos relativos ao ensino, saúde pública e assistência hospitalar”. “Art. 5º Ficarão pertencendo ao novo ministério os estabelecimentos, instituições e repartições públicas que se proponham à realização de estudos, serviços ou trabalhos especificados no art. 2º” (n.º 19.402, de 14 de novembro de 1930).

deixa muito evidente que a desigualdade de classe estava crescendo fortemente. No momento em que o país crescia economicamente, e como consequência, a burguesia se fortalecia, visto que os interesses burgueses no sistema capitalista também são os interesses do Estado, não há um investimento e preocupação com relação às políticas sociais e suas implicações na sociedade.

O que nos fica muito claro nessa citação, como já observado, é que o investimento em políticas sociais ou qualquer tipo de benefício às classes trabalhadoras nunca foram de interesse do Estado, somente quando era necessário, afetando seus interesses, como a mortalidade em massa da classe trabalhadora, com rebatimentos diretos na produção capitalista. Inclusive, o dinheiro dos trabalhadores referente ao pagamento da previdência social, pelo direito ao uso da política de saúde (ainda não era reconhecido como um direito universal), era desviado para o investimento na economia, e não no melhoramento das condições sanitárias. Paim relata que através desse desvio, foram construídas a Siderúrgica Nacional, a ponte Rio-Niterói, a Transamazônica e a Usina de Itaipu.

A década de 1960 foi marcada pelo golpe militar que iniciou em 1964. Segundo Bravo, a burguesia tinha duas possibilidades de opção: “Assegurar o desenvolvimento proposto, concorrendo com projetos alternativos de classe não burguesa na luta pela direção da sociedade, ou garantir a hegemonia pela força, apelando para o comportamento antidemocrático e a dependência, solução adotada” (BRAVO, 2011: 55). Ou seja, havia uma disputa de projetos societários, na qual um previa a igualdade de classes e o outro a exploração de uma classe sobre a outra. Nessa época, a violência tornou-se a voz de comando, fortalecendo um sistema que tem como base a desigualdade social, aumentando a taxa da mais-valia de forma exuberante através de torturas para o controle dos operários. (BRAVO, 2011).

A ditadura militar teve como marco principal um governo antidemocrático, no qual era bem esclarecido seu posicionamento. Seguindo essa ideia, não é surpreendente o fato das classes populares estarem excluídas de todas as atividades que eram contrárias ao governo vigente da época, tendo apenas como utilidade sua força de trabalho altamente explorada. As atividades políticas, por exemplo, era algo que não pertencia a essa classe, visto que para um ordenamento da sociedade, as classes subalternas eram excluídas de qualquer atividade que fosse interferir na ordem que estava sendo estabelecida.

Em uma sociedade que não prevê uma igualdade social¹⁶ e que seja antidemocrática, não há possibilidade de um investimento aprofundado nas áreas sociais, garantindo o bem estar social¹⁷. Houve investimento nas políticas sociais, principalmente na educação, de forma estratégica pelo governo, buscando legitimidade para com a população, utilizando as políticas de proteção social como forma de controle da sociedade, amenizando as expressões da “questão social”, no qual Bravo (2011) chama de “repressão-assistência”. Entretanto, cabe destacar que os interesses vinculados ao investimento das políticas sociais, não teve como objetivo um desenvolvimento social da população, mas sim como uma estratégia para ordenamento da sociedade, livrando-se das inquietações populares, e por de trás, acumulando lucro. O esquema é simples: mais domínio sobre a população, mais acumulação de capital e menos pressão popular.

No que tange a saúde pública no período ditatorial, houve mudanças na organização administrativa pública de todos os ministérios a partir do decreto-lei nº 200 de 1967, sendo o Ministério da Saúde um desses. Como novas funções de sua responsabilidade, a lei estabelece: “Política nacional de saúde; Atividades médicas e paramédicas; Ação preventiva em geral; vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; Controle de drogas, medicamentos e alimentos; Pesquisas médico-sanitárias” (BRASIL, Decreto-Lei nº 200, de 1967). Com essas novas funções decretadas, o Ministério da saúde passa a ser o órgão de maior responsabilidade no gerenciamento em relação às questões destinadas a saúde.

¹⁶ Igualdade social pode ser explicada através da igualdade de classe, tendo em vista a não concentração de renda nas mãos de poucos (os grandes capitalistas e donos da produção) mas sim uma divisão igualitária entre a sociedade em um todo. Entretanto, descrever igualdade social não se remete somente a questão econômica, mas também o direito social de ter educação e saúde gratuita e de qualidade, o direito a habitação, a garantia a um trabalho digno, respeitando os direitos conquistados pela classe trabalhadora historicamente, além das questões de gênero e etnia.

¹⁷ Refere-se a um bem estar social, a um investimento por parte do Estado em políticas sociais, no qual garantissem direitos, como a saúde e educação de qualidade, gratuitas e universais, visando uma perspectiva de sociedade igualitária. No caso brasileiro, não houve a implementação de um Estado de bem estar social, ainda que tivéssemos nos aproximado a partir da Constituição Federal de 1988, sendo conforme Pastor e Brevilheri (2009) denominou de um “ensaio”. Soares esclareceu a situação política do Brasil: “Mesmo em nosso país, onde jamais fomos capazes de construir um efetivo Estado de Bem Estar Social, ao invés de evoluirmos para um conceito de Política Social como constitutiva do direito de cidadania, retrocedemos à uma concepção focalista, emergencial e parcial, onde a população pobre tem que dar conta dos seus próprios problemas. Esta concepção vem devidamente encoberta por nomes supostamente ‘modernos’ como ‘participação comunitária’, ‘auto-gestão’, ‘solidariedade’, onde a solução dos problemas dos pobres se resume ao ‘mutirão’” (SOARES, 2000: 181).

Algumas das principais políticas de assistência desenvolvidas na época, foi o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)¹⁸, o Sistema Financeiro de Habitação (SFH) e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Porém, como citado acima, a implementação de novos recursos sociais para a população tem como intenção o acúmulo de capital, visto que com o Sistema Financeiro de Habitação, por exemplo, a facilitação em adquirir uma casa própria aumenta o interesse da população e consequentemente o lucro no âmbito da habitação. (BRAVO, 2011).

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por conquistas e maior liberdade por parte da sociedade, principalmente com o fim da ditadura militar em 1985. Paim explica o surgimento do movimento que reivindicou uma urgente atenção na área da saúde: “No caso do Brasil, surgiu em meados da década de 70, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura”. (PAIM, 2008: 26/27). Esse movimento contou com a participação para além dos servidores da saúde: contou com a população, os estudantes e pesquisadores, os quais lutavam pelo fim da seletividade nessa área social.

Com base nesse movimento de luta, foi criado o projeto da Reforma Sanitária, que proveio através do um movimento no qual trouxe uma lógica revolucionária de projeto social. Esse projeto é vinculado à área da saúde, mas não somente à questão da cura, mas além, esse projeto prevê uma democratização da vida social dos sujeitos. Segundo Paim (2008), foi através dessas políticas voltadas para a democratização da vida social e democratização do Estado que a reforma sanitária surgiu. O autor nos dá uma dimensão ainda maior em relação ao que foi a reforma sanitária como processo histórico:

A reforma sanitária enquanto fenômeno histórico e social, poderia ser analisada como *ideia-proposta-projeto-movimento-processo*: *ideia* que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; *proposta* como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; *projeto* enquanto síntese contraditória de políticas; *movimento* como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; *processo* enquanto encadeamento de atos e distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2008: 36 – grifo do autor).

Paim chama a atenção para algo importante e deve ser destacado, que é a diferença entre a reforma sanitária e a reforma setorial. A reforma setorial tem como

¹⁸ Em 1966 os IAPs deram lugar ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que futuramente mudaria sua nomenclatura para o atual INSS (Instituto Nacional de Seguro Social).

objetivo uma reforma limitada nos serviços prestados na área da saúde e suas instituições, visando somente à questão da cura. A reforma sanitária traz um vínculo muito maior com os sujeitos sociais, visto a necessidade de uma atenção não só para a reforma setorial, mas também para a vida social dos sujeitos e suas implicações para a saúde da sociedade.

Algumas medidas com relação à questão da saúde foram tomadas no pós-1974, como o Plano de Pronta Ação e a Lei do Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2011). O Plano de Pronta Ação foi implementado em 1974 e teve como objetivo organizar as ações de saúde relacionadas à previdência social, incluindo a universalização da emergência, que foi de grande ganho para a população. O Sistema Nacional de Saúde foi instaurado no ano seguinte e tinha como objetivo a responsabilização do Estado e criticava a amplitude da iniciativa privada na área da saúde (BRAVO, 2011). Importante destacar que havia uma disputa entre dois projetos distintos na área da saúde, no qual, um defendia a reforma sanitária, e o outro a interferência privatizadora, como cita Bravo:

Alguns profissionais da saúde, nesse momento, iniciaram uma reação pretendendo transformar o setor através de modificações no sistema atual (caracterizados pela dicotomia de ações estatais, predominância do setor privado, ênfase no atendimento hospitalar e corrupção), mas enfrentaram embates constantes com os interesses empresariais e industriais que eram hegemônicos nas definições da política de saúde, tendo como um dos articuladores a Federação Brasileira de Hospital (FBH), que congregava os interesses do setor privado (BRAVO, 2011: 76).

Em 1975, como consequência desse movimento que estava surgindo, foi aprovada a lei 6.229, que criava o Sistema Nacional de Saúde¹⁹. Percebe-se pela leitura da lei, que existe uma relação de responsabilização compartilhada entre o setor público e o privado, pois nesse momento ainda não há uma responsabilidade total do Estado e o reconhecimento do direito de todo indivíduo à saúde. A lei também traz a legislação dividida em ministérios, como saúde, educação e cultura, trabalho, conceituando a responsabilidade de cada um.

Como consequência dos setores progressistas que estavam em efervescência, houve em 1976 a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)²⁰, que foi

¹⁹ “Art. 1º O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde” (LEI Nº 6.229, DE 17 DE JULHO DE 1975.)

²⁰ O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde é uma entidade nacional criada em 1976, cuja missão histórica é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde (CEBES).

de grande importância para o movimento de reforma sanitária, pois tinha como objetivo a produção e divulgação de conhecimento acerca da área da saúde. Para além, Paim explica a importância da participação desse centro de estudos para a construção da democracia nesta área:

Ao apresentar o documento *A questão democrática na área da saúde*, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da comissão de saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, o Cebes formulou, pela primeira vez, a proposta do SUS, justificando um conjunto de princípios e diretrizes para sua criação. Desse modo, tanto a RSB quanto o SUS nasceram da sociedade, e não de governos ou partidos. Embora tal proposta só tenha sido incorporada à Constituição da República nove anos depois, é possível comemorar presentemente três décadas dos SUS (PAIM, 2009: 40).

O final da década de 1970 e início da década de 1980 foram marcadas por uma crise que gerou uma grande taxa de desemprego, chegando a inflação a 200% (BRAVO, 2011). Esse cenário trouxe rebatimentos para política de saúde, a exemplo de não conseguir dar prosseguimento a projetos como o Sistema Nacional de Saúde. Nessa onda de crise que gerou prejuízos societários, Bravo destaca:

Os movimentos desenvolvidos pelos sindicatos, apesar do cunho corporativista inicialmente assumido, na luta por melhores salários e condições de trabalho, tiveram também presentes a dimensão mais ampla da questão saúde, com bandeiras contrárias a mercantilização da atenção médica, à exploração do trabalho do profissional assalariado, à política de saúde e ao autoritarismo e ao modelo econômico vigente. A relação saúde e democracia passou a ser colocada constantemente (BRAVO, 2011: 86).

A década de 1980, mais aberta democraticamente, foi marcada por acontecimentos referentes à área da saúde, como a 7ª Conferência Nacional de Saúde, no primeiro ano dessa nova década, com uma nova perspectiva por parte dos trabalhadores para esse encontro, visto que haveria uma maior participação popular, entre eles, os sindicatos e partidos políticos (BRAVO, 2011).

A partir de 1985 o Brasil passa por um período de transição chamado de “Nova República”, que tem como principal constructo político a promulgação da Carta de 1988, com a instituição do Estado Democrático de Direito e uma república presidencialista, tendo como marco da transição o Governo Sarney (1985-1990). Esse período, conforme nos aponta Bravo (2011), aconteceu “pelo alto²¹”. Dessa forma, as forças burguesas foram ganhando mais espaço na sociedade. Em relação à economia,

²¹ Conceito de Antônio Gramsci, “revolução passiva”, ou revolução “pelo alto”, para explicar as transformações ocorridas na sociedade através somente das classes dominantes. Carlos Nelson Coutinho

Bravo argumenta: “O discurso apontava para a recuperação da economia sem recessão e as propostas eram voltadas para o corte de despesas públicas e arrecadação de impostos sobre os assalariados de renda mais elevada, não atingindo o capital financeiro” (BRAVO, 2011: 97).

O ano de 1986 é um marco histórico para a área da saúde e da democratização brasileira, visto o tamanho da dimensão que foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde quase 5 mil pessoas estiveram presentes e postulando-se de acordo com a Constituição Federal de 1988 a “saúde como direitos de todos e dever do Estado”. Foi nesse evento, com base em um amplo debate, que o item referente às questões da saúde da Constituição Federal de 1988 foi consolidado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) entrou para a Constituição Federal de 1988 e foi decretada como lei em setembro de 1990 (Lei 8.080/90). Entretanto, o presidente da época, Fernando Collor de Melo vetou 9 artigos por completo e 5 parcialmente. A Lei 8.142/90 viria como sua continuação ainda no mesmo ano, em dezembro, como um complemento da primeira lei. A Lei 8.080/90 dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como de seus serviços prestados. A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade no que tange a gestão do SUS, e a transferência dos recursos financeiros intergovernamentais. (PAIM, 2008)

A promulgação dessa lei foi de grande avanço para o país e grande vitória para a população que lutou para a construção desse sistema, que é revolucionário visto as condições de saúde que os indivíduos eram sujeitados, necessitando se encaixar no modo de ordenamento nacional da política de saúde para que conseguissem atendimento ou acompanhamento nessa área. Revolucionário, pois transformou uma política social seletiva, na qual grande parte da população que não se encaixava nos ordenamentos sociais, para um sistema universal, no qual tinha, e tem até os dias atuais visto seus fundamentos sanitaristas, o objetivo de atender a toda a população, entendendo ser um direito de cada indivíduo o atendimento em todas as unidades públicas de saúde, e dever do Estado seu oferecimento: “Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, Lei 8.080 de 1990).

conceitua de forma esclarecedora: “Ao invés de ser o resultado de movimentos populares, ou seja, de um processo dirigido por uma burguesia revolucionária que arrastasse consigo as massas camponesas e os trabalhadores urbanos, a transformação capitalista teve lugar graças ao acordo entre frações das classes economicamente dominantes, com a exclusão das forças populares e a utilização permanente dos aparelhos repressivos e de intervenção econômica do Estado”. (COUTINHO, 2003: 196)

O intuito da criação do Sistema Único de Saúde foi a universalização da política de saúde, para que assim se tornasse um direito básico de todo cidadão, sem considerar sua classe social, sua posição no ambiente de trabalho, raça, e sexo, no qual segundo Ocké-Reis “um modelo redistributivo, inspirado nas premissas igualitárias do Estado de Bem-Estar Social europeu” (OCKÉ-REIS, 2012: 21).

O Sistema Único de Saúde tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde, além dos princípios organizativos: a descentralização, a regionalização, a hierarquização, resolubilidade, e participação social (Ministério da Saúde, 1990). Esse sistema é único, pois:

Porque ele segue a mesma **doutrina** e os mesmos **princípios organizativos em todo o território nacional**, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um **Sistema** que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema, referem-se ao mesmo tempo, às atividades de **promoção, proteção e recuperação** da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990: 4 – negrito o autor).

O projeto da reforma sanitária fica explícito na lei 8.080/90:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, Lei 8.080 de 1990).

Ou seja, o conceito de saúde que vigeu no país antes da Constituição Federal de 1988, e que entendia a saúde somente como cura, foi superado, sendo estipulado pela lei a saúde como uma democracia social.

Apesar de ser um Sistema público de saúde, a legislação 8.080/90 garante a participação dos setores privados como complementar: “Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada” (BRASIL, Lei 8.080 de 1990). O movimento que construiu o SUS, quando apresentou seu projeto, não incluiu a participação da iniciativa privada nesse sistema, entretanto, o mesmo tornou-se um condicionante para a implementação do SUS. Essa ação não pode ser considerada involuntária, afinal, para um Estado capitalista, a participação da iniciativa privada é considerada essencial.

O ponto que deve ser questionado, e que nos mostra como funciona essa sociedade, tendo como marco o neoliberalismo iniciado nos anos 1990²², é o fato de que o SUS acaba sustentando, em casos como esse mostrado no art. 24, os setores privado. No intuito de trazer benefícios para a iniciativa privada relacionada à saúde, o Estado não investe, de forma proposital, em estruturas necessárias para o atendimento a qualquer tipo de necessidade dos usuários que deveriam ser solucionadas pelo sistema público de saúde. Dessa forma, quando há algum tipo específico no qual a o SUS não tenha estrutura para seu atendimento, é encaminhado para os setores privados de saúde, e pagos pelo Estado.

Fica claro, que apesar de termos um sistema constitucional de melhores intencionalidades e intervenção, seguindo o conceito de um projeto societário no qual visa à igualdade, vivemos em uma sociedade de lógica capitalista, que acredita na exploração e desigualdade de classe para se sustentar, não sendo compatível o SUS com o capitalismo nesse modo de acumulação, flexível, e dessa forma, não sendo implementado devidamente conforme estipulada na Constituição Federal de 1988.

O SUS é dividido em complexidades, no qual cada uma tem sua importância e funcionamento para o encaminhamento desse sistema. É dividido em serviços básicos, média complexidade e alta complexidade. Os serviços básicos são as conhecidas unidades básicas de saúde (postos de saúde e clínicas da família), onde tem como função, principalmente, a prevenção de doenças através de acompanhamento do usuário, sendo nesse serviço, por exemplo, que há as aplicações de vacinas e campanhas de prevenção. Os serviços de média e alta complexidade são de acordo com a necessidade do usuário, visto que o estágio da prevenção já foi ultrapassado, passando para o estágio da cura, em que precisa-se de estrutura, equipamentos especializados como materiais mais caros. (PAIM, 2009)

Segundo a lógica do projeto da reforma sanitária, os serviços básicos de saúde deveriam receber maior atenção, no sentido de prevenção de doenças e conseqüentemente melhores condições de saúde da população. Entretanto, segundo a lógica mercantil da sociedade capitalista, os setores que devem receber maior atenção são as de maiores complexidades. Essa contradição acontece, pois os setores básicos

²² A partir da década de 1990 houve mudanças no Brasil, tanto com a lei 8.080/90 que passou a ser vigorada, assim como a entrada do modelo neoliberal, que de forma tardia (BEHRING, 2009), comparada com outros países do mundo, principalmente os países centrais, se estabeleceu em território brasileiro. É importante frisar essas duas questões, pois uma tem influência sobre a outra, afetando o andamento e desenvolvimento da política social.

não necessitam de grandes investimentos e despesas no sentido tecnológico, e não há necessidade de serviços complementares por parte da iniciativa privada. Enquanto que os serviços de maiores complexidades necessitam de grandes despesas para investimento com altas tecnologias, além de precisarem dos serviços prestados pelas unidades privadas de saúde. Dessa forma, na lógica capitalista significa que a prevenção de doenças e a saúde da população não são importantes, visto que o importante é o lucro que se ganha em cima da vida em sociedade.

A década de 1980, conhecida como década perdida²³ e o início da década de 1990 foram marcados por uma forte crise econômica no Brasil, afetando o crescimento médio, que foi reduzido drasticamente, além do aumento da dívida externa e interna. Devido a essa crise que se estabeleceu durante o período de implementação do SUS, o Estado cortou grande parcela do orçamento destinado à saúde. Segundo Paim: “faltaram investimentos na rede pública de serviços de saúde, em recursos humanos, em ciência e tecnologia, além de verbas para custeio e manutenção dos serviços existentes” (PAIM, 2009: 66).

Conforme estabelecido na legislação 8.080/90, no qual a iniciativa privada pode participar do SUS através de ações complementares, e a crise que o país estava vivendo, foram bases centrais para o crescimento do denominado mercado de saúde suplementar (PAIM, 2009), que mais tarde em 1998, teria sua lei criada pelo Estado. A partir dessas bases, o mercado privatista que já exista através da assistência médico-hospitalar, começa a crescer e a disputar espaço com o sistema público de saúde.

O SUS não funcionou conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988, visto que como já explicado, esse sistema de saúde não é compatível com a lógica capitalista no modelo neoliberal. Assim, o capitalismo criou sua forma de oferecer saúde à sociedade, por meio do mercado de saúde suplementar, com a venda de planos de saúde e seguros de saúde, no qual seu objetivo é garantir o lucro para os grandes empresários, e não garantir saúde para todos, igualmente.

Com a falta de investimento no SUS, a precarização e o sucateamento nesse sistema passaram a ser constantes. Tornou-se, assim, conhecido por atender,

²³ A década de 1980 ficou conhecida como “década perdida” pela grave crise econômica que se instaurou no Brasil, aumentando a inflação, a desigualdade social (exploração de uma classe sobre a outra) e o Produto Interno Bruto (PIB). Entretanto, é necessário destacar que, essa expressão só pode ser usada para assuntos referentes à economia, pois outras áreas tiveram grande avanço nessa época, visto que foi a década que foi posto fim a ditadura militar, que comandou o país por mais de 20 anos, estabelecendo uma vitória para a democracia, assim como o avanço social, visto a concretização da política de saúde como um direito universal e dever do Estado sua garantia através da Constituição Federal de 1988.

praticamente, somente a população pauperizada da sociedade, visto que parte da população que possui condições financeiras suficientes para arcar com as despesas de um plano de saúde, assim preferem, mesmo tendo o direito à saúde de forma gratuita. Para além, não são só através de escolhas pessoais que o SUS tornou-se um sistema válido somente para parte da população; também é preciso ressaltar a estratégia capitalista, no qual algumas empresas, ou até mesmo serviços públicos, descontam parte do salário para planos de saúde ou despesas com essa política social.

Na tabela a seguir, conseguimos observar bem o aumento da adesão de planos de saúde no período de quinze anos. O que nos mostra muito contraditório, é o fato de em um país no qual a saúde é constitucionalmente direito de todo cidadão, ao mesmo tempo, há um grande aumento da preferência por planos de saúde.

Tabela 3 – Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – 2000-2015)

Data	Assistência médica com ou sem odontologia
dez/00	31.161.481
dez/04	33.840.716
dez/07	39.316.313
dez/10	44.892.224
dez/11	46.101.654
dez/12	47.800.149
dez/13	49.475.278
dez/14	50.710.260
jun/15	50.516.992

Fonte: SIB/ANS/MS – 06/2015 Caderno de Informação da Saúde Suplementar – setembro/2015.
Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

Paim destaca que há três tipos de sistemas de saúde no mundo: seguridade social, seguro social ou assistência. “Os sistemas de saúde universais, ou seja, aqueles destinados para toda a população, estão presentes nos países que optaram pela *seguridade social* ou pelo *seguro social*” (PAIM, 2009, PG. 18). Os sistemas de saúde baseados na seguridade social são financiados através do pagamento de impostos, onde toda a sociedade tem direito a usufruir dessa área social. O Brasil, assim como Cuba, Inglaterra e Canadá, tem esse tipo de sistema de saúde, no caso específico do Brasil,

através do sistema único de saúde (SUS). Paim ainda completa dizendo que nesse sistema “o direito a saúde está vinculado à condição de cidadania”.

No sistema vinculado ao seguro social, a população tem direito à saúde através do pagamento da previdência social, ou seja, diferente da primeira situação, o sistema público de saúde está vinculado com a previdência social. A assistência é o terceiro tipo de sistema de saúde, no qual é o único que exclui grande parte de sua população da política de saúde, visto que somente os que comprovem não ter condições de financiar particularmente os atendimentos e acompanhamentos médicos poderão ter o auxílio do Estado, ou seja, o governo não prevê uma política de seguridade social tendo a saúde como um de seus participantes. Os Estados Unidos é um desses países que aderiu esse tipo de sistema de saúde e Paim comente sobre isso:

Cerca de 47 milhões de americanos estão excluídos do sistema de saúde. Mesmo os que têm seguro-saúde sofrem enormes restrições pelas empresas de planos de saúde para ao cesso a diversos meios diagnósticos e tratamentos, pois o governo tem evitado regular esse mercado (PAIM, 2009: 19).

Nos países que se utilizam desse sistema de saúde, como o anteriormente citado, os Estados Unidos, essa política social é entendida como uma mercadoria que é vendida para a sociedade, da mesma forma que é vendido um alimento ou um objeto, visando unicamente ao engrandecimento do lucro para os capitalistas, de forma a fortalecer o complexo produtivo de saúde e complexo médico-industrial. As indústrias farmacêuticas são um exemplo, pois nos países que adotam esse tipo de sistema de saúde não há uma política de assistência que arque com as despesas de medicamentos para a população, sendo o valor desses produtos, dependendo do tratamento, altamente custoso e inviável para grande parte da sociedade.

As áreas sociais sofreram cortes avassaladores no início do ano de 2015, e a saúde foi uma delas. Não é sem motivo que essa área é sempre a que sofre mais cortes e recebe menos financiamento por parte do Estado. Só nesse ano, a saúde foi uma das áreas mais afetadas com um corte no orçamento de mais de 11 bilhões de reais. A autora Katia Lima traz uma tabela que nos mostra os principais gastos do governo e o financiamento mínimo nas áreas sociais:

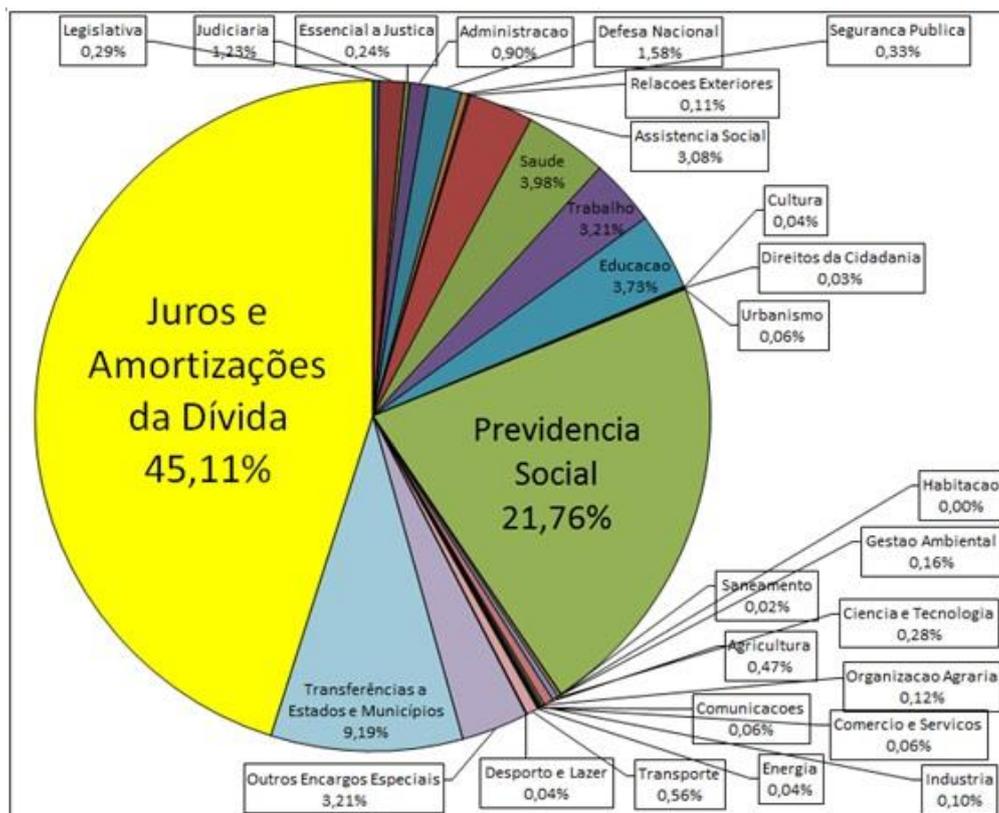
Tabela 4– Relação entre o percentual do orçamento geral da União gasto com juros e amortizações da dívida pública e o percentual dos gastos com as áreas da saúde, educação e assistência social nos anos de 2006 a 2010.

Ano	Percentual do orçamento geral da União gasto com os juros e amortizações da dívida pública	Percentual do orçamento geral da União gasto com área da saúde	Percentual do orçamento geral da União gasto com área da educação	Percentual do orçamento geral da União gasto com a área da assistência social
2006	40%	4,72%	1,96%	2,64%
2007	3,36%	4,95%	2,14%	3,09%
2008	30,57%	4,81%	2,57%	3,08%
2009	35,57%	4,62%	2,88%	3,09%
2010	44,93%	3,91%	2,89%	2,74%

FONTE: Boletim da Auditoria Cidadã da Dívida número 16, de 22 de dezembro de 2006; número 18, de 10 de março de 2008, número 19, de 06 de março de 2009; e número 20, de 30 de março de 2010. Disponível em: <http://www.divida-auditoriacidada.org.br/boletins/>. Acesso em 14 de out. de 2015.

Como observado, os gastos com juros e amortização da dívida pública é o principal fator que leva o governo a destinar seu orçamento. Porém, em 2014 essa destinação foi ainda maior, e o financiamento encaminhado para a saúde foi de apenas 3,98, como nos mostra o gráfico retirado do site da auditoria cidadã da dívida.

Figura 1 - Orçamento Geral da União (Executado em 2014) – Total = R\$ 2,168 trilhão.



Fonte: <http://www8d.senado.gov.br/dwweb/abreDoc.html?docId=92718>

O site ainda ressalta que a verba destinada ao pagamento de juros e amortização da dívida é onze vezes maior que a verba destinada à saúde. Não surpreende o baixo financiamento para com as áreas sociais no sistema capitalista, visto que investir no público e dar qualidade às políticas sociais, como a saúde, é perder a oportunidade de privatizar, e as empresas lucrarem.

Gomes (2014) ressalta as mudanças no SUS, que têm sido feitas em prol de uma perspectiva diferente da sua criação: “o SUS vem sendo substancialmente alterado por propostas de novos modelos de gestão”. Esses novos modelos de gestão são através de entidades privadas, que a partir de uma instituição pública, querem implementar uma gestão privatizadora. Ele ainda completa: “Os defensores desse modelo de gestão alegam que o regime privado de contratação de profissionais, de bens e serviços possibilita mais eficiência na assistência à saúde da população”. (GOMES, 2014: 25)

Essas tentativas de efetivar novas formas de gestão, centradas no privatismo, trazem o debate acerca de um Estado voltado aos interesses burgueses na privatização e a incapacitação de investimentos nas áreas sociais. As novas formas de gestão têm como principais exemplos as organizações sociais (OS) e a EBSERH. As OS estão concentradas principalmente nos serviços primários da saúde (serviços básicos), que são

os postos de saúde, por exemplo, e a EBSERH tem como principal foco os hospitais universitários, mas não somente estes. Importante ressaltar que, a defesa por um sistema 100% público se concentra na garantia dos direitos dos usuários por um sistema de saúde universal e gratuito, de prestação de serviços de qualidade, e na defesa pela garantia dos direitos dos trabalhadores conquistados historicamente. Deixar o controle da gestão por parte das entidades privadas significa colocar em risco todas essas questões citadas, visto que o interesse não está na prestação de serviços de qualidade e muito menos na garantia de direitos, mas sim na venda de serviços de saúde que gerarão fins lucrativos para os grandes empresários (GOMES, 2014).

1.2) A mulher no sistema capitalista: a busca por autonomia

Não apenas na sociedade capitalista, mas fortemente acirrada pelos valores reproduzidos por esta, a noção de mulher como um cidadão de “segunda classe”, ou o “segundo sexo²⁴” historicamente vem matando mulheres, adoecendo-as, fazendo com que elas acatem a normativa da sociedade patriarcal quanto ao qual seria o seu papel social.

A desigualdade de gênero refletida nos dias de hoje proveio de uma histórica educação de gênero, na qual divide as funções entre os sexos. Dessa forma, criou-se não somente no âmbito do trabalho, que é o mais comum, mas uma divisão da vida social dos sujeitos, visto que foram impostos padrões para mulheres e homens.

Alguns exemplos podem ser expressos por meio das roupas nas quais as mulheres usam, julgando seu caráter através do comprimento de sua vestimenta, os lugares onde as mulheres frequentam, suas responsabilidades para com a família, sua virgindade, entre outros que acabam sempre caindo em julgamento sobre as mulheres.

²⁴ Termo usado pela autora Simone de Beauvoir em seu livro “O segundo sexo”, o qual versa sobre a utilização desse termo para demonstrar a inferiorização da mulher na sociedade, mas não por razões naturais ou biológicas, mas sim por conta de processos históricos, religiosos e sociais. Observa-se os exemplos dados pela autora em sua obra: “A fêmea é fêmea em virtude de certa carência de qualidades”, diz Aristóteles. ‘Devemos considerar o caráter das mulheres como sofrendo de certa deficiência natural’. E Sto. Tomás, depois dele, decreta que a mulher é um homem incompleto, um ser ‘ocasional’. É o que simboliza a história do Gênesis em que Eva aparece como extraída, segundo Bossuet, de um ‘osso supranumerário’ de Adão”. Ainda seguindo a explicação, a autora continua: “A humanidade é masculina e o homem define a mulher não em si mas relativamente a êle”. E para finalizar neste momento os argumentos de Beauvoir no que tange ao seu posicionamento perante a expressão “segundo sexo”, a mesma versa em seu livro: A mulher determina-se e diferencia-se em relação ao homem e não este em relação a ela; a fêmea é o inessencial perante o essencial. O homem é o Sujeito, o Absoluto; ela é o Outro” (BEAUVOIR, 1970: 10). Para saber mais, recomenda-se a leitura da tese de doutorado da autora Souza “60 ANOS D’O SEGUNDO SEXO: A (in) visibilidade de Beauvoir no debate sobre as relações de gênero”.

Os homens também foram educados pela sociedade, a serem, por exemplo, o membro responsável pela família no que diz respeito ao seu sustento, dessa forma, não podendo ficar desempregado, pois é mal visto. Para além, o homem não pode chorar, pois foi educado a ser duro e frio. Tais imposições tornam-se naturais perante a sociedade, visto a absorção intensa da educação de gênero machista.

O perfil da mulher moderna, mulher independente, capaz de viver sozinha e de encarar uma relação sem compromisso contraria radicalmente com o perfil de mulher designada, especialmente, ao espaço privado e reprodutivo da casa, dedicada ao cuidado do marido e da maternidade. A coexistência de linhas de ambos os perfis se confirma num paradoxo identitário de convivência social, pois, há uma construção estigmatizante desse perfil. A mulher moderna ainda é estigmatizada devido à condição estereotipada de mulher liberal que conforme com valores morais da lógica da dominação masculina, pode ser classificada de “fácil” e, portanto, desvalorizada pelos homens, explicando e culpabilizando-a por sua solteirice (COSTA; VIANA; SOUSA, 2012: 3).

A educação de gênero impôs como cada sujeito deve agir educando as mulheres para a emoção e a submissão, responsabilizando-se pelo cuidado para com a família, voltando-se para o sentido da reprodução da vida, e os homens para que sejam racionais e autoritários, tendo como responsabilidade a produção (SOUZA, 2006). A autora faz uma análise acerca do processo de educação de gênero:

O processo de educação de gênero não ocorre apenas na escola, mas se inicia já antes da criança nascer, na família. Anterior ao nascimento da criança, quando ainda no útero, o núcleo familiar, que a acolherá, começa a fazer planos e a efetivar a entrada dessa criança no mundo, e esta preparação se dá de forma sexuada, isto é, preparam-se homens e mulheres, conforme a criança, seja macho ou fêmea [...]. Ao escolher brinquedos, as mães (e todos os/as que a cercam) destinam os carrinhos aos meninos e as bonecas às meninas [...]. As bonecas não devem ser desmontadas, é necessário cuidar da aparência delas, o que treina o ‘cuidar’ do outro e o conhecer na superfície, sem poder ir além dela, sem estimular a curiosidade intelectual. As ‘inocentes’ brincadeiras, em grupo, treinam, também, o ser mulher e o ser homem (SOUZA, 2006: 140).

Percebe-se que há uma construção histórica da opressão de gênero muito expressa na atual realidade, mas que em décadas e séculos anteriores, estiverem ainda mais vigentes. Destacam-se aqui as lutas dos movimentos feministas que estiverem presentes principalmente no século XX, onde lutaram por princípios como o direito ao voto e melhores condições de trabalho. Essa divisão de interesses nas lutas das mulheres não é sem motivo, visto que o movimento, apesar de ser majoritariamente composto por mulheres de classe média, também havia a presença de mulheres das classes populares. Dessa forma, as mulheres de classes populares que trabalhavam nas fábricas tinham

urgências mais importantes que o movimento político democrático, representado pelo voto, pois as mesmas precisavam de melhoras nas condições de trabalho, e lutavam por meio de greves. As mulheres que lutavam pelo direito ao voto pertenciam à classe média, e esse movimento de luta tinha como objetivo o direito à cidadania (SOUZA, 2000).

A questão de gênero não é algo natural, que proveio sem intenções, biologicamente, mas sim construção de interesses societários, que assim como outras formas de relação, foi marcada pela desigualdade. Veloso expressa essa questão: “Tais relações, que em nossa sociedade, são, em sua maioria, marcadas pelas desigualdades, expressam a existência de uma forma determinada de relação entre os diversos sujeitos sociais”. O autor ainda continua:

Tal padrão de relacionamento é histórico, ou seja, é construído pela própria sociedade, seguindo o seu movimento, pelo conjunto de forças sociais que organizam e dão uma direção a esta mesma sociedade. Deste modo, o gênero não é “natural”, não é fixo, imutável ou intransponível, ao contrário, varia de acordo com as necessidades particulares de cada sociedade e de cada contexto histórico (VELOSO, 2003: 6 apud SOUZA, 2014: 19).

A cultura da mulher sendo submetida ao homem está atrelada desde as famílias primitivas, visto que já havia diferenças entre homens e mulheres, relacionados as suas funções para com a família e a sociedade. Existiram vários tipos de famílias, como família consanguínea, punaluana que são famílias de grupos estabelecidas no estado de selvagem, a sindiásmica, que se estabeleceu no estado da barbárie, e no estado da civilização, a família monogâmica (ENGELS, 2014). Mas em todas, notam-se que as mulheres sempre tiveram uma responsabilidade maior, ou exclusiva com relação aos filhos, pois em grande parte das vezes não sabiam quem eram os pais: “A descendência por linha materna é a única decisiva por ser a única certa” (ENGELS, 2014: 51). As diferenças entre homens e mulheres e a coisificação da mulher são explícitos já nessa época, visto que é cultural.

Entretanto, cultura essa que restringe a mulher a ter acesso aos mesmos direitos que o homem, como no caso do adultério, no qual os homens tinham o direito de ter relações com outras mulheres, mas as mulheres, caso o fizessem, eram duramente castigadas, ou então, quando no dia do casamento, convidados tinham direito a ter relações sexuais com a noiva (ENGELS, 2014). Não é por acaso que hoje, a principal função da mulher para a sociedade não é a produção, mas sim a reprodução social, visto

que já nas famílias primitivas, as mulheres eram consideradas praticamente escravas sexuais de seus maridos, ou então oferecidas a outros homens, sendo desvalorizadas.

O contraste entre a valorização do homem e a inferiorização da mulher ficou ainda mais evidente a partir do momento em que a riqueza, gerada pelo rebanho (propriedade do homem), ia aumentando, e a importância do homem na família também acompanhava esse processo. Foi a partir da mudança de costume que os homens começam a querer o reconhecimento da paternidade para passar sua herança para os filhos, desvalorizando a mulher na sociedade na qual viviam (ENGELS, 2014).

A família monogâmica nasce reforçando o desprezo e a desigualdade entre os sexos, pois o homem pode romper o casamento, a mulher não, bem como ocorre no que tange à infidelidade, visto que o homem pode e a mulher não. “Monogamia só para a mulher, e não para o homem” (ENGELS, 2014:76). O intuito dessa nova forma de família se concentra no repasse do dinheiro do homem para seu filho.

A monogamia não aparece na história, portanto, como uma reconciliação entre o homem e a mulheres, menos ainda, como a forma mais elevada de matrimônio. Pelo contrário, ela surge sob a forma de escravização de um sexo pelo outro, como a proclamação de um conflito entre os sexos, ignorado, até então, na pré-história (ENGELS, 2014:79).

Observa-se então que a família monogâmica, mais do que em qualquer outro tipo de família já mencionada, acentua as diferenças entre os sexos e o menosprezo pela mulher, estabelece a mulher como um objeto de uso para o homem, que a usa principalmente para satisfação de prazer. A sociedade brasileira perpetua predominantemente com esse tipo de família até atualmente, sendo a bigamia crime no país.

Entender a educação de gênero como algo historicamente construído, nos faz compreender a relação de gênero desigual que se estabeleceu. A opressão, a violência, o menosprezo e a indiferença são consequências de uma imposição societária que construiu uma diferença não biológica, mas que veio se tornando natural para a sociedade. Dessa forma, falar sobre educação de gênero nos remete ao fato de que homens têm sua posição na sociedade, não podendo trilhar um caminho que não seja compatível com o estipulado, assim como as mulheres. Falar sobre gênero significa que a “atenção não se volta exclusivamente para a mulher em si, mas para as relações sociais nas quais homens e mulheres estão inseridos” (VELOSO, 2003: 4). Saffioti

explica que relação de gênero não se limita somente na relação entre homens e mulheres, apesar de ser o mais comum, mas também entre indivíduos do mesmo sexo:

Conceber gênero como uma relação entre sujeitos historicamente situados é fundamental para demarcar o campo de batalha e identificar o adversário. Nestas circunstâncias, o inimigo da mulher não é o homem nem enquanto indivíduo, nem como categoria social, embora seja personificado por ele. O alvo a atacar passa a ser, numa concepção relacional, o padrão dominante da relação de gênero. Diferentemente do que se pensa com frequência, o gênero não regula somente as relações entre homens e mulheres, mas normatiza também relações homem-homem e relações mulher-mulher. Deste modo, a violência cometida por uma mulher contra outra é tão produzida pelo gênero quanto a violência perpetrada por um homem contra uma mulher. (SAFFIOTI, 1994: 275/276)

A opressão de gênero no sistema capitalista é usada de forma estratégica. Isso porque, a utilidade essencial da mulher nesse sistema é a reprodução da vida, gerando mais indivíduos para o mercado de trabalho. Entretanto, com a luta e a pressão do movimento feminista, o capitalismo necessitou utilizar-se de forma estratégica da educação de gênero historicamente introduzida na sociedade, sem que afete os interesses do sistema, pois o movimento tem lutado por direitos no âmbito trabalhista que não restrinja a mulher somente a cargos de submissão, mas também de chefias:

Em primeiro lugar, cumprir seu objetivo, que é valorizar o valor, de um dos modos mais utilizados por ele na atualidade – a extração da mais-valia relativa – ,usando a educação de gênero que as mulheres possuem para lidar melhor com a emoção, de forma a satisfazer as necessidades por meio do/a controle/gestão da força de trabalho, que significa criar um ambiente de trabalho ‘mais familiar’, ‘mais humano’, polivalente, acolhedor. Em segundo lugar, atua ideologicamente para perpetuar-se, como modo de produzir a vida, na medida em que este avanço no número de mulheres aparece como se fora um avanço progressista, o qual apontaria na direção da superação das desigualdades de gênero (SOUZA, 2006: 199).

Em tempos em que as mulheres avançam na inserção no âmbito do trabalho, a educação é de fundamental importância para a construção da independência das mulheres. Visto que a partir da educação, as mulheres, principalmente de classes média e alta, optam por construir sua independência, estudando e inserindo-se no âmbito do trabalho de modo cada vez mais exitoso. Nesse sentido, a imposição societária, reforçada pelo sistema capitalista, de que as mulheres nasceram para a reprodução da vida, ou seja, ser mãe e cuidar da família e da casa está cada vez mais ultrapassada. O sistema capitalista reforça a ideia da educação de gênero machista, pois com a

autonomia econômica das mulheres, a reprodução da vida – única utilidade para esse sistema – não mais lhe é prioridade.

Entretanto, a questão da educação continua sendo um privilégio para os que podem pagar, pois apesar de existirem muitas escolas públicas de ensino fundamental e médio, a precariedade no ensino, devido aos cortes destinados para seu financiamento, é evidente. Devido a esse fato, generalizar a independência das mulheres construídas a partir dos estudos é um equívoco. A sociedade ainda gira em torno da educação de gênero, e muitas mulheres ainda necessitam depender de homens que trabalham, casando-se e cuidando dos filhos.

Ser mulher em uma sociedade guiada pela desigualdade de gênero, sendo oprimida diariamente é algo que se deve construir uma luta por mudança. O gênero é dividido em feminino e masculino, sendo atribuído às mulheres o feminino e aos homens o masculino. Essa é a educação de gênero que foi construída, e a modificação da mesma infringe e vai contra as normas impostas pela sociedade. Mulher e homem são termos usados para se referirem ao sexo – fêmea e macho – (IZQUIERDO, 1991). De acordo com Souza, a luta do movimento feminista socialista consiste em acabar com as diferenças de gênero, e não na luta pela igualdade do mesmo:

As teorias do feminismo socialista não colocam a igualdade (eliminação do caráter hierárquico) como solução da desigualdade entre os gêneros, mas reivindicam a desapareição das diferenças de gênero na formação dos seres humanos, com a singularidade expressando diferenças, no âmbito individual e não, de classe, sexo ou etnia. A constituição da subjetividade seria um processo em que aquilo que se denomina como masculino e feminino seria patrimônio de qualquer indivíduo, independente do sexo a que pertença (SOUZA, 2006: 23).

A discussão de gênero está em torno da imposição societária acerca das atitudes, os sentimentos, os papéis que homens e mulheres são obrigados a cumprir na sociedade. Seu fim significa liberdade dos indivíduos serem quem querem ser, sem obrigações, sem limitações e constrangimentos. A autora Izquierdo explica o que a educação de gênero impõe aos indivíduos:

Ao dizermos que alguém é uma mulher, estamos supondo um sexo, mas também supomos muitas outras coisas: dona de casa, passiva, mãe, má motorista, afetiva, etc... Aos dizermos homem, junto ao sexo, atribuímos qualidades como investigador, profissional, agressivo, racional, pouco detalhista, etc... Isso se deve ao fato de que, como esses termos, fazemos referências a uma realidade complexa (IZQUIERDO, 1991: 1).

1.2.1) Mulher/mãe: a concepção da mulher no sistema capitalista.

O trabalho é uma questão necessária de ser discutida quando se trata da questão de gênero, pois uma sociedade guiada pela educação de gênero patriarcal é uma sociedade que possui a divisão sócio-sexual do trabalho, sendo de fundamental importância para o entendimento da posição historicamente dada as mulheres na sociedade.

Anteriormente a implementação das fábricas, nas sociedades pré-industriais, a principal característica era que, apesar de existir diferença sexual do trabalho, as atividades familiares e o trabalho eram exercidos no mesmo local. Na sociedade pós-industrial, inicialmente, as indústrias eram domésticas, o que, assim como na sociedade pré-industrial, as atividades familiares e trabalhistas se mantinham no mesmo ambiente (SOUZA, 2000).

Entretanto, com o crescimento das produções, foi necessário que houvesse espaços maiores, onde coubessem máquinas, e assim, substituíram-se as indústrias domésticas pelas fábricas. Essa separação foi a principal característica da sociedade pós-industrial, visto que, apesar de haver a diferença no exercício do trabalho, se manter no mesmo ambiente diminuía a diferença entre o que era considerado trabalho feminino e trabalho masculino. Com a separação, ficou explícito essa diferença, visto que os homens ficaram responsáveis pela produção, enquanto as mulheres, pela reprodução da vida (SOUZA, 2000).

Muitas mulheres foram trabalhar nas fábricas, devido à situação pauperizante na qual vivia com sua família. Entretanto, desde o período do sistema capitalista em que começaram a ser criadas as fábricas, a divisão sexual do trabalho passou a ser implementada, pois mulheres recebiam menos, visto que tradicionalmente dependiam de algum homem, seja marido ou pai (GARCIA, 1999). A volta das mulheres ao ambiente doméstico veio por meio do que foi chamado pelo autor Garcia (1999) de “revalorização da família”, no qual as mulheres passavam a cuidar da reprodução biológica, que de fato, era o interesse do capital, a gestação e criação de novos trabalhadores. A partir disso, começou-se a criar mais fortemente a discriminação das mulheres nas fábricas, pois as mesmas passam a serem vistas somente com o direito de ficarem em casa, exercendo sua função de reprodutora da vida.

A inserção das mulheres no âmbito trabalhista é um dos conceitos mais discutidos quando se fala em gênero, e de grande relevância para o debate acerca da mulher vista somente com o papel de mãe, responsável pela família e sobre a saúde dessa classe. A partir dessa discussão, a reflexão acerca da saúde da mulher faz-se necessária. Antunes expressa o porquê:

A mulher trabalhadora, em geral, realiza sua atividade de trabalho duplamente, dentro e fora de casa, ou, se quisermos, dentro e fora da fábrica. E, ao fazê-lo, além da duplicidade do ato do trabalho, ela é duplamente explorada pelo capital: desde logo por exercer no espaço público seu trabalho produtivo no âmbito fabril. Mas, no universo da vida privada, ela consome horas decisivas no trabalho doméstico, com o que possibilita (ao mesmo capital) a sua reprodução, nessa esfera do trabalho não diretamente mercantil, em que se criam as condições indispensáveis para a reprodução da força de trabalho de seus maridos, filhos/as e de si própria. Sem essa esfera de reprodução não diretamente mercantil, as condições de reprodução do sistema do metabolismo social do capital estariam bastante comprometidas, se não inviabilizadas (CISNE, 2015: 121 apud ANTUNES, 1999: 108-109).

O que nos fica muito evidente é a dupla jornada de trabalho que as mulheres assumem quando se inserem no âmbito trabalhista. Dupla jornada, pois como Antunes mencionou para além das responsabilidades com o trabalho, a mulher ainda, em sua vida privada, possui sua principal responsabilidade, para com o capital, e como dito por muitos, habilidade, que é a reprodução da vida. Nesse sentido, as atribuições da casa, da família, da alimentação, ficam por conta da mulher, pois as mesmas foram educadas para assumirem essa responsabilidade acima de qualquer outra. Muitos atrelam as atividades praticadas majoritariamente por mulheres como dons e talento, visto o alto grau de alienação imposta pela sociedade, não compreendendo que as mulheres foram exigidas educacionalmente a aprenderem. O mesmo acontece com os homens, que não podem ficar sem emprego, pois são cobrados intensamente pela sociedade, visto serem estes os provedores.

Entretanto, as atividades consideradas “femininas” são desvalorizadas em comparação com as dos homens, e a partir da inserção das mulheres nos ambientes de trabalho público, as mesmas acabam sendo discriminadas, e julgadas como incapazes de realizar um trabalho de qualidade em comparação com os homens. Não à toa, a divisão sexual do trabalho é tão evidente que até os dias atuais, mulheres ganham menos que homens praticando a mesma função. Isso acontece, pois em uma sociedade guiada pela

educação de gênero, as funções consideradas femininas, ou praticadas por mulheres, são conceituadas como mais fáceis, com grau de dificuldade menor (CISNE, 2015).

O sistema capitalista se aproveita da educação de gênero em alguns sentidos. Fortalecer a ideia da mulher em casa cuidando dos filhos/as e do marido é de grande relevância para o capital, pois a força de trabalho que lhe interessa é a do homem, e lhe retirar responsabilidades que não sejam produtivas, é a defesa desse sistema. Isso significa que a mulher serve, como função principal para o capitalismo, para cuidar de forma indireta da produção do sistema, cuidando do homem, que repousa em casa, e dos filhos/as, que futuramente estarão se enquadrando nessa situação.

A outra questão que o sistema capitalista fortalece, mantendo seus interesses, está na desvalorização das mulheres. Como anteriormente citado, o trabalho realizado pelas mulheres não tem a mesma significância do realizado pelos homens. Não é sem intuito que o capital reforça essa questão. A desvalorização das mulheres fortalece sua permanência em casa, responsabilizando-se pelo trabalho doméstico, o que tem alto grau de importância para esse sistema, no sentido de que, sem o trabalho doméstico, o Estado precisaria arcar com as necessidades impostas pela população que proveria da falta desse trabalho, como restaurantes, escolas públicas e lavanderias. Uma outra questão que provem da desvalorização do trabalho das mulheres é o seu não reconhecimento como classe trabalhadora, rompendo com sua identidade de classe. As consequências desse ato são a falta de engajamento político e participação em movimentos sociais e no próprio sindicato (CISNE, 2015).

Essa diferença de funções entre homens e mulheres, produzida através da educação de gênero anteriormente citada, sempre foi algo presente na sociedade, onde os homens deveriam sair para trabalhar, enquanto as mulheres tinham a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos. A questão da mulher-mãe ainda no século XXI está muito presente como afirmam Carloto & Mariano:

Apesar da fecundidade das críticas já desenvolvidas, perdura em nosso meio a compreensão de que a família é o *locus* de atuação da mulher e o mercado de trabalho o *locus* de atuação do homem – mesmo sabendo que homens e mulheres estão presentes em ambos os espaços – essa concepção é incorporada pelas intervenções estatais. Logo, as chamadas políticas de família dirigem-se preferencialmente às mulheres (CARLOTO; MARIANO, 2008: 157).

Os programas sociais, vale dizer, são imediatistas e não têm como pretensão o extermínio da desigualdade e nem a solução do problema na sua raiz, ou seja, tentam disfarçar a miséria da sociedade em pobreza, por meio da política social de assistência em sua grande maioria tem a mulher como a responsável, o que ainda, de forma ultrapassada, vincula a mulher a responsabilidade pela criação dos filhos. Um ótimo exemplo para explicar essa relação é a citação de Carlotto & Mariano:

Uma delas é a participação nas reuniões; caso não possa por motivo de trabalho, por exemplo, tem de apresentar a justificativa ou, mandar alguém em seu lugar, na maioria das vezes outra mulher do mesmo arranjo familiar. As reuniões ocorrem sempre no período diurno o que dificulta a participação de quem trabalha fora de casa. Isso é revelador de como parte-se ainda, em muitos casos, do modelo de mãe dona de casa e pai provedor (CARLOTO; MARIANO, 2008: 160).

Um dos aspectos que se nota com a participação das mulheres a frente dos programas sociais do governo, é a valorização sentida pelas mesmas. As exigências societárias perante os papéis de homens e mulheres são tão forte que, para sentir-se independente e necessária para a construção familiar, as mulheres criam confiança ao comandar o dinheiro do programa social (CARLOTO; MARIANO, 2008). A responsabilização designada às mulheres ao cuidar da família é alienante e reforçada até os dias atuais, que mesmo com as lutas feministas, ainda há uma grande parcela da população que segue a linha de pensamento do patriarcado²⁵.

A incumbência das mulheres em face dos programas sociais do governo impossibilita a inserção da própria no ambiente de trabalho, visto que, segundo Carlotto e Mariano:

A responsabilidade, a sobrecarga que a participação nas atividades dos programas acarreta, desde comparecer às atividades grupalizadas, como a reunião de acolhida, às reuniões de inclusão produtiva e, principalmente, às reuniões socioeducativas; até a responsabilidade de manter os filhos na escola que vai além de disponibilidade de tempo (CARLOTO; MARIANO, 2008: 160).

²⁵ O patriarcado é um tipo de sociedade no qual a autoridade dos homens se estabelece, criando a desigualdade de gênero. "Tratamos da igualdade das relações entre os gêneros masculino e feminino como ontologicamente iguais, considerando que homens e mulheres possuem as mesmas capacidades humanas, embora diferentes no que se refere à organicidade (caráter biológico) e que as desigualdades que ora vivenciamos têm sua gênese em um dado momento histórico da organização social, no qual as tarefas atribuídas aos homens e às mulheres vão se complexificando e dando forma aos lugares hoje conhecidos e naturalizados como "espaços femininos" e 'espaços masculinos', ratificadas enquanto um conjunto de relações desiguais instauradas e disseminadas nos espaços de produção e de reprodução da vida, sob o qual os homens adquirem status de dominadores, instaurando-se assim o patriarcado" (OLIVEIRA, MEDEIROS, 2015; 270).

O movimento feminista luta contra essa regra que forma as famílias tradicionais, colocando em questão que os homens também devem cuidar da casa e dos filhos/as e as mulheres saírem para trabalhar, que não deve existir essa diferença de funções.

1.2.2) Sistema capitalista e suas implicações na saúde da mulher

Discutir saúde da mulher, seguindo a perspectiva da reforma sanitária, significa entender que a concepção de saúde segue um viés de democratização da vida social dos sujeitos. Isso significa que o cotidiano do indivíduo é essencial para que se tenham respostas a sua saúde. O cotidiano engloba todas as ações e atividades praticadas durante sua vida, sendo importante destacar a habitação que o indivíduo mora, o transporte, o trabalho, a família, sua vida social, entre outras questões, que têm reflexos diretos

O movimento feminista se introduziu na política de saúde, inclusive, participando da execução dos Programas de Saúde da Mulher. Foi-se de grande importância essa inclusão no sentido de aproximar o movimento feminista com essa política social, trazendo uma luta intensificada em defesa das melhorias das condições, e uma saúde universal, tornando-se pauta destacada politicamente (COSTA, BAHIA, CONDE: 2007).

A partir da 8ª Conferência Nacional da Saúde, na qual houve um intenso debate e reconhecimento da necessidade da discussão mais aprofundada com relação à saúde da mulher, houve a convocação da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, que ocorreu no mesmo ano do evento anteriormente citado, em 1986.

Dentre as resoluções no documento da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, se encontram propostas democráticas com uma visão ampliada da política social, com destaque para a assistência à saúde na perspectiva do SUS, a questão do aborto, a saúde mental, o trabalho como uma condição à saúde da mulher, sexualidade, raça/etnia, entre outras questões que trouxeram uma abrangência ao anteriormente discutido, possuindo o diálogo com o projeto contra hegemônico. Uma das primeiras resoluções do documento explica a intencionalidade dos participantes da conferência, articulados com o SUS e sua nova perspectiva de saúde: “saúde deve ser entendida na sua concepção mais ampla de direito a: trabalho, salários dignos,

educação, alimentação, moradia, meio ambiente livre de contaminação, lazer etc” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987: 9).

Uma das questões relacionadas à saúde da mulher e que teve como base os movimentos feministas, com o viés para sua alteração, foi o planejamento familiar a partir do controle da natalidade ou o programa de controle demográfico, fortemente defendido pelas entidades privadas.

Movimentos de mulheres denunciaram: a distribuição maciça de anticoncepcionais, sem a orientação e acompanhamento médico satisfatórios, pondo em risco a saúde da mulher; a esterilização cirúrgica de mulheres, sem informações sobre sua irreversibilidade e a oferta de outros recursos contraceptivos ou consentimento; as pesquisas experimentais de métodos contraceptivos em mulheres, sem protocolos clínicos e éticos estabelecidos; o deslocamento de programas privados de planejamento de uma política de assistência integral à saúde da mulher (JANNOTTI, SEQUEIRA, SILVA, 2007: 26/27).

Esse processo foi criticado por vários setores e pelos movimentos contra hegemônicos, defendendo a autonomia da mulher sobre seu corpo, e denunciando esse processo como racista, sexista e elitista, pois tem como principais alvos indivíduos pobres e negros (JANNOTTI, SEQUEIRA, SILVA, 2007). A proposta do planejamento familiar que atribui ao Estado a responsabilidade de “propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (BRASIL, Constituição Federal de 1988), entrou em vigor na Constituição Federal de 1988, mas sua lei 9.263, só foi aprovada quase dez anos depois, em 1996. A lei traz como uma das propostas, a orientação preventiva e educativa e o acesso à democratização de informações a população, por meio de diálogos com profissionais preparados para atender as demandas trazidas pelos mesmos. (COSTA, BAHIA, CONDE: 2007).

Foi a partir da formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no início da década de 1980, que o governo se posicionou com relação ao momento de efervescência de movimentos por parte das entidades privadas que ressaltavam seu conservadorismo a partir do já citado controle de natalidade. Foi elaborado em acordo com a perspectiva da reforma sanitária, defendendo o posicionamento livre da população acerca da escolha de quando e quantos filhos/as querem ter. Seu documento ressaltou a responsabilidade do Estado sobre a saúde reprodutiva.

Em 2004, o governo lançou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher, no qual abordou questões de pouca ênfase, pois eram pouco tratados e discutidos. Dentre essas questões, podemos destacar questões consideradas tabus como a humanização para mulheres em situação de abortamento, questão relacionada à sexualidade como a saúde das mulheres lésbicas, discussão acerca da educação de gênero como a pouca participação dos homens em reunião de planejamento familiar, entre outras (JANNOTTI, SEQUEIRA, SILVA, 2007). Essa política foi de grande importância, no sentido de ter abordado questões voltadas para a saúde em sua perspectiva mais frequentemente reconhecida, a doença e a cura, assim como, também abriu o debate para questões pouco discutidas e frequentemente ignoradas, e que tem grande significância seu conhecimento e discussão, voltadas para a concepção da reforma sanitária.

Seguindo nessa linha de pensamento, é necessário que se traga a conhecimento os direitos que as mulheres possuem em relação à saúde legalmente declarados. Em vista dos direitos das mulheres gestantes, as mesmas têm direito a acompanhamento na gestação, realizando o pré-natal; atendimento prioritário, não só em hospitais, mas também em lugares que enfrentem filas, como bancos e assentos prioritários em transportes públicos; direito a acompanhantes, caso seja de sua vontade, antes, durante, e no pós-parto; o empregador não pode exigir da parturiente nenhum documento que esclareça a gravidez, pois é considerado discriminação. Para além, as mulheres não possuem direitos somente quando estão grávidas. Dessa forma, alguns dos direitos que as mesmas possuem são: Reconstrução de mama através de cirurgia plástica, caso tenha tido câncer de mama; e em situações de violência, mulheres direito ao atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, com o intuito de evitar ou diminuir os agravos físicos e psicológicos causados pela violência (SECRETARIA DE POLÍTICA PARA AS MULHERES, 2014).

Outros tópicos tratados pela Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher foram de grande relevância e enxergam a saúde para além de uma questão meramente curativa, mas preventiva, no sentido de relacionar essa política social com a vida social dos sujeitos.

A educação de gênero na saúde da mulher tem reflexos quando, por exemplo, faz-se necessário da discussão acerca da participação dos homens no planejamento familiar. Algo que deveria ser natural, visto que trata de uma reunião que aborda interesses dos homens e das mulheres, volta-se principalmente para a responsabilização

somente de uma das partes, e caímos na necessidade do debate acerca desse assunto. Os reflexos da responsabilização das mulheres para com o planejamento familiar para a saúde da mulher pode ser notado, quando as mesmas, além de terem que cuidar da reprodução da vida social, entre suas funções, inclui-se cuidar da casa, além de trabalhar, visto que muitas têm dupla jornada, também se responsabilizam unicamente pelo planejamento familiar.

Uma outra questão que essa política aborda e que entra em um dos quesitos mais polêmicos, mas também um dos mais discutidos na atualidade, é referente a saúde das mulheres lésbicas. A sexualidade sempre foi considerada um crime para a sociedade conservadora, que apesar dos anos, pouco avançou. Apesar do Brasil ser considerado um país laico, onde cada indivíduo possui sua liberdade de escolha, a realidade que vemos hoje, com deputados, vereadores, prefeitos e governos guiados por uma religião, influenciando sua atuação no cargo político, nos mostra que laicidade no Brasil não existe. Como forma de exemplificar, a câmara aprovou o estatuto da família formada por um homem e por uma mulher, excluindo os direitos de expressão da sexualidade. A violência contra os que possuem uma orientação sexual diferente da estipulada pela sociedade só aumenta, e o direito a uma vida de segurança e com saúde diminui.

Falar em saúde da mulher e em saúde do homem nos remete a situações completamente distintas, visto o imperativo de direitos e deveres impostos pela sociedade através da educação de gênero, levando mulheres e homens a terem papéis diferentes frente à sociedade.

Ao tratar dessas questões, é necessário demarcar que há uma impregnação discriminatória social muito forte, não incluindo somente a questão de gênero, mas a do racismo, da xenofobia, da gordofobia, da homofobia, entre outros preconceitos que são atuados diariamente, pois se trata de indivíduos que fogem dos padrões impostos pela sociedade. Discutir saúde da mulher, também inclui discutir discriminações que são carregadas por imposições sociais. O maior adoecimento das mulheres que sofrem preconceitos é um fato. Mulheres nordestinas não conseguem emprego com facilidade e sofrem muito preconceito quando se mudam para cidades maiores no país, mulheres negras geralmente recebem menos, mulheres gordas não são aceitas em qualquer tipo de trabalho e muitas vezes adoecem, assim como as mulheres lésbicas sofrem agressões diariamente.

O modo de produção capitalista, além de produzir desigualdades, apropria-se das anteriormente existentes ao seu sistema, como as

decorrentes do patriarcado e do racismo. Com isso, “refuncionaliza”, por exemplo, as subordinações e desvalorizações da mulher e da população negra para atingir maiores lucros com a superexploração das suas forças de trabalho, geralmente precarizadas e mal remuneradas (CISNE, 2015: 124).

Estamos falando de um padrão que socialmente é bem visto: homem, branco, heterossexual, magro e rico. Esse indivíduo foge a todos os preconceitos e é visto como o sujeito a ser copiado. Independentemente de suas atitudes, práticas sociais, conceitos de vida, esse indivíduo é o padrão ideal para o capital.

Entretanto, quando falamos em gênero, não podemos interpretar apenas como uma relação entre homem e mulher, e a desigualdade²⁶ existente nessa relação. Dessa forma, a violência de gênero, interpretada por muitos como a violência do homem sobre a mulher, ou vise versa, não é sua única versão, pois a existente entre mulher sobre outra e homem sobre outro também são formas de violência de gênero. “As violências física, sexual, emocional e moral não ocorrem isoladamente. Qualquer que seja a forma assumida pela agressão, a violência emocional está sempre presente” (SAFFIOTI, 2015: 79).

Não há possibilidade de falar em saúde da mulher e não mencionar a questão da violência sobre as mesmas. Como mencionada anteriormente, não é apenas a física que marca e é considerada violência. Todas essas formas de violência podem causar sérios problemas de saúde para a mulher, inclusive a morte, chamado de feminicídio, caso seja uma situação de homicídio; depressão; síndrome do pânico, entre outras questões que afetam diretamente a vida dessas mulheres, a ponto de mudarem sua rotina, sua moradia, seu modo de viver.

O intuito de falar sobre a saúde da mulher nesse trabalho está relacionado com a vivência da mesma, com sua rotina, seu modo de viver, seus hábitos, e tudo que tem um impacto para a sua vida. Por isso, abordar esse assunto, nos remete a sua moradia, se é confortável, se suas necessidades são saciadas nesse ambiente; o meio de transporte, se passa muito tempo dentro dele, se é confortável; seu trabalho, se é estressante, se é satisfatório; entre outras questões, como sua vida social, sexualidade, e relações familiares. Todas essas questões têm um impacto para a vida da mulher e consequentemente para sua saúde. Dessa forma, quando debatido esse assunto, é

²⁶ “A desigualdade, longe de ser natural, é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder, pelos agentes envolvidos na trama de relações sociais. Nas relações entre homens e entre mulheres, a desigualdade de gênero não é dada, mas pode ser construída, e o é, com frequência” (SAFFIOTI, 2015: 75).

necessário que se entenda a vida da mulher como um todo, e não somente dentro do ambiente hospitalar, relacionando a saúde com doenças e curas.

CAPÍTULO 2 - MEU CORPO, MINHAS REGRAS: A QUESTÃO DO ABORTO

*“A dor, o prazer e a morte não são mais do que o processo da existência. A luta revolucionária neste processo é uma porta aberta à inteligência”
Frida Khalo*

O aborto é um assunto que em todo mundo gera uma discussão acirrada sobre sua legalização ou criminalização. Um dos principais motivos desse fato é a cultura impregnada e aprendida pela sociedade que responsabiliza e impõe como papel da mulher a reprodução social. À vista disto, a moralização²⁷ criada em torno desta questão se fortaleceu de forma exacerbada, sendo um dos principais motivos pela condenação à mulher que faz o procedimento do aborto. Isto porque para parte da sociedade que defende e reproduz a ideologia de família tradicional, a mulher ter condições de escolher se quer ter a criança ou não é inaceitável. Entretanto, a questão moral nem sempre foi único ponto a respeito desse assunto. Matos (2010) destaca que no Brasil Colônia, onde já era uma questão contestada, o aborto tinha como um outro fundamento o poder:

“O controle sobre o aborto tinha por metas cercear a reprodução de mestiços; enquadrar o papel da mulher como simples reprodutora; e, especialmente, aumentar a população com vistas à proteção da Colônia. Portanto, também no Brasil, a proteção do aborto visava interesses do poder bem menos que expressava preocupação moral sobre a possível ilicitude desse ato” (MATOS, 2010: 24).

Para chegar ao debate que é travado nos dias de hoje, houve modificações ideológicas e de costumes, e o motivo pelo qual o Estado passou a ter autonomia sobre o corpo da mulher. Isto posto, a primeira questão necessária de entendimento é o fato de que, a realização desse procedimento em séculos anteriores era visto como normal, quando mulheres utilizavam-se de chás, hoje considerados abortivos, para a regularização do ciclo menstrual. Isso, devido ao fato de que, nesse tempo, o aborto só era considerado quando já havia uma formação do feto, a ponto de ser possível a identificação através de tatear a barriga da mulher (MATOS, 2010). Portanto, realizar um aborto nem sempre foi entendido a partir da geração da criança, mas sim, com a formação do feto na barriga da mulher.

O avanço da ciência e a questão demográfica foram fundamentais para que houvesse uma modificação no quadro histórico do aborto. Com a ciência se

²⁷ Ação de moralizar. A moralização é um ato constante no que tange as ações realizadas pelas mulheres. Isso significa que há um julgamento por parte da sociedade, com intuito de condenar escolhas e atitudes que fujam dos padrões socialmente estabelecidos.

desenvolvendo, passou a se fazer distinção entre o aborto provocado com o infanticídio²⁸ e pelos métodos contraceptivos. O poderio do Estado perante o corpo da mulher começou a partir do século XVIII, no qual a demografia²⁹ passou a ser algo relevante, fazendo com que o Estado passasse a ter um controle sobre a reprodução feminina (MATOS, 2010). Perante a conjuntura histórica que se passava e o desenvolvimento científico, houve um acerto entre médicos e o Estado com o intuito de criminalizar o aborto.

No século XIX, já havia publicações teóricas sobre o aborto, no qual eram majoritariamente criminalizando o ato. Seus principais autores eram os profissionais da época em que mais lidavam com a realidade desse procedimento, os médicos. No início do século XX, um profissional dessa categoria, levantou o debate sobre a legalidade do aborto para mulheres que eram estupradas na Primeira Guerra Mundial. Foi um posicionamento que rendeu diferentes opiniões e posturas, entretanto foi de grande importância para que hoje, o estupro estivesse entre as causas possíveis e legais de se realizar o aborto (MATOS, 2010).

Em meio a uma conjuntura que criminaliza mulheres, uma grande conquista foi a legalização do aborto na Rússia em 1920, apesar dos motivos não terem sido pelo entendimento da mulher ter direito sobre o seu corpo, mas como um problema de saúde que colocava a vida das mulheres em risco. A Rússia foi o primeiro país a permitir o aborto em todas as circunstâncias, porém suas descriminalização não perdurou por tantos anos, visto que em 1936, sua proibição voltou ao país. Essa é uma realidade enfrentada até os dias de hoje. A discussão do aborto tem sua problemática revelada pela questão da alta mortalidade materna, ficando muitas vezes estagnada nesse debate, sem conseguir evoluir para o entendimento de que não somente é uma questão de saúde pública, mas também uma questão de gênero que necessita ser alertada e enfrentada.

A luta das minorias, na década de 1960, foi fundamental para que houvesse uma mudança no contexto histórico:

“No plano mundial não se pode deixar de registrar o impacto do maio de 1968 e dos movimentos de lutas pelos direitos das “minorias” – negros, mulheres etc – nos EUA na década de 1960 nos contornos da sexualidade, na medida em que esses movimentos reivindicam uma nova moralidade, da qual a melhor expressão é uma frase pichada nos muros de Paris “é proibido proibir”. A partir do maio de 1968 é que a defesa da legalização do aborto se põe no cenário público como uma bandeira do feminismo. É nesse contexto que países da Europa e da

²⁸ Assassino de recém-nascido (DICIONÁRIO AURÉLIO, 1986).

²⁹ O aumento demográfico ocorreu devido ao desenvolvimento industrial da época fazendo o processo de êxodo rural. Entretanto, o casamento passou a ser realizado de forma mais precoce, visto que antes da migração do espaço rural para o urbano, grande parte da população se casava (MATOS, 2010).

América do Norte começam a descriminalizar o aborto, fruto das conquistas do movimento feminista” (MATOS, 2010: 17/18).

A década de 1980, apesar de seu início ainda ser marcado pela ditadura militar, foi claramente uma década de ascensão das lutas da população em busca de seus direitos e da retomada da democracia, fazendo com que a discussão acerca da legalização do aborto se fortalecesse. O principal responsável pela amplitude da discussão da legalização do aborto foi o movimento feminista, que é um movimento social que integrou importantes conquistas, que tiveram grande impacto na mudança de comportamento das mulheres, nas famílias tradicionais, na saúde da mulher, e nos ambientes de trabalho. A Constituição Federal de 1988 foi um histórico acontecimento que representou a formalização do Estado de Direito, conferindo a este responsabilidades para com a sociedade principalmente no que tange às políticas sociais. Esse acontecimento teve impacto direto com a luta pela descriminalização contra as mulheres. Como cita Carneiro:

A luta contra a violência doméstica e sexual estabeleceu uma mudança de paradigma em relação às questões de *público* e *privado*. A violência doméstica tida como algo da dimensão do *privado* alcança a esfera pública e torna-se objeto de políticas específicas. Esse deslocamento faz com que a administração pública introduza novos organismos, como: as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMs), os abrigos institucionais para a proteção de mulheres em situação de violência; e outras necessidades para a efetivação de políticas públicas voltadas para as mulheres, a exemplo do treinamento de profissionais da segurança pública no que diz respeito às situações de violência contra a mulher, entre outras iniciativas (CARNEIRO, 2003: 117).

Tiveram-se grandes conquistas, principalmente na inserção da mulher nos ambientes de trabalho, porém, ainda é muito desigual e deficiente, pois vivemos em uma sociedade controlada por uma educação de gênero machista e sexista, que consiste em obstáculos que as lutas das mulheres pela não inferiorização de gênero precisam enfrentar. Uma das lutas mais profundas dos movimentos feministas é a questão da sexualidade que engloba o direito de sentir prazer, a autonomia do seu corpo e o direito de decidir quando quer ter filho.

No mundo, já estando no século XXI, a discussão da legalização do aborto ainda é muito conservadora, não sendo questionados os fatores que implicam nessa criminalização, havendo grande risco de morte das gestantes. Países como o Paraguai só permitem o abortamento caso a vida da parturiente esteja em perigo. No Brasil, apesar de ser ainda muito precária essa discussão, o aborto também é permitido se a gravidez for consequência de um estupro. No entanto poucas vezes a lei é cumprida. O aborto

praticado de forma considerada ilegal perante a Constituição Brasileira traz como pena a reclusão por tempo determinado dependendo da situação exposta.

O alto número de mortalidade materna acontece devido em grande parte ao aborto inseguro, e quando esse termo é referido, não necessariamente não se remete ao aborto clandestino. Isso porque, esses dois conceitos são diferentes. “A organização Mundial de Saúde define abortamento inseguro como o procedimento para interromper a gestação não desejada realizada por pessoas sem as habilidades necessárias ou em ambiente que não cumpra com os mínimos requisitos médicos, ou ambos as condições” (GALLI & VIANA, 2010: 2). Já o aborto clandestino, não necessariamente será inseguro, pois existem clínicas especializadas com médicos e ambientes salubres. Entretanto, essa opção é seletiva, visto que somente mulheres com condições financeiras privilegiadas possuem a oportunidade de escolher essa alternativa. O ginecologista e obstetra Jefferson Drezett, representante do Grupo de Estudos do Aborto (GEA), em uma entrevista explicou:

Mas é importante dizer que existe uma diferença entre aborto clandestino e inseguro. O aborto clandestino não é necessariamente inseguro. Ele pode ser feito em clínicas clandestinas, porém com todas as condições de higiene, por médicos treinados, quando a mulher tem dinheiro para pagar. A diferença entre as chances de morrer em um aborto inseguro e apenas clandestino é de 1000 vezes. Então acaba se criando uma desigualdade social, uma perversidade porque uma mulher que tem um nível socioeconômico bom, as mulheres dos melhores bairros da cidade de SP, têm acesso a clínicas clandestinas, que não são legalizadas, mas são seguras. Esse aborto pode custar mais de dois mil dólares. Enquanto um aborto inseguro pode custar 50 reais (DIP, 2013 apud DREZETT, 2013).

O aborto virou um tema altamente discutido, visto as intensas lutas dos movimentos feministas, por sua legalização, tornando uma causa política. Hoje, são realizados vários eventos onde se debate essa questão. Entretanto, por ser criminalizado no Brasil, a execução de uma pesquisa que mostre dados exatos acerca do aborto é uma dificuldade enfrentada, visto a omissão das mulheres que realizaram o procedimento, assim como de profissionais que lidam diretamente com a situação, em que uma grande parcela não notifica o acontecimento. Por isso, existem algumas formas de fazer pesquisa sobre o aborto, como o diálogo direto com a gestante, através de entrevista, a técnica de urna, onde não há a identificação das mulheres, ou então por meio de internações nos hospitais públicos por complicações após o procedimento.

No final da década de 1980 e início da década de 1990 houve um crescimento expressivo em relação às pesquisas nesse campo, devido ao número de internações nos

hospitais que também cresceram, também em decorrência de um novo medicamento surgido no mercado, que mesmo não tendo como função a realização do aborto, passou a ser usado para tal.

Em pesquisas dos anos 90, constatou-se que um número relativamente grande de mulheres a cada ano experimenta abortos repetidos. O estudo nos hospitais do Rio revelou que 26% de mulheres haviam provocado pelo menos um aborto anteriormente; 12% tiveram pelo menos três. Ao se re-entrevistar uma subamostra destas mulheres seis meses depois, detectou-se que 12% estavam grávidas e 3% haviam realizado outro aborto induzido no período (COSTA, 1999: 164 apud COSTA, 1995).

Além da pesquisa realizada com mulheres que conseguiram concretizar o abortamento, há também as que não terminaram o processo. “No Rio de Janeiro, em 1991, entre o grupo de parturientes entrevistadas, 18% relataram tentativas malsucedidas de abortar” (COSTA, 1999: 164 apud COSTA, 1995).

A prática do aborto não foi um momento isolado em tempos anteriores, mas sim uma realidade a ser enfrentada cotidianamente. Dessa forma, destaca-se que assim como o grande número de abortos realizados na década de 1980 e 1990, o seu exercício no século XXI continua sendo algo extremamente relevante, visto que, segundo uma pesquisa do ano de 2013, realizada pelo IBGE, mais de um milhão de mulheres com idade entre 18-49 anos já provocaram pelo menos uma vez o procedimento do aborto. Entretanto, é importante ressaltar que, por ser criminalizado no Brasil, as pesquisas não são exatas. A mesma pesquisa diz que o número de mulheres com escolaridades consideradas baixas é superior ao de mulheres com escolaridade mais altas, além de negras realizarem mais o procedimento do que brancas. Observe abaixo a tabela da pesquisa citada anteriormente:

Tabela 5- Mulheres de 18 a 49 anos de idade que já tiveram algum aborto provocado, total, percentual e coeficiente de variação, por nível de instrução e situação do domicílio.

Variável = Mulheres de 18 a 49 anos de idade que já tiveram algum aborto provocado (Mil pessoas)					
Situação do domicílio = Total					
Ano = 2013					
Grande Região	Nível de instrução				
	Total	Sem instrução e fundamental incompleto	Fundamental completo e médio incompleto	Médio completo e superior incompleto	Superior completo

Norte	108	31	22	46	9
Nordeste	419	154	105	138	22
Sudeste	412	118	106	140	48
Sul	74	25	17	14	18
Centro-Oeste	54	25	7	18	5

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde

A mortalidade materna é uma das principais causas pela qual o aborto é discutido, entretanto, é necessário que se faça uma análise acerca da totalidade e que haja uma compreensão de que a saúde pública ser o centro desse debate tem relação com o sistema em vigor e com a educação de gênero patriarcal dominante em nossa sociedade. A naturalização da inferiorização da mulher perante ao homem tem influência direta nesse debate, assim como a desigualdade social, também resultante do sistema capitalista.

2.1) Não é só questão de saúde pública, aborto é questão de gênero e de classe

Discutir aborto nos remete principalmente a saúde pública visto que essa é a principal questão devido ao alto número de mortalidade materna em todo o mundo. Entretanto, é necessário que se debata para além da saúde pública, entender o aborto como uma questão de gênero e raça/classe, sem, contudo, desconsiderá-la³⁰.

Já foi falado anteriormente sobre a grande importância da mulher para o sistema capitalista: a reprodução da vida social. Pensando de acordo com as estratégias desse sistema, a legalização do aborto significaria um fracasso perante ao que o capitalismo defende, visto que a mulher perderia a obrigação de sua principal função diante dessa sistema, que é a maternidade. Para além, a mulher teria a autonomia de escolher se quer ser mãe ou não, dado que teria a oportunidade de escolha em relação ao aborto, o que lhe engrandeceria perante o Estado patriarcal. Ou seja, no tocante aos interesses capitalistas a legalização do aborto é algo inviável, e que de acordo com as suas ideias permanecerá afrontando os direitos das mulheres.

Não à toa, no que concerne à educação de gênero machista aprendida pela atual sociedade, engravidar torna-se uma responsabilidade da mulher, e suas consequências devem ser direcionadas única e exclusivamente a ela. O homem tem responsabilidades

³⁰ Países que legalizaram o aborto, o sistema de saúde pública tem infra/estrutura, conforme citado mais à frente neste trabalho.

perante a lei³¹, mas o que acontece cotidianamente, apesar de não ser uma generalização, é o aborto masculino, quando o mesmo abandona a família e suas obrigações.

A discussão acerca do aborto nos remete a compreensão de três aspectos: saúde pública, gênero e raça/classe. A mortalidade materna é um dos principais elementos que sustenta essa discussão, visto que atinge a uma grande parcela de mulheres todos os anos. Devido a isso, muito se especula acerca dos números de abortos feitos e mulheres mortas pelo procedimento. Em um estudo realizado por Diniz e Medeiros, consta que “ao final de sua vida reprodutiva, mais de um quinto das mulheres no Brasil urbano fez aborto” (DINIZ, MEDEIROS, 2010: 962).

Países onde o aborto é legalizado são parâmetros de comparação com o Brasil, por exemplo, que mantém a possibilidade de realização do procedimento restrita. Entretanto, é necessário o entendimento que para a legalização do aborto, é fundamental uma estrutura de saúde pública que atenda às demandas impostas por essas mulheres antes e depois da realização do aborto. O Uruguai legalizou o aborto em 2012, e trouxe uma estrutura legislativa, impondo limites para a realização do aborto, assim como ofertou qualidade no sistema público de saúde. Os limites legislativos ficam por conta do tempo máximo para a realização do aborto, que são as doze primeiras semanas da gestão. Acerca da organização para o atendimento, o país construiu uma mediação de profissionais da saúde com a gestante:

No tocante aos requisitos para a interrupção voluntária da gravidez, a Lei prevê, no artigo 3º que, dentro das 12 semanas, a mulher que tiver a intenção de realizar o aborto deve procurar o Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), o qual se encarregará da operacionalização do procedimento. No entanto, existe um esquema de mediação, que se inicia já no primeiro contato da mulher com o sistema de saúde, e que tem a função de evitar decisões intempestivas ou unilaterais. A primeira etapa é representada por uma consulta inicial na qual a mulher deve expor suas motivações para reivindicar o direito ao aborto. O mapeamento inicial visa identificar se estas motivações decorrem de razões de penúria econômica, social ou familiar, capazes de serem sanadas através da intervenção da assistência social pública (FERRARI, NERES, 2015: 57/58 apud URUGUAY, 2012).

³¹ “§ 1º O juiz, sempre que possível, ouvirá a mãe sobre a paternidade alegada e mandará, em qualquer caso, notificar o suposto pai, independente de seu estado civil, para que se manifeste sobre a paternidade que lhe é atribuída” “§ 3º No caso do suposto pai confirmar expressamente a paternidade, será lavrado termo de reconhecimento e remetida certidão ao oficial do registro, para a devida averbação” “§ 4º Se o suposto pai não atender no prazo de trinta dias, a notificação judicial, ou negar a alegada paternidade, o juiz remeterá os autos ao representante do Ministério Público para que intente, havendo elementos suficientes, a ação de investigação de paternidade” (BRASIL, Lei nº 8.560, de 1992).

O segundo contato fica pela responsabilidade dos médicos e de uma equipe multidisciplinar: “Esta equipe tem a função de esclarecer a mulher sobre as condições da Lei, bem como sobre as implicações de um aborto, expondo, ainda, as medidas alternativas que poderiam viabilizar a continuidade da gestação” (FERRARI, NERES, 2015: 58). A realização do aborto só acontece depois de todas as alternativas serem expostas pela equipe, e a parturiente se manter convicta da vontade de realizar o procedimento.

A legalização somente na legislação não iria trazer uma redução do número de abortos e mortes maternas, pois é essencial que junto da aprovação da lei, haja uma construção estrutural de saúde pública por parte do Estado, capaz de atender às necessidades das mulheres em uma perspectiva totalizante de sua realidade. Entretanto não é a realidade encontrada nos dias atuais, visto o pouco investimento que a saúde pública, assim como outras políticas sociais, tem possuído. Por isso, é importante enfatizar a questão de que é essencial ter um Estado de direitos, e não violador, que invista na qualidade de vida da população e possibilite, de fato, a liberdade de escolha.

O aborto é uma realidade não só no Brasil, mas no mundo. A criminalização desse procedimento é tentar tapar uma realidade exposta, e que mata. Em 2010, Diniz e Medeiros elaboraram e realizaram uma pesquisa que mostrou que em 2.002 mulheres entrevistadas, 15% já havia feito um aborto. Porém, o número de abortos deve ser considerado ainda maior, pois desse quantitativo de mulheres que já fizeram esse procedimento, seguramente algumas realizaram mais de uma vez. A pesquisa ainda mostra a idade e o grau de escolaridade em que as mulheres mais fazem um aborto. A idade em que liderou o número de aborto ocorreu entre 18 anos a 29 anos, sendo cerca de 60% das entrevistadas. A escolaridade baixa foi predominante para as mulheres que realizaram um aborto, com 23% estudado até o 4º ano do ensino fundamental.

Por ser criminalizado no Brasil, muitas mulheres recorrem a várias formas de fazer um aborto, como clínicas privadas, injeções, chás abortivos, instrumentos perfurantes, entre outros que colocam a vida das mulheres em risco devido ao alto grau de insalubridade. A realização do aborto é uma realidade e milhares de mulheres morrem todos os anos devido ao aborto. Entretanto, esses métodos abortivos passaram a ser menos utilizados no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, quando o Misoprostol, medicamento para tratamento de úlcera, entrou no mercado. O tempo em que permaneceu nas farmácias foi o suficiente para que se tornasse o principal método abortivo, visto que o custo era muito menor e a eficiência era maior: “Um estudo de início dos anos 1990 mostrou que o preço médio do Misoprostol era de US\$6, ao passo

que um aborto em clínica privada custava US\$144 e o uso de uma sonda por leiga, US\$42” (DINIZ, 2008: 29).

Foram realizados muito estudos acerca desse medicamento, inclusive porque as mulheres optaram por esse procedimento, sendo citado: privacidade, segurança e rejeição a abortos em clínicas (DINIZ, 2008). Em um dos estudos efetuado, ficou claro o crescimento das mulheres adeptas ao Misoprostol:

Referências a medicamentos eram raras nos estudos, sendo feitas por menos de 15% das mulheres em situação de aborto nos hospitais públicos. Já em meados dos anos 1990, um estudo com mulheres hospitalizadas em situação de aborto encontrou que 76,1% delas conheciam o Misoprostol ou um medicamento para abortar de cujo nome ‘não se recordavam (DINIZ, 2008: 29).

A venda do Misoprostol nas farmácias foram até 1991, quando foi proibido em consequência de seu efeito abortivo e, devido, sendo estudos realizados a partir de 1990, a um aumento das chances de má formação do feto quando este medicamento não provocava o aborto, causando a Síndrome de Möbius³² (DINIZ, 2008). Todavia, em sites da internet, existem manuais de ensino para a prática do aborto com esse medicamento até os dias atuais, assim como existem dicas de chás abortivos e outras formas de realização do aborto. Com isso, concluímos que aprender como fazer um aborto não é algo de difícil acesso, o que pode causar um risco a vida da gestante que tentam fazer o procedimento sem uma orientação especializada.

Na atual conjuntura, com a epidemia do vírus Zika, o debate sobre o aborto se estendeu para mais um suposto caso de necessidade de escolha da mulher sobre a realização do procedimento, que, legalmente, só pode ser feito em três circunstâncias. O vírus Zika é transmitido pelo mosquito *Eades*, e a partir de 2015 houve uma epidemia no Brasil que não se registrava há muitos anos, pois poucos surtos foram identificados desde 1952, quando foi reconhecido esse vírus em humanos pela primeira vez (OMS, 2016). As consequências da infecção do vírus Zika para as parturientes foram mais graves, pois a transmissão da mãe para o feto durante a gestação foram documentadas e comprovadas. Essa infecção transmitida para o feto se chama microcefalia e traz graves consequências para a criança. O debate sobre a possibilidade de escolha da mulher em fazer um aborto quando há um caso de microcefalia, veio pelo questionamento da já então polêmica aceitação de alternativa de realização do aborto em bebês anencéfalos.

³² “A Síndrome de Möbius ou Sequência de Moebius (SM) foi apontada como a principal sequela para o feto da tentativa ineficaz de aborto por Misoprostol. A SM é uma má-formação rara [...] há um razoável consenso na literatura de que quando não é suficiente para induzir o aborto, o Misoprostol aumenta as chances de má-formação” (DINIZ, 2008: 30).

Em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que as gestantes que tivessem fetos anencéfalos poderiam ter a decisão de escolha sobre a realização do aborto com aparato médico. Essa decisão teve como suporte o fato de que ter uma criança que não teria possibilidade de vida era prejudicial para as mães. A polêmica gira em torno de que em uma sociedade tomada pela perspectiva conservadora de que o aborto é contra a vida, a gestante não poderia fazer um aborto tirando a vida da criança que ali estava nascendo, mesmo que mesma não tivesse cérebro, não tendo nenhuma perspectiva de vida.

O debate da não criminalização da mulher que optasse em fazer um aborto em caso de crianças com microcefalia surgiu, pois as mesmas nasciam com graves consequências que afetariam suas vidas. Entretanto, a diferença entre feto anencefálico e crianças com microcefalia é que as consequências desta última resultam em deficiências que acompanham a criança, mas as mesmas têm perspectiva de vida, mesmo que de forma mais limitada, pois há uma má formação no cérebro (BRUM, 2016). Dessa forma, em defesa da vida humana abraçada pelo Estado patriarcal, a microcefalia não se encaixa nos padrões exigidos para que se possa realizar um aborto.

A discussão acerca do aborto como um problema de saúde pública não deve ser questionado somente as situações que terminam com a morte da mulher, mas também as consequências que esse procedimento pode deixar momentaneamente ou para o resto de suas vidas. A realização do aborto é um processo delicado, no qual mexe tanto fisicamente quanto emocionalmente com a mulher, e independentemente de seu posicionamento perante a situação, fazê-lo ou não fazê-lo será um conflito no qual a protagonista será a gestante, e a pressão será exclusivamente dela. Portanto, deve ser considerado também as consequências desse momento para a mulher e principalmente as sequelas que as mesmas podem adquirir depois do processo.

Em uma pesquisa realizada por Costa et al, em uma universidade paulista, por meio de aplicação de questionário, uma das questões abordadas corresponde ao emocional das mulheres depois de terem realizado o aborto, como pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 6 – Como se Sentiram Depois de Terem Feito o Aborto. Em Percentagem.

Categories	%
Mal emocional e/ou fisicamente	48,80%
Bem física e/ou emocionalmente	27,90%
Ambíguo	14,70%

Bem fisicamente e mal emocionalmente	4,90%
Bem emocionalmente e mal fisicamente	1,20%
Não pensaram sobre isso	0,90%
Outros	1,50%
Total de pessoas¹	326

¹ Faltou informação de 23 mulheres

Tabela retirada do artigo: “A Decisão de Abortar: Processo e Sentimentos Envolvidos”

De acordo com a tabela apresentada, observa-se que o número de mulheres que se sentiram mal física e emocionalmente representa quase que a metade dos questionários analisados. Dentre as respostas para esse tópico, encontra-se: “Muito triste”, “Deprimida”, “Depois foram nove meses de tortura”, “Complexo de culpa”, “Infeliz”, “Passei muito mal, vomitei, senti tontura”, “Tive cólicas”, “Um pouco indisposta”, “Enjoada”, “Mal-estar” (COSTA et al, 1995: 101).

O aborto inseguro é uma preocupação mundial, visto o tamanho da proporção realizada todos os anos. Mulheres passam por situações calamitosas, com alto grau de insalubridade e precariedade, dispostas a realizarem o aborto. O debate acerca desse assunto está presente indiretamente através de campanhas de prevenção e planejamento familiar, contudo, a discussão aberta acerca das questões de ampla importância que cercam esse assunto são pouco faladas ou ignoradas perante a atual realidade em que nos encontramos. Nessa conjuntura que tem diminuído o financiamento da saúde pública, e que tem acirrado cada vez mais a criminalização ainda mais restrita do aborto, é quase inviável elaborar uma estrutura que disponibilize atendimento as mulheres, sendo necessário que haja debates e discussões com ampla divulgação de forma a transmitir e conscientizar acerca do assunto.

Já foi mencionado que uma das importâncias centrais da mulher para o sistema capitalista é a reprodução social, para além da questão do cuidado e da mediação de conflitos. Essa distinção de função, na qual tem como objetivo a diminuição da influência por parte da mulher perante a sociedade, tem rebatimentos até os dias atuais, trazendo graves consequências para suas vidas. Para além dos impactos sobre a questão da inserção da mulher nos ambientes de trabalho, outro resultante da diferença entre homens e mulheres dentro do sistema capitalista é a coisificação³³ da última

³³ “Na atividade alienada, em que o homem, a classe, o indivíduo não se apropriam do resultado de sua atividade vital, a energia vital dispendida se torna própria do ‘objeto’, que rigorosamente se torna coisa no sentido de ter adquirido vida própria, um poder autônomo: o estranhamento, o alheamento... É neste sentido também... que esse sujeito é determinado, é limitado, é, radicalmente falando, coisificado, posto pela coisa que se apropriou do que era próprio ao sujeito da atividade vital. A coisa, o capital, a mercadoria, o dinheiro pondo sujeitos físicos, isto é, sujeitos de que dependem – elas, as coisas – para se reproduzirem como tais” (NAVARRO; PADILHA, 2007: 16, apud, SILVEIRA, 1989: 50).

mencionada, sendo produto de poderio para os homens. Como exemplos da coisificação da mulher podemos citar: o sofrimento de assédios moral, sexual, psicológico; o grande número de casos de feminicídios; o aumento de situações de estupro; violências; e humilhação e constrangimentos causados por serem mulheres; para citar o que vimos percebendo ao longo das pesquisas de estudo para este trabalho de conclusão de curso.

O sistema capitalista produz um ciclo no qual as mulheres são criadas como objetos de fetiche sexual, e inferiores aos homens e as expõe para o mundo através das mídias e propagandas. Comerciais de cerveja, carro, assim como o mundo da moda, se apropriam dos corpos das mulheres para expô-las de forma sexual, transmitindo a sexualização como sua imagem. Essa exposição criou uma forte cultura³⁴ que estimula a violação dos direitos diários de mulheres, que se restringem em aspectos voltados para sua liberdade e se amedrontam em suas rotinas. Essa educação de gênero ensinada por um Estado patriarcal ensinou que os homens têm autonomia sobre as mulheres, desde o sustento de sua família, pelos chamados “chefes de família”, até os corpos de suas esposas, namoradas, ou simplesmente desconhecidas, mas que despertam seus desejos sexuais.

Essa educação de gênero criou cultura. Assim como o Brasil possui em seu âmbito cultural, a feijoada, a tapioca, açaí, o hábito de ir à praia, entre outros, também criou culturas de violação das mulheres, como a cultura do estupro que vem se fortalecendo. A cultura do estupro, exclusivamente, está relacionada diretamente com o debate do aborto. Essa violação do corpo está na Constituição Federal de 1988 como crime, no qual, o violador deve ser penalizado. Assim como está na Constituição Federal de 1988 que a mulher que tenha sofrido essa violência tem o direito de fazer um aborto, caso seja de sua vontade. À vista disto, quanto mais a cultura do estupro é incentivada, maior será a quantidade de violências sexuais e casos de aborto no Brasil.

Ao analisar o aborto, é importante que haja uma compreensão de que este envolve fatores que para além das condições sociais de cada mulher, também deve ser entendido as leis que regem o país e as ideologias que as mesmas seguem. Deste modo, a discussão de gênero está presente na questão do aborto, visto que as condições determinadas pelo Estado patriarcal são voltadas para o embarramento de liberdade de

³⁴ “Cultura significa todo aquele **complexo que inclui o conhecimento, a arte, as crenças, a lei, a moral, os costumes e todos os hábitos e aptidões adquiridos pelo ser humano** não somente em família, como também por fazer parte de uma sociedade da qual é membro” (site: significado.com – grifos do autor). Quando menciono cultura, é no sentido de algo tornar-se um costume, ainda que ruim. Ela é incentivada por meio dos exemplos mencionados neste trabalho de conclusão de curso, bem como pela educação de gênero patriarcal que objetifica a mulher e seu papel dentro da sociedade, com o objetivo de inferiorizar sua existência e todos os aspectos voltados para sua trajetória.

posicionamento por parte das mulheres tanto no âmbito geral, como e principalmente de suas próprias vidas.

A moralidade³⁵ é um fator presente na educação de gênero machista determinante do Estado patriarcal. Isso significa que as mulheres acabam se sujeitando ao julgamento tanto das pessoas mais próximas de seu convívio, como sua família, ou ainda de seus parceiros, assim como da sociedade como um todo. Essa questão é frequente quando se trata do comportamento das mulheres, quando as mesmas não agem de acordo com os padrões impostos socialmente. Conseguimos observar esse fator em uma pesquisa realizada por Heilborn et al, tabela 7, no ano de 2008 em que entrevistou 59 pessoas, sendo 13 homens de 18-27 anos e 15 mulheres nesta mesma faixa etária e 15 homens de 40-49 anos e 16 mulheres nesta mesma faixa etária, no qual mostra que a comunicação entre a mulher e seu parceiro acerca do procedimento do aborto não pode ser considerado algo exato:

Se entre as mulheres entrevistadas, de distintas inserções sociais, o número de abortos foi sempre superior ao número de filhos tidos nas gerações jovem e mais velha, o mesmo não acontece entre os homens. Há, nos relatos de homens mais velhos, de camadas populares, mais gestações levadas a termo do que abortos provocados, respectivamente, 29 e 16 [...]. Estes dados indicam que possíveis casos de interrupção de gravidez não tenham sido revelados por suas parceiras a eles, o que sinaliza uma posição periférica do parceiro em determinadas situações de gravidez/aborto. Foi frequente nos depoimentos femininos a não revelação da gravidez ao parceiro em casos de aborto, principalmente em relacionamentos ocasionais. Já as narrativas masculinas referem-se majoritariamente às interrupções de gravidez no cerne de vínculos por eles considerados duradouros ou marcantes (HEILBORN et al, 2012: 229).

Tabela 7- Tipos de desfecho (números absolutos) dos eventos reprodutivos segundo sexo, faixa etária e segmento social

Sexo	Tipo de Desfecho da Gestação	Faixa etária / segmento social				Total
		18-27		40-49		
		Popular	Média	Popular	Média	
Mulheres	Total de mulheres	10	5	10	6	31
	Aborto	16	5	37	13	71

³⁵ “Nós vivemos em uma sociedade e a sociedade tem normas estabelecidas do que é certo e do que é errado. Em um sentido mais simples, a noção de moralidade pode estar associada às noções de justiça, ação e dever: a moralidade não se relaciona àquilo que cada um quer para si e sim às formas de agir com o outro” (SANTOS, SITE: MUNDO E EDUCAÇÃO). É necessário que se reforce a ideia de que é por meio de regras estabelecidas pelo Estado patriarcal e seguidas pela sociedade, as mulheres são impedidas de exercerem atividades voltadas para suas escolhas, pois são julgadas e condenadas pela moralização da sociedade.

	Provocado					
	Filho nascido vivo	10	1	20	5	36
	Aborto Esp. / Nat.	2	1	5	1	9
	Total de Gestações	28	7	62	19	116
Homens	Total de homens	8	5	9	6	28
	Aborto Provocado	11	5	16	11	43
	Filho nascido vivo	5	-	29	7	41
	Aborto Esp. / Nat.	2	-	1	-	3
	Total de Gestações	18	5	46	18	87

FONTE: Pesquisa HEXCA, 2010 – Tabela retirada do texto: Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios.

Alterações na tabela realizado pela autora deste trabalho.

Aborto esp. – aborto espontâneo / nat. – filho natimorto

A moralização da mulher perante a sociedade está integrada ao que podemos considerar como a relação social de dominação no Estado Patriarcal. Isso porque, a educação de gênero machista no qual guia a sociedade, determina que o homem seja o dominante e a mulher a dominada. Desta forma, como no exemplo citado acerca da não divulgação da gravidez por parte da mulher para seus parceiros, ou ainda para qualquer pessoa que possa ser considerada próxima da gestante, é um demonstrativo de receio às críticas que possivelmente a mulher irá receber. Como o autor Bourdieu assinala:

Os homens (e as próprias mulheres) não podem senão ignorar que é a lógica da relação de dominação que chega a impor e inculcar nas mulheres, ao mesmo título das virtudes e da moral que lhes impõe, todas as propriedades negativas que a visão dominante atribui a sua natureza (BOURDIEU, 1998: 42).

O homem é o conceituado dominante, pois lhe foi imposto por meio da educação de gênero machista ser o considerado o sexo ordenador, ainda que também sofra com determinações societárias no que tange a sua virilidade.

A moralização também ocorre em espaços públicos nos quais é de direito de todo cidadão. Ainda que a saúde seja por lei, um direito, a mulher tem em grande parte os seus reprimidos a partir de julgamentos cometidos por profissionais da área da saúde que acabam por condenar a mulher que necessitou dos serviços hospitalares. A socióloga Xavier, em uma entrevista ao site “Clandestinas” avalia a situação:

Diminuiu o número de mulheres que procuram o SUS por complicações de aborto e não é porque o número de abortamentos diminuiu. É porque os profissionais recebem essa mulher com julgamento, xingamentos, deixam-na sangrando por horas antes de internar e muitas vezes fazem os procedimentos sem anestesia que é “para aprender” (DIP, 2013 apud XAVIER, 2013).

Ainda em relação às normativas da educação de gênero machista, a mesma impõe estereótipos para cada sexo. Quando há um desvio de função ao que lhe foi imposto, acontece o que Costa et al (2012) vai chamar de “desnaturalização”. O aborto está nessas circunstâncias. A maternidade é uma função designada às mulheres, e quando as mesmas a recusam, segundo o Estado patriarcal, é uma desnaturalização das normativas. Essa questão remete a mulher a uma situação de aprisionamento, devido à falta de liberdade em se posicionar de acordo com suas vontades e escolhas de vida. Uma prisão que poderá ter diferentes caminhos (o encarceramento, caso faça o aborto e seja pega; a morte; sequelas graves pós-aborto; ou a desistência em fazer o procedimento, mesmo que seja de sua vontade, e leva a maternidade à diante), mas todas com o mesmo fim: a insegurança.

Ainda que grande parte dos motivos pelos quais a mulheres realizem ou tenham vontade de fazer o abortamento sejam conhecidos, a inserção das mulheres no mundo do trabalho também pode ser considerada uma das causas do aborto, e que pode ser analisado como uma causa da atualidade, visto que o número de mulheres no meio trabalhista vem aumentando. A pesquisa realizada pela autora Diniz, mostra que:

A maioria das mulheres participa do mercado de trabalho, uma mudança significativa caso se considere que os estudos do final dos anos 1980 registram mais da metade das mulheres com experiência de aborto induzido fora do mercado de trabalho. Não há surpresas na descrição do universo do trabalho das mulheres que realizam aborto: trabalhos femininos (emprego doméstico), comércio, ofícios informais (cabeleireira e manicure), além de estudantes, com renda familiar de até três salários mínimos (DINIZ, 2008: 11).

É importante que frise essa questão devido ao fato de que além das pressões sofridas pelas mulheres por pessoas de seu âmbito social, a moralidade também passou a ser um fato a ser considerado depois de sua inserção no meio trabalhista. Além dos julgamentos passíveis de acontecerem, há também a chance das mesmas serem submetidas a ameaças da perda do emprego por estarem grávidas. O que aumenta ainda mais a probabilidade da mulher render-se ao aborto.

A insegurança presente nas mulheres que passam por essa situação é alarmante. A pressão e os julgamentos estão concentrados em si. A contribuição e a presença de

seus parceiros, segundo uma pesquisa feita por Galastro e Fonseca em uma unidade de saúde com os profissionais da área revela que as mulheres não contam com o apoio de seus companheiros/ou pai da criança: “Durante a oficina, os profissionais não hesitaram em afirmar que o homem estava presente em todos os lugares, porém, ao serem questionados sobre a presença dele no pós-aborto, um silêncio inicial interrompeu as discussões” (GALASTRO; FONSECA, 2005: 456).

A gravidez e a decisão pelo aborto, bem como o processo da maternidade tem responsabilidades diferentes no que tange a mulher e o homem. Educada para ser mãe, a mulher assume maior comprometimento nessa função, sendo o pai um coadjuvante. Segundo ainda as autoras, a incerteza em relação ao parceiro assumir a paternidade é uma das principais questões pelo qual a mulher opta pelo aborto:

A instabilidade da relação da mulher com seu parceiro ou falta de apoio emocional e econômico por parte do companheiro ao tomar conhecimento da gravidez, têm sido mencionado pelas mulheres como um dos principais motivos para a prática do aborto. Não há como desconsiderar as diferenças de gênero, no que se refere ao significado que o aborto tem para as mulheres e para os homens, mesmo que homens e mulheres assumam sua participação no processo reprodutivo, no imaginário de cada um, as conotações são distintas. Para o homem, o aborto, pode representar maior responsabilidade ao ter que assumir um filho. Para a mulher pode significar a autonomia do próprio corpo e evitar as possíveis dificuldades inerentes à gravidez, impossibilitando concretizar projetos de vida. O aborto é um setor da assistência na área da saúde reprodutiva que envolve valores e princípios morais e religiosos, necessitando de um maior investimento e adoção de práticas inovadoras em que os profissionais possam desenvolver uma abordagem diferenciada a clientela, valorizando a subjetividade das diferenças de gênero e das necessidades individuais. Para os profissionais deste estudo, na maioria das vezes as mulheres estão sozinhas neste momento, independente de ser aborto provocado ou não, assim como também estão desacompanhadas quando querem doar o filho (GALASTRO; FONSECA, 2005: 457).

A discussão acerca da maternidade, bem como do aborto, são questões que tem uma relevância explicitamente maior para as mulheres do que para os homens. Primeiramente pela educação de gênero vigente em nossa sociedade no qual responsabiliza a mulher pela família, e a outra questão é referente ao fato das mulheres carregarem o filho/a na barriga, e serem os seus corpos que sofrerão mudanças e suas vidas que estarão em risco. Com isso, a reivindicação por direitos que expressem a igualdade de gênero cresceu a partir da década de 1970 com o movimento feminista, inspirado nos movimentos internacionais, sendo o aborto uma das questões a serem discutidas e lutadas.

Em meados da década de 1970, o feminismo brasileiro já tinha uma posição política sobre o aborto fundamentada no princípio do direito individual. Ao contornar demandas abertas pelo direito ao aborto, as feministas costumavam substituí-las por fórmulas gerais, tais como “direito de decidir pelo número de filhos desejados”, “direito de conhecer e decidir sobre seu próprio corpo”, entre outras. Sempre é bom lembrar que a negociação também era feita entre as próprias feministas, pois havia aquelas que, ligadas aos partidos de esquerda ortodoxos, não aceitavam enfatizar a questão do aborto (SCAVONE, 2008, 676).

Como mencionado pela autora, na década de 1970 o movimento feminista já se posicionava em relação à discussão do aborto, mas com perspectivas voltadas para o direito individual de cada mulher. Na década de 1980, houve a construção de um novo questionamento acerca da questão do aborto, que partiu de um movimento social feminista da época. Foi por meio da carta aberta da Frente Feminista de Mulheres de São Paulo que novas indagações começaram a ser feitas. Nesta carta, para além de ressaltar o direito da autonomia das mulheres sobre seus corpos, também se manifestou acerca da procura por clínicas clandestinas por mulheres grávidas como sendo um perigo para suas vidas. (SCAVONE, 2008).

Na década seguinte, o que era um questionamento do movimento feminista, tornou-se uma ênfase de que a vida das mulheres estava em risco devido ao alto número de abortos clandestinos decorrentes em território nacional, reconhecendo essa questão como um problema de saúde pública.

Tratar o aborto como direito social significa questionar as condições precárias em que ele é realizado no País, ao arriscar a saúde e a vida das mulheres. Em consonância com as preocupações das feministas brasileiras dos anos 1980, as feministas dos anos 1990 passaram a considerar a alta incidência de abortos clandestinos no País como um problema de saúde pública pela alta mortalidade que lhe estava associada, qualificando-o de **aborto inseguro** (SCAVONE, 2008: 676/677 – Grifo da autora).

A luta pela descriminalização do aborto, que anteriormente a década de 1990 não possuía uma amplitude significativa no âmbito político, ao adentrar neste ano, passou a ganhar maior repercussão e visibilidade. A Constituição Federal de 1988, que afirma que a saúde é um direito de todo cidadão e responsabilidade do Estado, também foi um importante passo para essa luta que afirma que o aborto é um problema de saúde pública.

Uma das estratégias do movimento feminista centra-se em buscar que o Estado garanta os direitos previstos em lei (Código Penal), no qual, as mulheres tem a decisão de fazer um aborto caso tenham sofrido um estupro ou se sua vida estiver em risco.

Observa-se que a luta no que tange as questões voltadas ao aborto demandam vários caminhos a serem discutidos, visto que a luta central do aborto é sua descriminalização, mas também há de ter a preocupação voltada para as exceções expostas no Código Penal, e a pressão no Estado para que o mesmo cumpra com suas obrigações legais. Sua luta torna-se ainda mais árdua, pois o aborto é um tema considerado um tabu em nossa sociedade, em razão da educação de gênero machista, fazendo com que seja um desafio a ação dos movimentos feministas.

A luta pela legalização do aborto visa à libertação das mulheres como um todo, no sentido de que cada uma possa ter seu posicionamento e sua liberdade de escolha. Entretanto, há a necessidade de se fazer a ressalva acerca das mulheres negras e das mulheres pertencentes à classe popular da sociedade. Em particular, a questão do aborto afeta em maior proporção essas mulheres, que além da moralização social, também sofrem com o racismo e a falta de condições financeiras.

O racismo no Brasil é algo histórico, sendo exercido desde os primeiros anos de colonização do país. Os negros foram os escolhidos para serem a “mão de obra escrava³⁶”, não tendo assim que custear trabalhadores assalariados. Entretanto, esse não foi o único motivo pelo qual eles optaram por essa raça, “mas por também considerarem essa população negra como primitiva, não-humana e fonte de trabalho braçal pesado” (IPOLITO, 2016: 46).

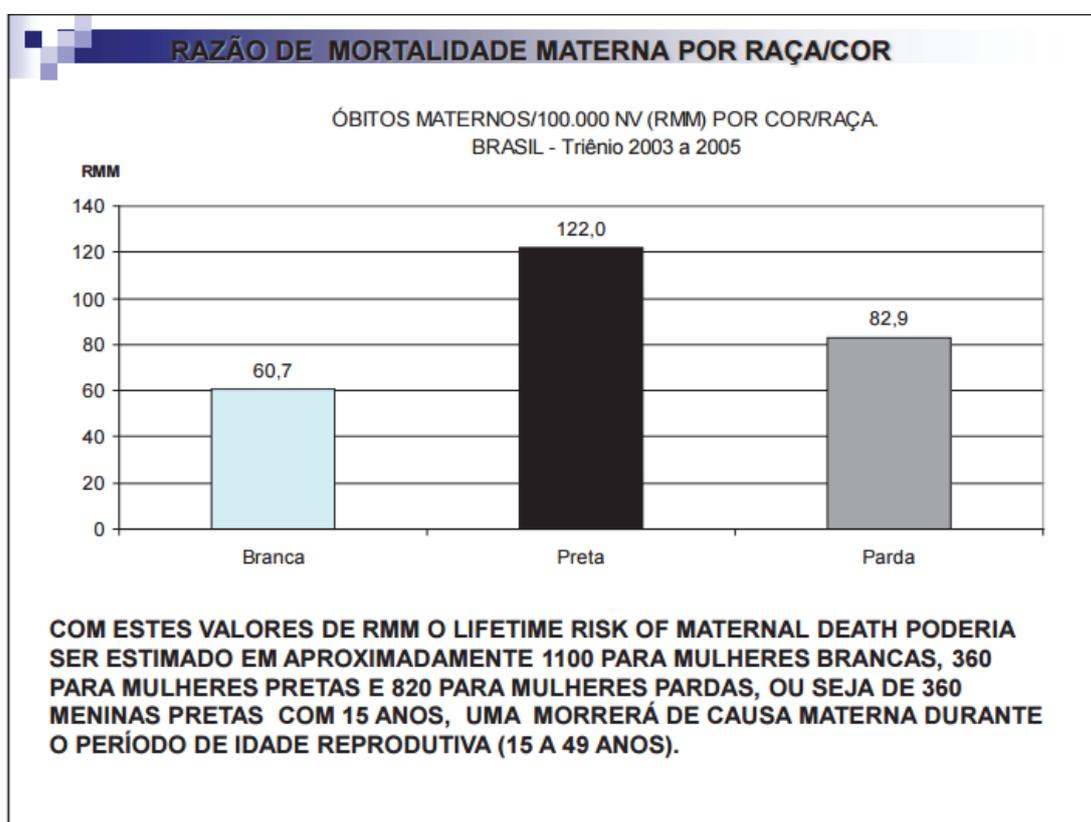
As mulheres escravas sofriam abusos sexuais e eram estupradas por seus patrões que as usavam violentamente. Nesse momento, o ato de resistência que elas conseguiam ter era por meio da realização do aborto, visto que em sua condição de escrava, nada poderia ser feito contra seu patrão (IPOLITO, 2016).

As ações de recusa das escravizadas em parir filhos frutos de violência sexual; a percepção de que com a maternidade sua carga de trabalho aumentaria haja vista que eram encarregadas de muitas tarefas; a recusa em dar o seio para filho do senhor; a recusa em parir uma criança cuja vida seria relegada ao mesmo destino que elas, foram medidas de resistência ao sistema escravista, onde a mulher negra - embora cerceada - fazia das poucas brechas que lhe restavam um escudo de proteção a si mesma e aos demais (IPOLITO, 2016: 47).

³⁶ Estamos de acordo com o fato de que não podemos afirmar ser “mão—de-obra”, tendo em vista que o sujeito social ele é um todo indissociável (reflexão/intervenção). Deste modo, entendemos que os negros foram “força de trabalho”, embora nos livros de história mais antigos apontam para “mão-de-obra”.

Em nossa atual realidade, as mulheres não são mais escravas, são mulheres livres³⁷, mas ainda assim, principalmente as negras devido ao estereótipo racista impregnado nas mesmas, sofrem com posicionamentos moralistas e machistas que determinam suas ações e as aprisionam em um mundo repleto de determinismo e de obrigatoriedades. Pesquisas mostram que a incidência de abortos em mulheres negras é maior do que em mulheres brancas, bem como o óbito materno. Em uma pesquisa realizada pelos autores Monteiro, Adesse e Levin, Jacques, mostra que a mortalidade materna é inferior em mulheres brancas.

Figura 2 – Razão de mortalidade materna por raça/cor



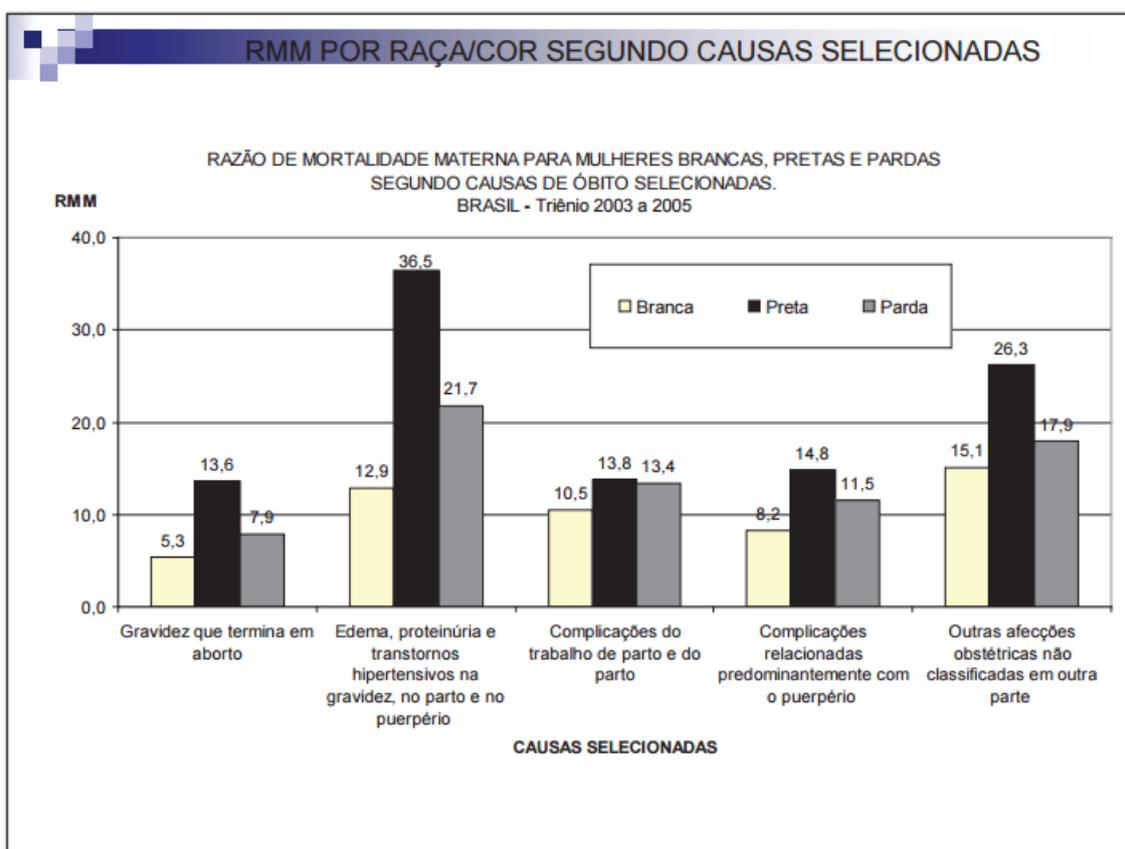
Fonte: Mulheres negras e a mortalidade materna no Brasil. Trabalho apresentado no seminário: MORTALIDADE MATERNA E DIREITOS HUMANOS NO BRASIL em 2009.

OBS: RMM – Razão de Mortalidade Materna / NV – Nascido Vivo.

³⁷ A liberdade na qual me refiro, está relacionada ao trabalho escravo. Entretanto é importante fazer uma ressalva no que tange a liberdade no sistema capitalista. É uma liberdade restrita, devido aos motivos anteriormente citados, as mulheres são embarradas de exercerem suas escolhas, devido a educação de gênero ensinada, no qual determina que a mulher é inferior ao homem, e a ele deve obedecer.

Essa pesquisa mostra que de 100 mil nascidos vivos, 122 mulheres negras morrem, enquanto o mesmo acontece com 60,7 mulheres brancas e 82,9 mulheres pardas. Ainda que o aborto provocado não seja a única causa, é importante ressaltar que dentre todos os motivos pesquisados, a mulher negra é a que mais possui risco de perder a vida, sendo seguido pelas mulheres pardas. A figura a seguir mostra alguns dos motivos pelo qual as gestantes morrem e a ordem das raças que mais quais as principais causas de morte materna e a morte por raça.

Figura 3 – RMM por raça/cor segundo causas selecionadas



Fonte: Mulheres negras e a morte materna no Brasil. Trabalho apresentado no seminário: MORTALIDADE MATERNA E DIREITOS HUMANOS NO BRASIL em 2009.

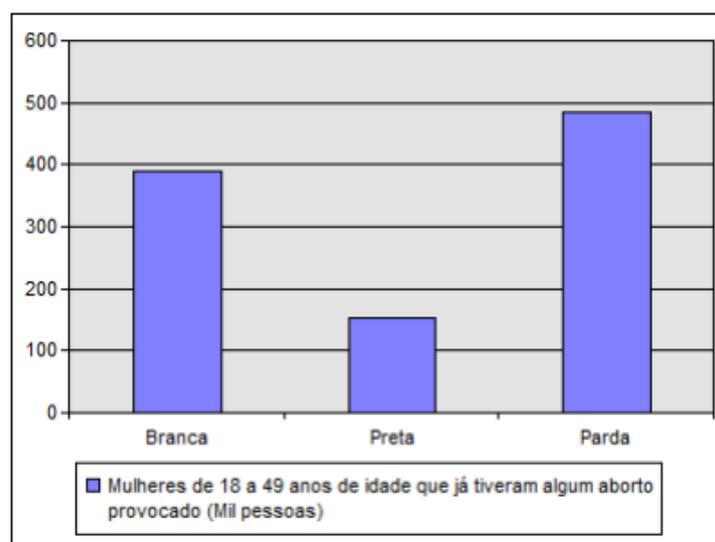
OBS: RMM – Razão de Mortalidade Materna.

Como apresentado na figura, cinco causas de morte materna foram expostas, sendo as mulheres negras as maiores vítimas em todas as causas. No que tange ao aborto, nesse caso não se refere exclusivamente ao aborto provocado, mas em todas as gravidezes que terminam em aborto, podendo ser causado também por um aborto espontâneo. Entretanto, o motivo pelo qual são apresentados nas figuras, é para que se

possa trazer um reflexão no que tange a proporção sempre maior de mulheres negras como vítimas da alta mortalidade materna.

A figura abaixo é uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no qual analisa o número de mulheres que já realizaram um aborto de acordo com a raça/cor.

Figura 4 – Mulheres de 18 a 49 anos de idade que já tiveram algum aborto provocado, total, por cor ou raça e situação de domicílio.



Variável	Cor ou raça	
Mulheres de 18 a 49 anos de idade que já tiveram algum aborto provocado (Mil pessoas)	Branca	390
	Preta	153
	Parda	485

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Na figura observamos que de acordo com a pesquisa do IBGE, o número de mulheres que mais realizou um aborto foram as pardas, representando o total de 485 mil mulheres, seguindo das brancas com 390 mil e por fim, as negras com 153 mil mulheres. Entretanto, é importante que se faça algumas observações. A pesquisa é incerta por se tratar de um assunto no qual é considerado como crime e devido a essas circunstâncias, a omissão é frequente entre as entrevistadas, além de que raça é auto declaratório, e a nomenclatura pardo/a é usado pelo IBGE como uma das cinco opções de grupos raciais, além de indígena, amarelo/a, preto/a e branco/a. Para além, é necessário que se faça a observação, que ainda que a pesquisa do IBGE esteja apontando as mulheres negras como as que menos provocam o aborto, na pesquisa

mostrada anteriormente, as análises mostram que as mulheres negras são as maiores vítimas de morte materna, inclusive no que tange ao aborto.

É necessário que se faça uma avaliação sócio histórica referente à vida das mulheres negras. Porém, antes que se faça essa análise, Diniz e Medeiros trazem dados em relação aos métodos utilizados para o abortamento:

O principal método utilizado para abortar foi o cytotec isolado ou o cytotec combinado com chás, líquidos e ervas (52%, 64), seguido de curetagem em clínica privada (36%, 44). A finalização do aborto sem recurso à internação hospitalar foi vivida pela maioria das mulheres (64%, 78), corroborando em parte suposições utilizadas em estimativas indiretas de magnitude do aborto. Duas em cada três mulheres abortaram sem recurso à internação hospitalar. Entre as que utilizaram o cytotec como método único, 47% (28) não precisaram ser internadas para finalizar o aborto. Das que abortaram em clínicas privadas, 93% (41) não necessitaram de internação hospitalar. Considerando todos os métodos, para cada mulher branca internada para finalizar o aborto, foram internadas três negras (DINIZ; MEDEIROS, 2012: 1677).

Supõe-se, a partir da pesquisa realizada pelos autores acima, que compara o número de internações hospitalares de mulheres negras comparado com mulheres brancas para tratamento de complicações pós-aborto, as primeiras mencionadas pouco utilizam-se de clínicas privadas, devido ao baixo risco de internação por meio desse método. Dessa forma, a pesquisa nos mostra que mulheres negras utilizam-se em maior parte de métodos mais baratos, como o Cytotec³⁸.

Os autores também descrevem mais duas diferenças entre as mulheres negras e brancas. A primeira no que tange a participação dos parceiros ou os pais do filho das mulheres negras é inferior ao das de raça branca e a segunda referente ao fato de que as adolescentes negras em alguns casos já havia filhos/as quando ocorreu o aborto “As mulheres negras relatam menos a presença dos companheiros do que as mulheres brancas; [...] A principal diferença entre as adolescentes negras e as brancas é que estas últimas não têm filhos por ocasião do primeiro aborto” (DINIZ; MEDEIROS, 2012: 1675).

Referente à análise sócio histórica das mulheres negras no Brasil, é inegável afirmar que a população negra dentro do sistema capitalista sofre com uma desigualdade racial. Isso quer dizer que em todos os níveis sociais, a população branca possui maiores oportunidades e melhores condições financeiras se comparado à população negra. A partir de alguns dados analisados pelo IPEA, conseguimos fazer uma avaliação acerca das desigualdades determinadas pelo sistema capitalista. Essa pesquisa vai analisar

³⁸ Cytotec é o mesmo remédio que o Misoprostol, anteriormente mencionado e analisado neste trabalho.

várias questões quem tem impactos na vida social dos sujeitos. Em todas elas, podemos observar uma disparidade entre brancos e negros. No que tange a educação, ainda que tenha havido um aumento dos estudos em ambas as raças de 2001 para 2012, ainda sim a desigualdade se manteve. Os negros possuem menos tempo de estudos do que os brancos, apresentando respectivamente 41,2% e 55,5% com 9 anos ou mais de estudos (IPEA, 2014). No que diz respeito à proteção social, avaliada por meio da contribuição da previdência social, a pesquisa mostrou que 26,5% dos negros/as de 16 a 64 anos não estão cobertos pela previdência social, enquanto os brancos, com a mesma faixa etária correspondem a 19,9%.

Em relação aos benefícios assistenciais, a pesquisa analisou o acesso à população ao programa bolsa família, no qual mostra que 34,3% das famílias que estão inscritas são comandadas por negros/as, enquanto ao que se refere aos brancos esse percentual baixa para 14,1%. Esse dado é muito significativo, pois mostra que a raça em posição de pobreza na sociedade, necessitando de auxílio do governo para se manter e suas famílias, é composta em sua grande maioria pelos negros/as.

Se a cobertura do bolsa família corresponde majoritariamente a população negra, o nível de desocupação³⁹ no que tange a raça da população não poderia ter um resultado diferente. Em todas as faixas etárias determinadas na pesquisa, o percentual de negros desocupados foi superior aos brancos. Somando as faixas etárias de 22-29 anos e 30-44 anos, os negros chegam ao percentual de 14,4% desocupados, enquanto os brancos correspondem a 10,8%. A pesquisa ainda faz referência a renda per capita dos dois grupos raciais.

Apesar das disparidades entre negros e brancos em relação à renda per capita, existem aspectos positivos, a destacar: os negros deixaram de estar concentrados majoritariamente entre os mais pobres. A parcela com menos de 0,5 salário mínimo passou de 65,8%, em 2001, para 38,6%, em 2012, uma redução muito significativa, embora ainda sejam maioria entre os pobres. O total de brancos nesta faixa de renda era de 19,2% em 2012 (IPEA, 2014: 15).

A pesquisa ainda relata outras questões de fundamental importância, como composição familiar; adequação da família; e seguridade social. Para além, ainda que não tenha sido mencionado de forma direta nessa pesquisa, a anterior a essa, divulgada no ano de 2011, menciona acerca de uma outra questão que merece destaque aqui neste trabalho. No que tange a saúde, a pesquisa faz uma análise referente ao percentual da população que utiliza-se dos serviços de saúde pública e privado. Em relação ao primeiro, a maioria que acessa seus serviços fazem parte da população negra com

³⁹ Termo utilizado pela pesquisa do IPEA.

67,0% enquanto que a população branca corresponde a 47,2%. Sobre os serviços privados de saúde, as posições são invertidas, sendo ocupado majoritariamente pela população branca que corresponde a 34,9% e a população negra com 17,2% (IPEA, 2011).

Com isso, observamos o que já havia sido referido anteriormente. É inegável a disparidade em relação à desigualdade de raça e classe. Isso porque os negros/as ocupam em sua grande maioria, a posição de pobreza da sociedade. Isso tem sérios rebatimentos em relação à decisão da mulher negra em realizar o aborto. As menores oportunidades trabalhistas, a falta de proteção social, o baixo nível de instrução educacional, e a necessidade de dependência dos programas sociais do governo são fatores que influenciam em sua decisão sobre fazer o procedimento. A baixa renda familiar exposta na pesquisa, justifica o alto nível de internações pós-aborto nos hospitais. Isso devido ao fato de que, sem condições de arcarem com a forma mais segura de realizar o aborto, acabam se sujeitando a condições precárias, que por muitas vezes não lhe sobram os hospitais, mas sim a morte.

A criminalização e a conseqüente prisão das mulheres que realizaram um aborto ocorre principalmente no ambiente hospitalar, e as principais usuárias do SUS são as mulheres negras e pobres, o que nos mostra que a criminalização tem cor e classe social.

O que a leitura dos processos nos trouxe foi a incidência de entradas no sistema de justiça via polícia militar, isto é, é muito mais comum que uma mulher seja incriminada por aborto quando ela utiliza um método abortivo “caseiro” (remédios obtidos no mercado paralelo e outros métodos) do que quando ela recorre à clínica. Estes casos são justamente aqueles nos quais o procedimento dá errado (a mulher reage à medicação) e cai no sistema público de saúde; lá, um servidor público (em alguns casos o médico do posto, em outros um policial militar de plantão) a encaminha para a polícia. [...] Este aspecto demonstra claramente o recorte sócio-econômico dessa modalidade de criminalização: a maior parte das mulheres que utiliza os serviços públicos de saúde é pobre, muitas das quais desempregadas ou com ocupações de baixa remuneração (GRUPO DE PESQUISA DIREITOS HUMANOS , PODER JUDICIÁRIO E SOCIEDADE – UERJ, 2012:31).

Com isso, o trabalho tende a reforçar que o aborto ocorre majoritariamente em mulheres não brancas e pertencentes à classe sociais menos favorecidas. As dificuldades encontradas pelas mesmas são ainda maiores, visto que sua condição material a impede de fazer um aborto com mais segurança, como nas clínicas clandestinas espalhadas pela cidade, com destaque para a zona sul. Para além, o sistema capitalista reforça sua

discriminação, e sua criminalização por meio de um sistema com perspectivas voltadas para a desigualdade e o reforço do racismo. Visto isto, como mais uma forma de demonstrar os maiores índices de aborto nas mulheres negras, Simonetti, por meio de uma pesquisa realizada na Bahia, relata que a população na região metropolitana de Salvador é composta por 52,4% de mulheres, sendo destas 81,9% negras. Ou seja, majoritariamente o grupo racial composto nessa região é de negras. E a autora afirma: “A primeira causa de óbito materno foi o aborto, tornando Salvador diferente das outras capitais brasileiras, nas quais a primeira causa na década de noventa era a hipertensão. A pesquisa evidenciou que 77% desses abortos foram induzidos e 40% deles ocorreu em adolescentes” (SIMONETTI, 2008: 8).

2.2) Um estudo da legislação acerca do aborto – o caso Brasileiro

A discussão de legalização do aborto não pode ser feita se não houver um conhecimento no que tange as legislações do país referentes a esse assunto. No Brasil, as mesmas são encontradas no código penal, onde descreve as exceções para a não criminalização desse ato. Entretanto, neste documento só está registrado duas das três exceções cabíveis para o procedimento realizado de forma legal. Dentre elas, está a permissão da realização do aborto em caso de estupro, e a outra possibilidade no caso da vida da gestante estar em risco. A outra exceção, não se encontra no código penal, pois a mesma foi uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em 2012, quando determinou que fetos anencéfalos também entrariam para a lista de possibilidades legais para a realização do aborto.

O maior motivo da discussão explícita⁴⁰ em relação à criminalização do aborto está na esfera da defesa da vida, no qual, muitos de seus defensores participam de religiões que se posicionam contra o aborto. Entretanto, é importante lembrar que o Brasil é um país laico, apesar de muitos representantes políticos misturarem sua religião com seu modo de fazer política, o que vem fazendo desse território nacional cada vez menos laico.

O código Penal de 1940 é o documento reconhecido em nosso país, inclusive porque o mesmo ainda é o atualmente utilizado pela nossa sociedade, ainda que tenha

⁴⁰ Explícito porque na discussão acerca do aborto há questões que envolvem mais do que a defesa da vida, mas os interesses machistas em não possibilitarem a liberdade da mulher a partir de suas escolhas e interesses.

havido inúmeras mudanças nesses 76 anos que nos separam dessa década no qual o mesmo foi elaborado e consagrado. A questão do aborto não surgiu como uma criminalização nesse código penal. O tema já era discutido no século anterior, como explica a citação abaixo:

A primeira lei brasileira que se conhece de repressão ao aborto data de 1830 – o código criminal do império – onde este é tratado no capítulo “contra a segurança das pessoas e da vida”. Este código punia apenas a quem fazia o aborto. Não havia, portanto, punição nenhuma para a mulher. Em 1890, já na república, essa situação é alterada, uma vez que o código penal passa a penalizar também a mulher. Contudo, a pena poderia ser reduzida em caso de auto-aborto com vistas a ocultar a própria desonra. Essa lei vigorou até 1940, quando a promulgação do código penal, em vigência até hoje, que exclui da ilicitude o aborto resultado de estupro ou em casos de risco de morte para a mulher” (OLIVERIA, 2004, apud MATOS, 2010: 24).

Posteriormente ao Código Penal de 1940, houve uma mudança em relação ao aborto, como mencionado a cima, por meio do STF em 2012, quando possibilitou a realização do aborto legal quando houvesse um caso de feto anencéfalo. Entretanto, com exceção desta mencionada, todas as determinações que estão presentes no Código Penal de 1940, no que tange ao aborto, se mantém desde então, sem nenhuma alteração. Para maior conhecimento, a tabela abaixo especifica acerca dos artigos que se referem ao aborto no Código Penal.

Tabela 8 – Aborto no código Penal de 1940.

Código Penal 1940	
Art. 124	Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque Pena - detenção, de um a três anos.
Art. 125	Aborto provocado por terceiro Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de três a dez anos.
Art. 126	Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de um a quatro anos. Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.
Art. 127	Forma qualificada As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um

	terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.
Art. 128	<p>Não se pune o aborto praticado por médico:</p> <p style="text-align: center;">Aborto necessário</p> <p>I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;</p> <p style="text-align: center;">Aborto no caso de gravidez resultante de estupro</p> <p>II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.</p>

Fonte: Código Penal do Brasil de 1940

Em 2005, o Ministério da Saúde afirmou nas Normas Técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes que nenhuma mulher necessitaria ter autorização judicial, boletim de ocorrências e exame de corpo e delito para realizar o aborto legal.

A realização do abortamento **não se condiciona à decisão judicial** que ateste e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. Portanto, **a lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento** em casos de gravidez decorrente violência sexual. O mesmo cabe para o Boletim de Ocorrência Policial e para o laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do Instituto Médico Legal. Embora esses documentos possam ser desejáveis em algumas circunstâncias, a realização do abortamento não está condicionada à apresentação deste. Não há sustentação legal para que os serviços de saúde neguem o procedimento, caso a mulher não possa apresentá-los (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005: 45 – grifos do autor).

Entretanto, em 2013, o presidente da Câmara dos deputados, Eduardo Cunha, em conjunto com outros deputados, foi autor de um projeto de lei que prevê a alteração da não obrigatoriedade por parte da vítima em fazer o exame de corpo e delito. O projeto de lei 5069/2013 faz modificações no Código Penal de 1940 no que tange a questão do aborto, bem como na lei 12.845/2013 que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. As modificações que altera a afirmação do Ministério da Saúde foram feitas a partir dos primeiros artigos da lei 12.845/2013. O art. 2 desta lei faz referência acerca do conceito considerado violência sexual: “Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida” (BRASIL, Lei 12.845 de 2013). Esse artigo foi alterado conforme o projeto do deputado federal:

Art. 2º Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, as práticas descritas como típicas no Título VI da Parte Especial do Código Penal (Crimes contra a Liberdade Sexual), Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, em que resultam danos físicos e psicológicos.

Parágrafo único. A prova da violência sexual deverá ser realizada por exame de corpo de delito.

Observa-se que a mudança restringe o que é considerado como violência sexual, acreditando o deputado só ser considerado caso o mesmo resulte em danos físicos ou psicológicos para a vítima. Para além, foi acrescentado que a partir desse projeto de lei, será obrigatório que se prove a ocorrência da violência por meio de exame de corpo de delito. A lei é bastante severa acerca das questões referentes ao aborto. Entretanto, esse projeto de lei tem como genuína intenção fortalecer ainda mais as violações de direitos das mulheres, humilhando-as, constringendo-as, a partir da obrigação do exame de corpo de delito.

Outrossim, essa é mais uma estratégia de encolher ainda mais a mulher perante a sociedade, fazendo a mesma submeter-se a dar comprovações que não pertencem ao Estado, mas somente a si. Pertence sim, se for de sua escolha ir prestar queixa no órgão responsável, para que o mesmo tome as medidas cabíveis. Porém, se for de sua vontade não denunciar, esse ato deverá ser respeitado e não menosprezado, não deixando de ter sido um ato criminoso. As autoras Campos; Amorim e Loyola explicam que há um objetivo do direito penal no que tange a penalização das mulheres:

Não obstante, seu impacto não poderia ser mais danoso, pois o objetivo é controlar a sexualidade e a reprodução, criminalizando a mulher como autora de crimes como aborto, infanticídio, abandono de incapaz. Ou seja, o direito penal não pretende controlar toda e qualquer conduta feminina, mas especificamente àquelas que reduzem a autonomia sexual e reprodutiva e conformam uma moralidade às mulheres. Assim, o controle formal interage com o controle social informal, reforçando a dicotomia público e privado e os papéis de gênero. Generaliza as condutas criminalizáveis masculinas e especifica as condutas criminalizáveis femininas. (CAMPOS; AMORIM; LOYOLA, 2016: 67)

Também está presente no código Penal a proposta do projeto de lei que obriga as mulheres a fazerem o exame de corpo de delito como forma de provar a violência sexual. Somente com esse exame, os médicos poderão realizar o aborto na gestante, diferenciando-se do que está no Código Penal, no qual não menciona essa possibilidade, dando a liberdade da mulher optar pelo aborto ou não. O quadro abaixo mostra o artigo

atual do Código Penal e as mudanças que ocorreriam a partir da implementação do projeto de lei 5069/2013.

Tabela 9 – Comparativo entre o Código Penal e a PL 2.069/2013

	Código Penal de 1940	PL 5.069/2013
Art. 128	<p>Não se pune o aborto praticado por médico:</p> <p>Aborto necessário</p> <p>I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;</p> <p>Aborto no caso de gravidez resultante de estupro</p> <p>II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.</p>	<p>Não se pune o aborto praticado por médico:</p> <p>Aborto necessário</p> <p>I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;</p> <p>Aborto no caso de gravidez resultante de estupro</p> <p>II - se a gravidez resulta de estupro, constatado em exame de corpo de delito e comunicado à autoridade policial, e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.</p>

Fonte: As informações foram retiradas do código Penal e da Nota técnica do Conselho Nacional do Ministério Público sobre o Projeto de Lei nº 5069, de 2013.

Outra modificação que a PL 5.069/2013 propõe como alteração se encontra no art. 126, no qual mantém a determinação do Código Penal de 1940, mas acrescenta de forma rigorosa punições a quem “Induzir ou instigar a gestante a praticar aborto ou ainda lhe prestar qualquer auxílio para que o faça, ainda que sob o pretexto de redução de danos” (CUNHA, Projeto de Lei nº 5.069 de 2013). A punição se torna ainda maior quando esse ato é praticado por servidores da saúde. Essa alteração fere o código de ética de profissionais de saúde que trabalham o sigilo do atendimento do paciente, além de dificultar ainda mais o acesso da mulher.

O que se pode concluir desse projeto de lei, é que a saúde da mulher, bem como a autonomia de seu corpo são insignificantes perante as propostas elaboradas por esses deputados. A violência sexual, segundo a PL 5.069/2013 só ocorre, bem como o possível futuro filho/a fruto dessa violência, se a mulher realizar o exame de corpo de delito. Caso contrário, essa violência nunca ocorreu, e a mulher não terá a opção de

realizar um aborto de forma legal, podendo ser mais um grupo de mulheres que se juntarão as que praticam o aborto de forma ilegal por falta de opção, colocando suas vidas em risco.

Existem outros projetos de lei que foram elaborados com conteúdo contrariamente sobre o ato abortivo. A PL 478/2007 dispõe sobre o Estatuto do nascituro⁴¹. Este determina que o feto, a partir de sua concepção, passe a ser um sujeito de direitos. Essa PL tem como objetivo defender os direitos do nascituro, punindo quem o fizer qualquer tipo de ato prejudicial a sua integridade moral e física. Segundo este projeto de lei, o aborto é um meio de causar mal ao feto e desta maneira, o mesmo propõe modificações no Código Penal no que diz respeito às punições. De forma mais severa, a PL aumentou em vários anos a pena dos sujeitos praticantes ou incentivadores do ato.

Entretanto, existem também projetos de lei que legalizam o aborto. Um deles é da década de 1990. O projeto de autoria de José Genoíno é de 1995 dispõe sobre a interrupção da gravidez. O projeto de lei determina que a mulher tem a opção de ter filhos/as ou não, e que a interrupção da gravidez poderá ocorrer em até 90 dias. Complementa dizendo que para que o aborto ocorra, só dependerá da escolha da gestante e que o sistema público de saúde tem a obrigação de realizar o aborto caso seja da vontade da parturiente.

Um outro projeto de lei que determina a legalização do aborto, é do deputado Jean Wyllys. A PL estabelece acerca das “políticas públicas no âmbito da saúde sexual e dos direitos reprodutivos e dá outras providências” (WYLLYS, 2015: 1). O projeto traz questões voltadas para o âmbito da saúde sexual e reprodutiva da mulher a partir de determinações voltadas para o campo da saúde, educação e as obrigações do poder público. No que tange a questão do aborto, a PL determina:

Art. 10º - Toda a mulher tem o direito a realizar a interrupção voluntária da gravidez, realizada por médico e condicionada ao consentimento livre e esclarecido da gestante, nos serviços do SUS e na rede privada nas condições que determina a presente Lei.

Parágrafo único – Ninguém será discriminado no acesso aos instrumentos e mecanismos previstos nesta Lei por motivos de origem racial ou étnica, religião, convicção ou opinião, sexo, identidade de gênero, deficiência física, orientação sexual, estado civil ou qualquer outro pretexto discriminatório (WYLLYS, 2015: 3).

⁴¹ Segundo o próprio projeto de lei, nascituro significa: “Art. 2º Nascituro é o ser humano concebido, mas ainda não nascido” (BASSUMA; MARTINI, 2007:1)

Ainda de acordo com o projeto do deputado Jean Wyllys, caso seja da vontade da parturiente, o aborto deverá ser realizado nas primeiras 12 semanas de gestação. O aborto ainda pode ocorrer em casos como: até a vigésima segunda semana em casos de violência sexual, estupro ou ato contra a liberdade sexual, contanto que o feto pese menos de 500 gramas, não precisando de nenhum documento ou exame que prove a violência; a qualquer momento em casos de risco a vida da gestante provado clinicamente; em qualquer momento em caso de risco a saúde da gestante provado clinicamente; e a qualquer instante em caso de incompatibilidade do feto à vida provado clinicamente. O projeto de lei ainda tem como intenção facilitar o acesso das mulheres a informativos vinculadas a saúde e seus direitos sexuais e reprodutivos.

Também está estabelecido na lei que os locais a serem realizados os procedimentos deverão cumprir com as normas específicas determinadas pelo projeto para que haja as condições necessárias e seguras para a realização do aborto e a saúde da mulher. “Art. 16 – Todas as unidades especializadas para a realização da interrupção voluntária de gravidez terão a obrigação de cumprir com o que preceitua a presente Lei, devendo estabelecer as condições técnico-profissionais e administrativas necessárias para possibilitar o acesso ao procedimento” (WYLLYS, 2015: 5).

O projeto de lei com autoria do deputado Jean Wyllys é bastante completo no que tange as questões voltadas para os direitos das mulheres. Essa PL é de fundamental importância, porque para além de legalizar o aborto, o mesmo ainda trata de questões voltadas para todos os âmbitos dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, bem como a viabilização de informações pertinentes para a preservação de sua saúde e dos cuidados com a mesma. De forma clara, o projeto prevê a atuação do Estado perante suas obrigações, bem como aos médicos, que tem o direito de se recusarem a realizarem o aborto.

Na esfera política, a discussão acerca do aborto está intensamente envolvida com a religião. Ainda que o Brasil seja um país laico, sua laicidade vem sendo perdida a grandes passos devido à alta influência da igreja e seus pregadores neste campo. Não tem sido mais segredo que a vontade de homens e mulheres machistas envolvidos na esfera pública vem se escondendo atrás do nome de Deus alegando seus interesses de menosprezo e redução de direito das consideradas minorias dentro do sistema. Cassotta chama a atenção para o aumento de determinados grupos religiosos na política.

Apesar de o Brasil ser um país predominantemente católico, salta aos nossos olhos o crescimento da participação de outros grupos religiosos

na política brasileira, com destaque para a política partidária. A influência da religião na esfera pública, em pleno século XXI, não foi enfraquecida com a secularização moderna e os avanços tecnológicos. Ao contrário, não só no Brasil, mas em outros países, a religião tem ocupado diferentes espaços de representação e participação [...]. Entre os grupos religiosos destacamos o segmento evangélico, que têm crescido de forma significativa no Brasil, tendo como contrapartida um declínio dos cristãos católicos. Nas últimas duas eleições presidenciais os grupos evangélicos chamaram atenção pela capacidade de mobilizar os seus fiéis e, com isso, eleger os seus candidatos (CASSOTTA, 2016: 76).

Ainda que haja partidos que sejam predominantemente cristãos, os deputados que se declararam evangélicos não se concentram somente nestes, mas em 14 partidos políticos, que englobam os religiosos e os partidos que não tem um vínculo com a religião (CASSOTTA, 2016). Com isso, percebe-se a ampla proporção tomada por esse seguimento religioso dentro das decisões públicas do país. São esses políticos que defendem a permanência da família tradicional, e as ideias conservadoras ainda muito expressas em nossa sociedade.

O embate no que tange as questões voltadas para o aborto se concentram muitas vezes em políticos que a partir de suas perspectivas religiosas, defendem a vida e criminaliza o ato abortivo. Entretanto, as ideologias desse grupo não se concentram somente a defesa da vida, mas a submissão da mulher ao homem, a definição do papel social da mulher, voltado para a casa e para a família, o silenciamento das mulheres dentro do Estado patriarcal e o contínuo desenvolvimento e crescimento das desigualdades de gênero.

Com o crescimento dos representantes políticos evangélicos, têm sido frequente discursos usando o nome de Deus para atribuir seus atos e os justificando por meio da moral e dos bons costumes. A mistura de política e religião não tem nada a acrescentar para uma sociedade que luta pelo fim das desigualdades e o reconhecimento das minorias. Para além, fere os princípios de um País laico, onde se estima que haja liberdade individual e a vida, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” e ainda continua: “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição” (BRASIL, Constituição Federal de 1988).

A morte materna é uma expressão da “questão social”. Essa afirmação é baseada no fato de que o sistema capitalista promove a exploração de uma classe sobre a outra e a desigualdade social. Visto isso, o Estado sustenta os donos dos meios de produção, e retira das políticas sociais, como a saúde, decretados como direito de todo cidadão, para manter a burguesia e a desigualdade social. Com isso, o acesso às políticas sociais fundamentais para o bem estar da população tornam-se restritas e precarizadas, aumentando o número de mortes em decorrência do descaso do Estado para com a população⁴².

Ainda em relação a morte materna, uma explicação mais específica pode ser realizada na linhagem da inferiorização da mulher decretada pelo sistema capitalista. O Estado patriarcal, alimentado por um sistema que o usa de forma estratégica e por representantes políticos baseados em suas ideologias religiosas fundamentadas na família tradicional e na moralização, matam cada vez mais mulheres que em sua condição de minoria, sofrem com a subordinação e com as determinações impostas pela educação de gênero machista no qual a sociedade é guiada.

Dessa forma, compreende-se que o as mortes maternas ocasionadas devido à realização do abortamento inseguro é uma expressão da “questão social”. As mulheres que morrem devido a essa questão, são em sua maioria pobres e não brancas, ou seja, as consideradas minorias na sociedade. A autonomia do Estado sobre os corpos das mulheres, impedindo-as de escolherem os rumos de suas vidas, a moralização que as mesmas sofrem, a pobreza, sua raça, sua escolaridade, são fatores que delimitam quem são as principais mulheres que se sujeitam a realização do aborto e as que mais morrem em decorrência desse ato. O descaso do Estado, a desvalorização da mulher e a fortificação de punição da mesma, realidade da nossa conjuntura, tornam suas mortes

⁴² Como um exemplo do que está sendo explicitado, podemos citar a Proposta de Emenda da Constituição, a PEC 241, agora denominada de PEC 55, aprovada no dia 26 de outubro de 2016. Essa PEC consiste no congelamento dos gastos públicos por 20 anos. “O Novo Regime Fiscal, válido para União, terá duração de vinte anos. Esse é o tempo que consideramos necessário para transformar as instituições fiscais por meio de reformas que garantam que a dívida pública permaneça em patamar seguro. Tal regime consiste em fixar meta de expansão da despesa primária total, que terá crescimento real zero a partir do exercício subsequente ao de aprovação deste PEC, o que levará a uma queda substancial da despesa primária do governo central como porcentagem do PIB. Trata-se de mudar a trajetória do gasto público federal que, no período 1997-2015 apresentou crescimento médio de 5,8% ao ano acima da inflação” (BRASIL, PEC 55: 5) . Essa PEC significa retirar da classe trabalhadora seus direitos constitucionais, uma vez que reduzir ainda mais as despesas públicas, significa a redução de atendimentos na saúde; da qualidade do ensino público, bem como do número de pessoas dentro das escolas e universidades; a redução na assistência social; e todas as outras políticas públicas serão afetadas a partir da implementação dessa PEC. Essa determinação não atende ao Brasil, mas somente uma pequena parte nacional, a classe dominante. Atingirá, fundamentalmente, a classe trabalhadora que terá seus direitos embarreirados.

somente em dados de pesquisa a serem estudados, mas nada é feito para que se mude essa realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exploração da mais valia, o crescente aumento do pauperismo e a constante retirada de direitos sociais da classe trabalhadora são fundamentais para o avanço do sistema capitalista, uma vez que o mesmo construiu-se como o modelo padrão para que o homem branco, rico e heterossexual historicamente sempre tivesse as melhores posições dentro deste sistema. Dessa forma, os sujeitos que se diferenciam do padrão mencionado, ocupam uma esfera em que para se afirmar e reafirmar enquanto sujeito social há necessidade de muita luta. É importante que se diga ainda, que são poucos os sujeitos que estão dentro deste padrão social, fazendo com que haja um nível ainda maior de desigualdade dentro do sistema. A mulher, sujeito de estudo deste trabalho, participa das consideradas “minorias” da sociedade. Isso implica em uma série de fatores para suas vidas, uma vez que, como apresentado neste trabalho, há um embarramento construído socialmente no sentido de impor que as mesmas sejam forçadas a realizarem as funções determinadas pelo Estado patriarcal. Saffioti traz um exemplo de como a discriminação opera dentro desse sistema de padronização:

As mulheres brasileiras apresentam, em média, atualmente, nível mais alto de escolarização que os homens. Desta sorte, a discriminação contra a mulher não reside mais no nível de introdução, mas no interior do sistema educacional, destinando grande parte das mulheres para carreiras mal remuneradas e pouco prestigiadas (SAFFIOTI, 1994: 11).

Ainda que estejamos 20 anos à frente do descrito pela autora, o importante a ser ressaltado em sua interessante fala é, que de forma clara, observamos que o Estado patriarcal move-se estrategicamente no sentido de estar em constante busca pela regressão do papel da mulher dentro da sociedade. Ainda que haja um avanço em determinando aspecto pelas mulheres, haverá a permanente procura para que seja posto novo empecilho para o enfrentamento das mesmas.

A educação de gênero construída de maneira a atender aos interesses da sociabilidade burguesa e, por conseguinte, reafirmar o lugar de domínio dos homens em sociedade, reforçada também pela igreja, forjou o lugar da mulher dentro da sociedade e seu papel social na mesma. Sua inferiorização ficou estabelecida quando as mulheres não puderam ocupar os mesmos espaços dos homens dentro da sociedade, sendo obrigadas a realizarem funções consideradas “femininas” até nossa atual conjuntura. A moralização é um determinante dessa sociedade que alienou os sujeitos, fazendo com

que as próprias mulheres não se reconhecessem como sujeitas iguais aos homens e reforçassem o machismo e a subordinação de um sexo pelo outro.

Foi a partir dos movimentos feministas que a realidade social das mulheres passou a ter algumas alterações, podendo nos dias atuais estar presente nos ambientes de trabalho, nas universidades, na política, e principalmente em possuir uma autonomia sobre a construção e condição de sua vida. Ainda que haja muita recriminação, pois a desigualdade de gênero ainda é bastante acentuada em nossa sociedade, pode-se dizer que hoje as mulheres possuem relativas autonomias que em décadas passadas não se imaginaria. Sobre a inserção das mulheres no ambiente de trabalho, Saffioti assinala:

Vem aumentando no Brasil o percentual de famílias monoparentais chefiadas por mulheres, o que gera necessidade de autonomia econômica por parte da população feminina. Acrescentem-se a isso as mudanças de mentalidade operadas, dentre os fatores, pelos movimentos feministas que, se não vêem o trabalho como a única fonte de emancipação da mulher, certamente o vêem como uma das fundamentais (SAFFIOTI, 1994: 14).

Entretanto, é necessário que se faça uma ressalva para as consequências dessa autonomia adquirida pelas mulheres. Houve um avanço considerável no que tange a superação das delimitações moralmente produzidas. Porém, ainda que tenha havido uma mudança no quadro conjuntural, o Estado Patriarcal ainda existe, bem como seus reprodutores ideológicos espalhados pela sociedade. Isso significa que as mulheres conquistaram espaços, que anteriormente eram distantes de sua realidade, mas suas funções pré-determinadas ainda permanecem como sua responsabilidade. Dessa forma, o que quero expressar é que o trabalho das mulheres duplicou a partir de sua inserção nos ambientes de trabalho, visto que sua finalidade como cuidadora do lar, e responsável pela família se manteve.

Essa duplicação de trabalho tem rebatimentos para sua saúde, visto que a concepção adotada neste trabalho, parte do conceito da reforma sanitária, no qual se entende que os reflexos da saúde estão voltados para todos os âmbitos da vida social do indivíduo. De acordo com o exposto, pensar a saúde das mulheres em consonância com o ritmo de vida que as mesmas adotaram, é entender que as implicações para sua saúde estão sendo afetadas de forma negativa. Isso não é uma crítica a sua inserção no trabalho, mas sim a divisão desigual de tarefas domiciliares que ainda é muito frequente entre o meio familiar. Por isso, ressalta-se que ainda que haja avanços na perspectiva de buscar uma igualdade entre os sexos, enquanto houver um Estado impositivo em suas

determinações de desigualdade, haverá constantemente uma luta a ser travada pelas mulheres.

Entretanto, há muito que se reivindicar. O objeto deste estudo é uma destas reivindicações que permanecem entre alguns movimentos feministas. O aborto pode trazer danos irreparáveis à vida destas mulheres, quando não a morte. O alto número da mortalidade materna devido a casos de abortos provocados é alarmante e as consequências deste ato são principalmente depositadas nas mulheres. Não é por acaso, pois a maternidade é uma responsabilidade, segundo a educação de gênero com base na subordinação das mulheres para os homens, das primeiras citadas. Desta forma, o Estado se omite diante de suas obrigações, e o número de mortes permanece sem regredir. De acordo com a atual conjuntura, é importante que os movimentos feministas continuem lutando por esta causa, como nos aponta Scavone, que citou dois motivos pelos quais estes grupos de luta justificam seus argumentos:

Ali já estavam explícitos dois argumentos políticos que são até hoje utilizados pelo feminismo brasileiro para discutir a legalização do aborto: a questão dos direitos individuais e dos direitos sociais (este apoiado no argumento da saúde/classe social). Além da justiça deste último argumento, ele foi útil para sensibilizar os setores da esquerda que não consideravam prioritária a luta pelo aborto (SCAVONE, 2008: 676).

De acordo com a autora, o motivo fundado pelos direitos individuais é baseado no princípio da democracia do direito ao corpo, assentado na ideia de autonomia e liberdade expressado por meio da luta “nosso corpo nos pertence”, iniciado nos países centrais do capitalismo e tomando rumos internacionais. Essa luta estava designada para a discussão do aborto, sexualidade e contracepção. O segundo fundamento citado pela autora é em consideração as condições de extrema precariedade que os abortos inseguros eram realizados, colocando em risco a saúde e a vida das mulheres (SCAVONE, 2008). Ambos os motivos expostos por Scavone são de necessidade relevância para a discussão do aborto, visto que ainda que de forma diferentes, ambos trazem um impacto negativo para a vida das mulheres, sendo somente por meio da repesaria aos seus corpos, ou na desvalorização da vida das mesmas. O que também se faz necessário destacar aqui, é a descomprometimento do Estado, que se omite, sendo um grande responsável pelas condições atuais no que se refere a esse assunto.

A discussão acerca do aborto tem uma trajetória de luta em todo o mundo. As consequências de sua criminalização podem ser observadas em um nível quantitativo

maior em alguns países do que em outros. A América Latina é o continente com maior número de abortos induzidos em mulheres de idade entre 15-44 anos no mundo, visto a severidade da legislação de alguns países. Como resultante desse ato que condena parte da população que faz ou ajuda na realização do aborto, as mulheres são as mais prejudicadas, pois em grande parte suas vidas estão em risco.

Com isso, o objetivo deste trabalho foi trazer argumentações com base em pesquisas e bibliografias que mostrassem não somente o lado da discussão do aborto voltados para o problema de saúde pública, mas mais além, como uma problema de gênero e raça/classe. As bibliografias são escassas no que tange a questão de gênero voltadas para o aborto, seguindo a mesma linhagem no que se refere a raça/classe. No primeiro capítulo, a intenção do trabalho foi trazer informações necessárias para a compreensão para que posteriormente entrássemos na questão do aborto. Entender o sistema capitalista, o processo histórico da saúde no Brasil, bem como o debate acerca da saúde da mulher e seu papel dentro do sistema vigente, são fundamentais o entendimento para que haja uma maior compreensão acerca das questões levantadas sobre o aborto, e a defesa da legalização do ato. É uma discussão de extrema importância e que deve ser debatida e analisada de forma mais ampla, para que novas questões sejam trazidas e avaliadas. E que permaneça a luta das mulheres por melhores condições sociais dentro de nosso país, e pelo fim da desigualdade.

REFERÊNCIA:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cadernos de informação de saúde suplementar, benefícios, operados e planos.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> (acessado dia 22/11/2015)

ANDRADE, Talita Medeiros, et al. **PERFIL DE MULHERES ASSISTIDAS EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**, 2016. XII Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidade, 2016, Paraíba.

ARAÚJO, Felipe. **Crise econômica nos anos 80.** Disponível em: <http://www.infoescola.com/economia/crise-economica-nos-anos-80/> (acessado no dia 21/11/2015)

BASSUMA, Luiz; MARTINI, Miguel. **PROJETO DE LEI 478/2007.**

BEAUVOIR, Simone. **O SEGUNDO SEXO FATOS E MITOS.** 4ª edição, Paris, 1970.

BEHRING, E. R. **Fundamentos de Política Social.** Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Política Social no contexto da crise capitalista.** In Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais, 2009.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina.** 11ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BRASIL, Ministério da saúde. **ABC do SUS - doutrinas e princípios.** Brasília/DF, 1990.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.** Brasília, 1988.

BRASIL. **DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm (acessado em: 06/09/2016)

BRASIL. **DECRETO N.º 19.402, DE 14 DE NOVEMBRO DE 1930/** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/d19402.pdf>. (Acessado em 24/10/2015).

BRASIL, **DECRETO-LEI Nº 200, DE 25 DE FEVEREIRO DE 1967**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm (acessado em: 22/08/2016).

BRASIL. **LEI Nº 6.229, DE 17 DE JULHO DE 1975**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm (acessado em 20/11/2015).

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm (acessado no dia 21/11/2015).

BRASIL. **LEI Nº 8.560, DE 29 DE DEZEMBRO DE 1992**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8560.htm (acessado no dia 11/04/2016).

BRASIL. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm (acessado em: 22/08/2016).

BRASIL. **LEI Nº 12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm (acessado em: 06/09/2016).

BRASIL. **PROPOSTA DE EMENDA DA CONSTITUIÇÃO – PEC 55**. Disponível em:
http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1468431&filename=PEC241/2016

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRUM, Eliane. **Sobre aborto, deficiência e limites: A possível ligação entre o zika vírus e a microcefalia obrigou o Brasil a encarar seus tabus**. 2016. Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2016/02/15/opinion/1455540965_851244.html

CAMPOS, Carmen Hein; AMORIM, Rovena Furtado; LOYOLA, Júlia Roberta Teixeira. **Aborto: Análise crítica da PL 5069/2013**. In: Revista Sistema Penal e Violência, v. 8, n. 1, p. 65-76, Jan./Jun., 2016.

CARLOTO, C. M. & MARIANO, S. **A Família e o Foco nas Mulheres na Política de Assistência Social**. Pelotas: Sociedade em Debate, jul.- dez./2008, pg. 153-168.

CARDOSO, Luzia Magalhães; SOUZA, Mirian Moura Constantin Félix; GUIMARÃES, Roberto Ubirajara Cavalcante. **Morte materna**: Uma expressão da “questão social”. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 102. São Paulo, abr./jun., 2010, p. 244-268.

CARNEIRO, Sueli. **Mulheres em movimento**. In: Revista Estudos Avançados. São Paulo, 2003.

CASSOTTA, Priscilla Leine. **UMA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS DEPUTADOS EVANGÉLICOS NO LEGISLATIVO BRASILEIRO**. In: Revista E-legis., nº 20. Brasília, mai./ago., 2016.

CEBES. **Quem somos**. Disponível em: <http://cebes.org.br/o-cebes/quem-somos/> (acessado no dia 09/11/2015)

CFESS: Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais: 1993

CISNE, Mirla. **Gênero, Divisão Sexual do Trabalho e Serviço Social**. São Paulo: Outras Expressões, 2015

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Nota técnica do Conselho Nacional do Ministério Público sobre o Projeto de Lei nº 5069, de 2013**. 2016.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; Conte, Danielle. **A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres no Brasil**. In: Revista Saúde em debate, v. 31, nº 75/76/77. Rio de Janeiro, jan./dez. 2007, p.13-24.

COSTA, Mariana Diôgo de Lima; VIANA, Alba Jean Batista; SOUSA, Eduardo Sérgio Soares. **RELAÇÕES DE GÊNERO E O PROCESSO DE ABORTO PROVOCADO: UMA PERSPECTIVA ANDROCÊNTRICA?** Paraíba, 2012.

COSTA, Rosely G et al. **A Decisão de Abortar**: Processo e Sentimentos Envolvidos. In: Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1995.

COSTA, Sarah Hawker. **Parte II - Controle da fecundidade Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática**. In: Questões da Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

COUTINHO, Carlos. Nelson. **Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

CUNHA, Eduardo et al. **PROJETO DE LEI 5.069/2013**.

DINIZ, Debora Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil. Brasília: UnB; Rio de Janeiro: UERJ, 2008: 313.

DINIZ, Debora, MEDEIROS, Marcelo. **Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna**. In: Ciência & Saúde Coletiva. Brasília: UnB, 2010.

DINIZ, Debora, MEDEIROS, Marcelo. **Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras**. In: Ciência & Saúde Coletiva. Brasília: UnB, 2012.

DIP, Andrea. **Clandestinas**, 2013. Disponível em: <http://apublica.org/2013/09/um-milhao-de-mulheres/>

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro, 2014.

FARIA, C. **Feudalismo**. “Infoescola: Navegando e Aprendendo”. Disponível em: <http://www.infoescola.com/historia/feudalismo/>. Acesso em 25/05/2015.

FARIA, C. **Burguesia**. “Infoescola: Navegando e Aprendendo”. Disponível em: <http://www.infoescola.com/sociologia/burguesia/>. Acesso em 25/05/2015.

FATTORELLI, Maria Lucia e ÁVILA, Rodrigo. **Gastos com a Dívida Pública em 2014 superaram 45% do Orçamento Federal Executado**. 2015. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br/e-por-direitos-auditoria-da-divida-ja-confira-o-grafico-do-orcamento-de-2012/> (acessado em 11/10/2015).

FERRARI, Dércio Fernando Moraes; NERES, Geraldo Magella. **POLÍTICAS PÚBLICAS NO URUGUAI EM TEMPOS DE MUJICA – O IMPACTO DA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO E DA MACONHA SOBRE A MÍDIA DIGITAL BRASILEIRA**. In: Revista Tempo de ciência, v. 22, nº 43. Paraná, 2015.

GALASTRO, Elizabeth Perez; FONSECA, Rosa Maria Gody Serpa. **A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde**. In: Revista Escola Enfermagem USP. São Paulo, 2005.

GARCIA, Francisco Montero. **O Gênero e a constituição do ser social**. In: Ser Social, dominação e violência. Tese de doutorado junto ao Programa de Ciências Sociais da PUC/SP. São Paulo, 1999, capítulo 3.

GALLI, M. B. & VIANA, A. P. L. **O impacto da ilegalidade do aborto na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em cinco estados brasileiros: subsídios para o debate político**, 2010. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278297541_ARQUIVO_OimpactodailegalidadedoabortoBrasilFG10FINAL.pdf. Acesso em 25/05/2015

GENOÍNO, José. **Projeto de Lei nº 176 de 1995**.

GOMES, G. F. **A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus Modelos Privados de Gestão**. In: Bravos, Maria Inês Souza & Menezes, Juliana Sousa Bravo de. A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. pp. 25 - 31.

GRUPO DE PESQUISA DIREITO HUMANOS, PODER JUDICIÁRIO E SOCIEDADE. **Mulheres incriminadas por aborto no RJ**: diagnóstico a partir dos atores do sistema de justiça. Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

GUTTMACHER INSTITUTE. **Induced Abortion Worldwide**, 2016. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>

GUTTMACHER INSTITUTE. **Abortion in Latin America and the Caribbean**, 2016. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/facts-abortion-latin-america-and-caribbean>

GUTTMACHER INSTITUTE. **Unsafe Abortion Is Common In Tanzania and Is A Major Cause of Maternal Death**, 2016. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/news-release/2016/unsafe-abortion-common-tanzania-and-major-cause-maternal-death>

HEILBORN, Maria Luiza et al. **Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil**: gênero e geração nos processos decisórios. In: Revista Sexualidad, salud, y sociedade. 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Mulheres de 18 a 49 anos de idade que já tiveram algum aborto provocado, total, percentual e coeficiente de variação, por nível de instrução e situação do domicílio**. In: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Mulheres de 18 a 49 anos de idade que já tiveram algum aborto provocado, total, percentual e coeficiente de variação, por cor ou raça e situação do domicílio.** In: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Situação social da população negra por estado.** Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília, 2014.

IPOLITO, Jessica. **O ABORTO DAS ESCRAVAS: UM ATO DE RESISTÊNCIA DO PASSADO AO PRESENTE.** In: Caderno Sisterhood – MULHERES NEGRAS E ABORTO: AUTONOMIA E LIBERDADE. Bahia, 2016.

IZQUIERDO, Maria Jesus. **Bases materiais de sistema sexo/gênero.** São Paulo: SOF, 1991.

JANNOTTI, Claudia Bonan; SEQUEIRA, Ana Lúcia Tiziano; SILVA, Katia Silveira da. **Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais.** In: Revista Saúde em debate, v. 31, nº 75/76/77. Rio de Janeiro, jan./dez. 2007, p. 25-33.

JUNIOR, João Baptista Risi & NOGUEIRA, Roberto Passos. **As condições de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

LIMA, Kátia. **Plano Nacional de Educação 2014-2024: nova fase do privatismo e da certificação em larga escala.** In: UNIVERSIDADE E SOCIEDADE nº 55. Fev. 2015.

LIMA, Nathália Diórgenes Ferreira. **A MULHER NEGRA, ABORTO E SOLIDÃO.** In: Caderno Sisterhood – MULHERES NEGRAS E ABORTO: AUTONOMIA E LIBERDADE. Bahia, 2016.

MARX, K. **O Capital.** Cap. 24: In Boitempo, São Paulo 2014.

MATOS, M. C. **Cotidiano, ética e saúde: O serviço Social frente a à contra-reforma do Estado e a criminalização do aborto.** São Paulo, cap. 2, 2009, pg. 83-91

MATOS, M. C. **A Criminalização do Aborto em Questão.** Almedina, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Apresentação: programa assistência integral a saúde da mulher.** Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/419-sas-raiz/dapes/saude-da-mulher/11-saude-da-mulher/9658-apresentacao> acessado em: 07/01/2016.

MINISTÉRIOS DA SAÚDE. **Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher 10 a 13 de outubro de 1986, relatório final.** Brasília, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NORMA TÉCNICA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES.** Brasília, 2005.

MONTAÑO, C. & DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimentos sociais.** 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MONTAÑO, C. **“Pobreza, questão social e seu enfrentamento”.** *Serv. Soc.* São Paulo, n. 110, abr./jun. 2012, pg. 270-287.

MONTEIRO, Mário F. G.; ADESSE, Leila; LEVIN, Jacques. **Mulheres Negras e a Mortalidade Materna no Brasil.** In: MORTALIDADE MATERNA E DIREITOS HUMANOS NO BRASIL, 2009, CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, São Paulo.

MOTA, Ana Elizabete. **O mito da assistência social: ensaios sobre o Estado, Política e Sociedade.** São Paulo: Cortez, 2010.

NAVARRO, Vera Lúcia; PADILHA, Valquíria. **Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo.** In: *Psicologia e Sociedade*, nº 19. São Paulo, 2007, p. 14-20.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único.** Cap. I. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2012.

NETTO, José Paulo & BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica.** São Paulo: Cortez, 2012.

OLIVEIRA, Leidiane Souza, MEDEIROS, Milena Gomes. **Capitalismo, patriarcado e Serviço Social: Reivindicações feministas na agenda profissional contemporânea.** In: *Revista Temporalis*, Brasília, ano 15, nº. 29, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Gestão da gravidez no contexto do vírus Zika.** 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204520/5/WHO_ZIKV_MOC_16.2_por.pdf

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PONTE, Carlos Fidelis; REIS, José Roberto Franco; FONSECA, Cristina M. O. **Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes?** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2010.

PRADO, Carlos. **LIBERDADE E NÃO-LIBERDADE EM O CAPITAL DE KARL MARX**. In: Theoria - Revista Eletrônica de Filosofia, vol. 3, nº 7, 2011.

PASTOR, Márcia; BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes. **Estado e política social**. In: Serviço Social em Revista. V: 12, nº 1. Londrina, 2009, p. 135-156.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero patriarcado violência**. São Paulo. Expressão Popular, 2015.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani; VARGAS, Monica Munõz. **Mulher brasileira é assim**. Posfácio: conceituando o gênero. Brasília: UNICEF, 1994.

SANTOS, Wigvan Júnior Pereira. **Moralidade**. Disponível em: <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/filosofia/moralidade.htm>

SCAVONE, Lucila. **POLÍTICAS FEMINISTAS DO ABORTO**. In: Estudos Feministas. Florianópolis, 2008.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Direitos e legislação**, 2014. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher/direitos-e-legislacao>. Acessado em: 08/01/2016

SIGNIFICADOS. O que é cultura. Disponível em: <https://www.significados.com.br/cultura/>

SILVA, Luiz Fernando Martins. **"DISCRIMINAÇÃO RACIAL & DESIGUALDADE SOCIAL NA ORDEM DO DIA: algumas considerações sócio-jurídicas sobre a criação de políticas públicas de ação afirmativa para afro-descendentes no Brasil"**, 2009.

SIMONETTI, C.; SOUZA, M.H; ARAÚJO, M.J.O. **Dossiê A realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da pratica e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana**. Salvador: Secretaria Municipal de Reparação, 2008.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajusto neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000.

SOUZA, Terezinha Martins dos Santos. **“Agora eu sou uma estrela...”*** **UMA ANÁLISE DA COTA DE 30 % DE MULHERES EM CARGOS DE DIREÇÃO NO PARTIDO DOS TRABALHADORES.** PUC, São Paulo, 2000.

SOUZA, Terezinha Martins dos Santos. **EMOÇÕES E CAPITAL: AS MULHERES NO NOVO PADRÃO DE ACUMULAÇÃO CAPITALISTA.** PUC, São Paulo, 2006.

SOUZA, Vanessa Bezerra. **GÊNERO, MARXISMO E SERVIÇO SOCIAL.** In: Revista Temporalis, nº 27. Brasília, jan./jun. 2014, p. 13-31.

STRICKLER Jennifer; HEIMBURGER Angela; RODRIGUEZ Karen. Clandestine Abortion in Latin America: A Clinic Profile. In: Guttmacher Institute. 2001. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/about/journals/ipsrh/2001/03/ clandestine-abortion-latin-america-clinic-profile>

VELOSO, Renato. **RELAÇÕES DE GÊNERO: notas introdutórias.** In revista Enfoques, nº 1. Rio de Janeiro, jul. 2003.

WIKIPÉDIA. **Instituto Nacional de Previdência Social.** Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Instituto_Nacional_de_Previd%C3%A7%C3%A3o_Social (acessado em 24/10/2015)

WYLLYS, Jean. **Projeto de lei 882 de 2015.**