



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA VITÓRIA RODRIGUES TRINDADE

**DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO BRASIL:
DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA MULHER**

SALVADOR-BA
2020

ANA VITÓRIA RODRIGUES TRINDADE

**DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO BRASIL:
DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA MULHER**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dr^a Maura Espinheira Avena

SALVADOR-BA
2020

ANA VITÓRIA RODRIGUES TRINDADE

**DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO BRASIL:
DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA MULHER**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dr^a Maura Espinheira Avena

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

PROFA. DR^a MAURA ESPINHEIRA AVENA

Assistente Social, Doutora em Família na Sociedade Contemporânea

PROFA. MS. LIANE MONTEIRO

Assistente Social, Mestra em Políticas Sociais e Cidadania

Dedico este trabalho a todas as mulheres vítimas dessa sociedade patriarcal e machista, as minhas ancestrais, a minha mãe, por ser responsável pela mulher que me tornei, a minha irmã, por ser meu alicerce, e ao meu namorado que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, a Deus, que me instruiu até aqui, me deu a oportunidade de ingressar em uma Universidade e me abençoou durante todos os meus anos de estudos.

A minha irmã, por sempre me apoiar e cuidar tão bem de mim nesse período de monografia, mesmo com seu jeito grosseiro de demonstrar, cada gesto foi essencial e especial.

A minha mãe, por ser essa mulher determinada, que me ensina dia após dia o quanto é importante buscar os objetivos, mesmo com as adversidades pelo caminho, mesmo quando eu penso que não tem mais jeito, ela me mostra que sempre há sempre há um recomeço.

Ao meu namorado, por me acompanhar todos esses anos, por acreditar em mim mesmo quando eu não acreditava, por me incentivar e me apoiar sempre, por ser meu parceiro em todos os momentos.

A minha avó Sônia, por todo incentivo e por sempre acreditar em meu potencial.

Ao meu avô Raimundo, por me amar e cuidar de mim nos momentos em que viveu.

Aos meus avós Solange e Edmilson, por sempre cuidarem de mim, me incentivarem e por todo amor depositado todos esses anos.

Aos meus tios André e José, que no momento estão morando no Rio de Janeiro, mas sempre foram presentes na minha vida, são como uns pais na minha vida, sou extremamente grata por todo cuidado, zelo, amor e atenção, sinto muitas saudades dos nossos momentos.

As minhas tias paternas, por serem tão parceiras e cuidadosas comigo, especialmente Patrícia, que é minha segunda mãe.

.

As minhas primas, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos da minha vida, são minha irmãs do coração.

A minha cadela Maitê, por trazer alegria para minha vida, mesmo chegando em um momento complicado, cada dia que passa me enche mais e mais de amor.

A minha orientadora Maura Espinheira Avena, por confiar em meu potencial, por toda paciência e aprendizado, serei eternamente grata.

As minhas docentes, em especial a Liane, Elisângela e Carol, que sempre confiaram em meu potencial, sempre diligentes.

As minhas colegas discentes, em especial a Grazi, Luciana, Sabrina, Sued e Carina, que foram um presente da graduação, sou muito grata por todas as experiências e momentos compartilhados.

A assistente social Carina Gazar, que foi minha orientadora nas Obras Sociais Irmã Dulce, por todo aprendizado e atenção, levarei para sempre comigo, saudades.

A minha supervisora de Estágio do Ministério Público do Estado da Bahia, Alessandra Mehmeri, por todos os conselhos, ensinamentos e atenção, sendo de suma importância para minha formação profissional e pessoal.

Agradeço à Escola de Serviço Social da Universidade Católica do Salvador (ESSUCSa)!

*“Faça o teu melhor, na condição que você tem,
enquanto você não tem condições melhores,
para fazer melhor ainda!”*

Mário Sérgio Cortella

“Nada é tão nosso como os nossos sonhos.”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

O presente trabalho visa analisar a relevância da descriminalização do aborto no Brasil, seus impactos na saúde da mulher e na redução da taxa de mortalidade desta. Além de examinar a política de saúde no Brasil e a política de saúde integral da mulher, observando aspectos relativos à saúde reprodutiva, planejamento familiar e outros; discorrer sobre a questão do aborto, sua ilegalidade e criminalização, apontando seus impactos na saúde da mulher, e estabelecer a relação entre questão social, aborto e criminalização do aborto, apontando a descriminalização como caminho para a saúde da mulher. Para tanto, foi feita uma pesquisa bibliográfica e logo após uma análise de conteúdo. De tal forma, o presente trabalho de Conclusão de Curso se organiza de forma a trazer o questionamento de como a descriminalização do aborto reduzirá a alta taxa de mortalidade de mulheres que têm que recorrer a abortos clandestinos, visto que, conforme os resultados da análise, a lei não corresponde às demandas da sociedade, pois muitas mulheres continuam praticando o aborto, só que de forma insegura.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto; Saúde da mulher; Descriminalização; Questão social.

ABSTRACT

The present work aims to analyze the relevance of the decriminalization of abortion in Brazil, its impacts on women's health and on the reduction of the mortality rate. In addition to examining the health policy in Brazil and the comprehensive health policy for women, observing aspects related to reproductive health, family planning and others; discuss the issue of abortion, its illegality and criminalization, pointing out its impacts on women's health, and establishing the relationship between social issues, abortion and the criminalization of abortion, pointing to decriminalization as a path to women's health. For this, a bibliographic search was made and soon after a content analysis. In such a way, the present Conclusion of Course work is organized in order to raise the question of how the decriminalization of abortion will reduce the high mortality rate of women who have to resort to clandestine abortions, since, according to the results of the analysis, the law does not correspond to the demands of society, as many women continue to practice abortion, only in an insecure way.

KEYWORDS: abortion; women's health; decriminalization; social issues.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BEMFAM – SOCIEDADE CIVIL BEM ESTAR FAMILIAR NO BRASIL

BVS – BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL

DST – DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMITIVEL

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

ONGs – ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

PAIMS – PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

PF – PLANEJAMENTO FAMILIAR

PMI – PROGRAMA MATERNO INFANTIL

PNAD – PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS

PNAISM – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER

PSF – PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

SPM – SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES	15
2.1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE CONTEXTO	15
2.2. POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER: UM TRAJETO DE LUTAS SOCIAIS E RESISTÊNCIA.....	20
2.3. SAÚDE REPRODUTIVA E PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL: BREVE HISTÓRIA.....	29
3. QUESTÃO SOCIAL, SERVIÇO SOCIAL E A QUESTÃO DO ABORTO NO BRASIL.....	34
3.1 QUESTÃO SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: BREVE HISTORICIDADE	34
3.2. A QUESTÃO DO ABORTO NO BRASIL: AS LUTAS CONTRA A IDEOLOGIA PATRIARCAL	38
4. CAMINHOS DA PESQUISA: PROCEDIMENTOS E ANÁLISES	47
4.1. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS.....	47
4.2. ANALISANDO A DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO BRASIL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS	56

1. INTRODUÇÃO

O trabalho exposto ressalta a importância da descriminalização do aborto como uma questão de saúde pública e direito fundamental à saúde da mulher, colocando em pauta a discussão e reflexão sobre o tema, e analisando as possibilidades em relação à descriminalização do aborto no Brasil.

O aborto é um dos assuntos que mais causam desconforto na sociedade, na maioria das vezes por uma questão de religiosidade ou moral, o fato é que, a não aceitação do aborto, não anula o fato de que muitas mulheres irão continuar praticando de forma insegura, sobretudo, as mulheres de classe baixa, com baixa escolaridade e negra, que não dispõem de condições materiais de informações, em relação aos riscos, não possuindo acesso às políticas de planejamento familiar para prevenção de uma gravidez indesejada, recorrendo às práticas inseguras.

A prática do aborto inseguro, especialmente, evidencia as diferenças socioeconômicas, culturais e regionais diante da mesma ilegalidade do aborto. Mulheres com mais condições financeiras, geralmente nos grandes centros urbanos, têm acesso a métodos e clínicas de abortamento ilegais de maior higiene e cuidado. Já as mulheres mais pobres — a grande maioria da população feminina brasileira — recorrem aos métodos mais perigosos, com pouca precaução, resultando em alto índice de agravos à saúde. (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008, p. 11).

A criminalização viola a integridade psicofísica da mulher e a autonomia, pois é a mulher que sofre os efeitos físicos e psicológicos da gravidez, viola igualdade de gênero, pois na ocasião em que a responsabilidade maior quanto ao período de nove meses está destinado a mulher e o homem não engravida, somente haverá igualdade plena se ela decidir sobre a sua manutenção ou não, viola os direitos sexuais reprodutivos das mulheres, que inclui o direito de toda mulher decidir gerar ou não um filho, visto que, o estado não pode obrigá-la manter uma gravidez.

A descriminalização do aborto é uma questão de saúde pública, Cardoso *et al.* (2020) descrevem que com base no estudo da OMS, entre 2010 e 2014 ocorreram 55 milhões de abortos no mundo, sendo que 45% destes

considerados abortos inseguros. Diante dessa realidade, verifica-se que a lei da criminalização é ineficaz, visto que, a condenação não inibe a prática, só evidencia que muitas mulheres morrem e continuará morrendo por não ter condições de fazer um aborto seguro. É necessário reconhecer que existem mulheres em situações diferentes, que podem não ter condições financeiro-psicológicas para ter um filho e é um direito dela de escolha.

No Brasil é ilegal abortar, mas é desumano abortar em condições inseguras pelo fato de a mulher não ter legalmente o direito sobre o próprio corpo e não lhe serem assegurados os seus direitos humanos. A legalidade do aborto deve ser discutida a partir de uma premissa que considere mulheres como sujeitos de direito. (SANTOS et al. 2013)

Existe um impacto desproporcional sobre as mulheres pobres que não tem acesso a serviços particulares, e não tem assistência SUS – Sistema Único de Saúde para realizar tal procedimento de modo seguro, recorrendo muitas vezes a clínicas clandestinas, se automedicando e/ou realizando o procedimento em casa, em ambiente sem adequação para procedimentos médicos ou feitos por pessoas sem conhecimento necessário, colocando sua vida em risco.

Este trabalho trata de uma realidade que atinge todas as classes sociais, mas tem um impacto desproporcional da desigualdade social, tendo como as principais vítimas as mulheres em estágio de pobreza, negras e analfabetas, que se submetem a prática insegura do abortamento.

No Brasil não há uma efetividade em relação às ações relacionadas às políticas para a prevenção da gravidez precoce ou indesejada, as campanhas informativas e educativas de suporte à saúde integral da mulher são insuficientes, fazendo com que muitas engravidem e contraiam DST – doenças sexualmente transmissíveis. A lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, dá o direito ao planejamento familiar a todo cidadão brasileiro, mas, esse direito não está acessível a todos, excluindo muitas mulheres de serem atingidas por programas preventivos.

A indispensabilidade de acelerar o processo para a descriminalização do aborto é de extrema importância na sociedade brasileira, diante do atual contexto. Onde a desigualdade social é gritante, levando muitas mulheres a praticarem o aborto de forma insegura por não ter acesso a médicos e clínicas particulares, já que não tem esse serviço pelo Sistema Único de Saúde.

Assim delinear-se os seguintes objetivos da pesquisa, o objetivo geral é analisar a relevância da descriminalização do aborto no Brasil, seus impactos na saúde da mulher e na redução da taxa de mortalidade destas. Os objetivos específicos são: examinar a política de assistência e de saúde no Brasil, especificamente no tocante à saúde integral da mulher, observando aspectos relativos à saúde reprodutiva, planejamento familiar e outros; discorrer sobre a questão do aborto, sua ilegalidade e criminalização, apontando seus impactos na saúde da mulher; estabelecer a relação entre questão social, aborto e criminalização do aborto, apontando a descriminalização como caminho para a saúde da mulher.

Quanto à metodologia, o trabalho faz a opção pelo método dialético. Esta opção se justifica porque o método escolhido nos possibilita fazer a problematização crítica. O procedimento utilizado neste trabalho foi realizado por meio da documentação indireta da pesquisa bibliográfica, coletando informações por materiais já publicados em artigos, dissertações, livros e teses. Os sites utilizados para levantamentos de dados e busca de artigos serão: IBGE; PUBMED; BVS; SCIELO e bibliotecas de universidades. No levantamento de dados serão recolhidas informações sobre idade, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental e mortalidade, para fazer um estudo sociodemográfico das mulheres que praticam o aborto inseguro. Como recurso para interpretação dos dados, será utilizado a análise de conteúdo.

Esta monografia está dividida em cinco capítulos, sendo este a introdução, o primeiro capítulo, que apresenta o objeto de estudo, trazendo informações da relevância do mesmo para o âmbito acadêmico e social. O

segundo capítulo que aborda sobre a Política de Assistência e de Saúde da Mulher, destacando a saúde reprodutiva e planejamento familiar. O terceiro capítulo aborda a questão do aborto no Brasil, conceitualizando o aborto e os tipos de abortos, destacando sobre a ilegalidade e criminalização no país. No capítulo seguinte, quarto capítulo, apresenta a questão social no Brasil como a criminalização do aborto impacta nesse contexto, sobretudo, como a descriminalização do aborto diminuirá o índice de morte materna no país. No último capítulo, apresento as considerações finais do trabalho, apresentados os objetivos destacados, buscando alcançar conhecimento acerca do tema alcançado para contribuir no meio acadêmico e social.

A pesquisa estabelece uma visão abrangente e analisa a importância da descriminalização do aborto, ressaltando-o como direito fundamental a saúde da mulher. Pontuando a importância de um planejamento familiar, o que pode reduzir a gravidez indesejada, mas não resolve o problema por completo, explorando as principais fontes de polarização na discussão sobre o tema, ressaltando a importância de o tema ser discutido com uma equipe de saúde e com a sociedade civil, incluindo, sobretudo, as mulheres, que de modo geral são excluídas das decisões relativas às leis e políticas.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES

O respectivo capítulo aborda fatores históricos relacionados à Política de saúde no Brasil e a saúde da mulher no Brasil, bem como os principais aspectos e mudanças que ocorreram ao decorrer dos anos, além de citar a importância do movimento feminista para consolidação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, dando ênfase para a saúde reprodutiva e planejamento familiar.

2.1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE CONTEXTO

Para entender a Política de Saúde no Brasil é necessário realizar um breve resgate histórico, com os avanços e retrocessos que aconteceram ao decorrer dos anos. Desde o descobrimento do Brasil as doenças já eram existentes, quando os colonizadores adentraram no país com o objetivo de explorar as terras brasileiras, a situação da saúde foi se agravando, as epidemias foram surgindo e se alastrando na sociedade.

Com a chegada da família real no Brasil, as primeiras ações de saúde pública foram implementadas, com o interesse na manutenção de uma mão-de-obra saudável e capaz de manter os negócios promovidos pela realeza. Nesse período muitas doenças acometia a população do país, as doenças tropicais e desconhecidas dos médicos europeus, além das doenças trazidas por estes. Devido à falta de conhecimento acerca da forma de transmissão, o controle ou tratamento dessas doenças ainda era frágil, possibilitando diferentes intervenções sobre as enfermidades (BAPTISTA, p. 30, 2007).

Em conformidade com Silva (2016), os problemas de saúde não afetavam somente a classe trabalhadora, mas as classes dominantes, que não ficavam imunes às epidemias. Devida às condições precárias de vida e de saúde, a produtividade do trabalho era reduzida, dessa forma, afetava a produção de capital.

Braga (1986) apud Bravo (2008) reitera que no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, a saúde emerge como “questão social”, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado.

A saúde no Brasil emerge como questão social, posto que, não havia uma assistência à saúde e uma infraestrutura para evitar ou tratar as doenças existentes, a preocupação era somente em relação à entrada dos imigrantes no país para trabalhar nas fábricas. Os tratamentos eram divididos de acordo com a classe social, quando os pobres adoeciam não tinham médicos para atendê-los, a solução era recorrer aos atendimentos de caridade e filantrópicos oferecidos pelas igrejas. Já os nobres e colonos detinham de atendimento médico e remédios para tratamento.

A questão social é o conjunto das expressões de desigualdades, surge de forma latente com o processo de industrialização, sustentando-se nas relações antagônicas entre capital e trabalho do processo produtivo baseado no surgimento do modo de produção capitalista. Desta forma, vincula-se o surgimento da questão social com o aparecimento da classe trabalhadora e sua inserção no cenário político e identificá-la, na ocasião em que, a contradição fundamental do capitalismo, como modo de produção social se desenvolve e se revela. (Netto, 2004 apud Silva et al. 2017)

Na República Velha (1889-1930) o modelo agrário-exportador era predominante, principalmente na exportação de cana de açúcar, couro, carne bovina e minério de alumínio e ferro. Esse período foi marcado pelos movimentos operários que reivindicavam por melhorias nas condições de vida e trabalho, visto que, nesse cenário a população não tinha acesso à saúde e as doenças transmissíveis como febre amarela, varíola, sífilis e tuberculose eram presentes na sociedade, juntamente com as epidemias rurais.

No ano de 1902, os problemas urbanos na cidade do Rio de Janeiro eram cada vez mais visíveis, principalmente em questão de lixo e esgoto,

causando vários problemas de saúde para a população, foi nessa perspectiva que aconteceram as reformas urbanas e de saneamento, que de acordo com Andrade (2018), o planejamento foi à inserção da cidade na modernidade, igualando às capitais da Europa, criando estruturas de saneamento básico e modificando a memória do passado escravista, para a empreitada, era necessário efetuar uma reforma na cidade, eliminando os vestígios da cidade colonial.

No mesmo ano da Reforma, Oswaldo Cruz foi nomeado diretor geral da Saúde Pública, com a finalidade de combater a febre amarela, peste bubônica e varíola. O então diretor iniciou um rigoroso programa de combate às enfermidades, com isolamento dos doentes, vacinação obrigatória e as brigadas de “matamosquito”, guardas sanitários que percorriam as residências eliminando focos do mosquito transmissor da febre amarela. Com o apoio do presidente da república daquele período, Rodrigo Alves, que enfrentou até uma revolta popular, causada pela ação do sanitarista, passando a ser conhecida como a Revolta da vacina (Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, 2002).

A Revolta da Vacina é um movimento comumente citado como tendo sido uma reação de cunho exclusivamente popular, encorajada pelo descaso das autoridades para com a higiene e a saúde. Esse “abandono urbano” pelo qual passava o Rio de Janeiro não foi combatido apenas com soluções práticas e diretas de higienização de casas, ruas e mercados, mas com uma lei que instituiu a obrigatoriedade da vacinação, provocando desconforto popular diante da agressividade da medida, elemento, teoricamente, propulsor da revolta. (CRESCÊNCIO, 2008)

Nesse contexto é possível perceber que a revolta ocorreu devido à obrigatoriedade de vacinação para combater o surto da varíola, levando uma perspectiva mais higienista de saúde.

Em 1923 foi criada a Lei Elói Chaves – Decreto 4682 de 24 de janeiro de 1923, um marco para criação das CAP’s – Caixas de Aposentadoria e Pensão, ou seja, a implantação da previdência social, os trabalhadores passam a ter assistência médica e o direito de se aposentar depois de um determinado tempo de trabalho e pensão para seus dependentes em caso de morte, mediante contribuição dos empregadores, dos trabalhadores e do Estado.

Durante a era Vargas Na década de 1950, no governo de Getúlio Vargas foi criado o Ministério da Saúde e Educação, com o objetivo dá mais atenção aos trabalhadores, defendida por médicos e sanitaristas. Nesse período houve o predomínio na questão da saúde e pobreza. No autoritarismo (1930-1964) as condições de saúde continuaram precárias, com alto índice na mortalidade infantil.

Em 1966 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social, esse modelo durou toda a ditadura militar, era responsável pelas aposentadorias e pensões e assistência médica para os segurados e seus familiares. Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Social sendo o maior fornecedor de assistência médica aos segurados. No início dos anos 70 não houve melhoria no quadro sanitário, havendo uma epidemia de meningite, o movimento de saúde começa a reivindicar por melhorias.

Bravo (2001) relata que com a industrialização do país, a assistência à saúde dos trabalhadores foi sendo assumida pelo Estado, juntamente ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. Nesse período começa a ser estabelecido um modelo de prevenção à saúde, dando origem ao Movimento de Reforma Sanitarista.

Nos anos 80, após superar o regime ditatorial, o povo brasileiro vivenciou um processo de democratização política. A saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira, deixando de ser apenas do interesse dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando vinculada à democracia. (BRAVO, 2001).

Com a nova participação dos pesquisadores, partidos políticos e representantes de organizações e instituições na saúde, foi criado o Movimento da Reforma Sanitária responsável por materializar o conceito ampliado de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A saúde passa a assumir uma dimensão dialética ao ser apreendida como indispensável ao desenvolvimento social (SALVADOR et al. 2015, np).

Outras propostas debatidas pela reforma sanitária são: a concepção de saúde enquanto um direito social universal e dever do Estado; a criação de um Sistema Único de Saúde; o Controle Social e a descentralização do processo decisório para esferas estaduais e municipais (SALVADOR et al. 2015, np).

Em 1986 é organizado a 8ª Conferência Nacional em Saúde, considerada o principal marco de saúde pública no Brasil, contou com a participação de movimentos sociais, trabalhadores da saúde e gestores, em busca de um sistema único de saúde, com equidade e qualidade para todos.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

A 8ª Conferência propôs a criação do Sistema Único de Saúde, representando um avanço técnico e um pacto político, ampliando o conceito de saúde, como um direito dos cidadãos e um dever do Estado (Bertolozzi; Greco. 1996).

Em 1990 o SUS é instituído na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, sendo originado através das lutas dos movimentos sociais. Salvador et al. (2015) corrobora que esta lei trata das ações e serviços de saúde em todo território nacional, estabelecendo objetivos e princípios previstos na Constituição.

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores sistemas de saúde do mundo, não se limitando apenas nas questões médicas, mas também na vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, programa de vacinação. A saúde deve ser universal e igualitária para todos (as), desde a promoção, proteção e recuperação. O SUS tem como princípios a universalização – o acesso garantido de todas as pessoas, a equidade – investindo mais onde for necessário, com a finalidade de diminuir a desigualdade e a integralidade – todas as necessidades precisam ser atendidas.

No atual momento, o SUS passa por uma crise sanitária devido à pandemia do covid-19, onde cada dia que passa os números de casos e mortalidade só aumenta e nada se faz para controlar essas taxas. Moreira et al. (2020) relata que a pandemia intensificou crises já existentes na realidade mundial e nacional, mostrando a desigualdade social, principalmente no Brasil, e em corpos marcados pela vulnerabilização social. No cenário brasileiro, a crise sanitária se soma à crise de governança, resultando num pandemônio que produz mais precariedades e violências. (MOREIRA et al. 2020, np)

2.2. POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER: UM TRAJETO DE LUTAS SOCIAIS E RESISTÊNCIA

Para compreender a atual política de saúde da mulher, é importante realizar uma restauração histórica concisa para revisar os progressos e retrocessos ao longo dos anos, bem como, a importância da participação das mulheres para a construção e na implantação da Política de Saúde Integral.

No século XVIII, durante a Revolução Francesa surgiu a ideia de uma medicina social, porém foi à Inglaterra que criou os primeiros mecanismos para transformá-la em uma política de Estado. A saúde no Brasil surgiu como uma questão social na década de XX, no período de formação da sociedade capitalista. Nesse período, o crescimento da população era necessário para a expansão da economia, mas, como a inserção no mercado de trabalho não era para todos, conseqüentemente, as cidades passaram a crescer sem uma política sanitária básica, fazendo com que, aumentasse o índice de pobreza, doenças e marginalização, e a questão populacional foi se constituindo como um problema político (COELHO, E. A. C. et al. 2000, 37).

Nas primeiras décadas do século XX, surgiram na Europa e nos Estados Unidos os movimentos de caráter malthusiano, que associavam a miséria ao crescimento populacional¹. A Teoria Populacional Malthusiana é desenvolvida por Thomas Robert Malthus – que foi um demógrafo e

¹ COELHO, E. A. C. et al. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

economista inglês -, que relacionava o crescimento populacional a fome, visto que, para ele a extensão da população era desproporcional com a produção de alimentos, o que resultaria na miséria.

Na Teoria Malthusiana, existiam dois obstáculos: Os positivos – que eram relacionados à fome, epidemias, doenças, pragas, entre outros, que tinha como objetivo aumentar a taxa de mortalidade; E os preventivos, que tinha como objetivo reduzir a taxa de natalidade, como as práticas anticoncepcionais voluntárias.

Na década de 60, os anticoncepcionais entram no mercado, através das pressões americanas forçarem a entrada de entidades internacionais no Brasil, a fim de controlar o crescimento populacional dos países pobres. Com a entrada dos anticoncepcionais, as mulheres começam a diferenciar sexualidade de apropriação, aderindo à contracepção hormonal, mas, sem assistência adequada, comprometendo sua saúde e tornando-se cada vez mais dependentes do sistema médico (COELHO, E. A. C. et al, 2000, p. 38).

Nessa década, quando as pílulas adentram no Brasil, as mulheres começam a discutir sobre sua autonomia e liberdade sexual. Dentro desse contexto, o movimento das mulheres passam a ser ainda mais presente nas lutas e discussões.

Chauí (1984) apud Benevides (1994) define a cidadania pelos princípios da democracia, significando as conquistas e consolidação social e política, exigindo instituições, mediações e comportamentos próprios, constituindo-se na criação de espaços sociais de lutas (movimentos sociais, sindicais e populares).

No final da década de 70, a regulação da fecundidade é defendida como direito de cidadania reivindicando o controle sobre o corpo e contestando os interesses controlistas². FREITAS, G. L et al (2009) ratifica que as ações

² COELHO, E. A. C. et al. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

voltadas para as mulheres nessa década eram verticalizadas e centralizadoras, sendo que, as medidas adotadas não atendiam as reais necessidades da população alvo.

Devido à pressão popular, nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, considerando que, a política era limitada apenas para as demandas de gestação e parto, considerando apenas as especificidades biológicas (BRASIL, 1984). Nesse período, as mulheres eram vistas apenas como ser para gerar filhos e cuidar do lar, sendo destinadas somente a essas atribuições. Essa visão era sustentada por uma sociedade patriarcal, que tinham o entendimento que o corpo da mulher era prioridade do homem.

Na década de 70, os números de mortalidade infantil encontravam-se altos, chegando a 120,7/1000 Nascidos Vivos (NV), a criança era assistida apenas em questões pontuais decorrentes das condições agudas de saúde³. Dentro desse contexto, o Brasil enfrentava o regime militar, foi quando houve a criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, em 1975, que tinha como objetivo contribuir para a redução da morbidade e mortalidade da mulher e da criança, aprimorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e aprimorar a qualidade das ações dirigidas à mulher no período da gestação, do parto e do puerpério, e à criança menor de cinco anos (BRASIL, 2011).

O Programa Materno-Infantil (PMI) era composto por seis subprogramas, eram esses: assistência materna (gestação, parto e puerpério); assistência à criança e ao adolescente (controle de crianças menores de cinco anos e do grupo de cinco a catorze anos); expansão da assistência materno-infantil (integração de grupos comunitários, controle e orientação de curiosas); suplementação alimentar (prevenção de desnutrição materna, gestação e

³ ARAUJO, Juliane Pagliari et al . **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 67, n. 6, p. 1000-1007, Dec. 2014 .

lactação) atividades educativas e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2011).

Supera-se o entendimento que, os programas de saúde sempre estavam correlacionados ao materno-infantil, as mulheres não detinham de uma política de saúde ampla e integral, para atender as suas necessidades e prevenções, o único objetivo da mulher para a sociedade era o seu papel como mãe, que deveriam exercer da melhor forma possível, visto que, era uma das suas principais atribuições, atrelada com o trabalho doméstico.

No ano de 1975, sucedeu a I Conferência Mundial da Mulher, com o enfoque do tema central: “A eliminação da discriminação da mulher e seu avanço social”, tendo como principal objetivo integrar as mulheres no processo de desenvolvimento, preocupando-se com sua autonomia política e econômica e com a redução da desigualdade com os homens (BRASIL, 2011). Com muita resistência e persistência, a I Conferência Mundial sobre a Situação da Mulher, apresentou como pauta principal a discriminação existente contra a mulher, principalmente no acúmulo das funções sociais na casa, no trabalho e na comunidade, com a finalidade central o empoderamento feminino e igualdade de gênero.

É de suma importância a autonomia política e econômica das mulheres, visto que muitas vezes as mulheres exercem um trabalho reprodutivo, envolvendo a reprodução e o cuidado que não são remunerados, é fundamental a presença de mulher no mercado de trabalho, no trabalho produtivo, para haver uma igualdade de gênero, quebrando o paradigma de que só os homens devem ocupar esses espaços.

Para falar da Saúde da Mulher no Brasil e seu caminho até os dias atuais, é necessário destacar que o movimento feminista foi de extrema importância para as conquistas alcançadas, lutando contra as desigualdades entre homens e mulheres, que deixavam a população feminina em vulnerabilidade, visto que, lhe eram oferecidos trabalhos menos qualificados, onde trabalhavam mais horas e ganhavam menos, como resultado, a sua saúde era diretamente afetada.

Silva e Camurça (2013) explicam que o feminismo é a movimentação das mulheres dentro da sociedade que luta por direitos, mudanças, igualdade e justiça. Sendo incompatível, ter igualdade e justiça nesta sociedade patriarcal, capitalista e racista, é necessário transformá-la. Desta forma, pode-se dizer que o feminismo é um movimento que confronta o sistema de dominação e propõe a transformação social, pois quer transformar a vida das mulheres e toda a sociedade. É de suma importância para a sociedade o movimento feminista, pois é através dele que as mulheres conseguem ter seus direitos garantidos e a redução das expressões da questão social.

As mulheres começaram a ganhar força cada vez mais no campo da saúde, desde então, começaram a lutar por melhorias. O Programa Materno-Infantil não atendia as suas necessidades, uma vez que, elas almejavam uma política de saúde com assistência na maior parte da sua vida, não apenas no ciclo gravídico-puerperal.

A população feminina começou a reivindicar por condições melhores de saúde, que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos.⁴ Percebe-se progressivamente a presença das mulheres na construção das Políticas de Saúde no Brasil, buscando o reconhecimento para além do seu papel materno e de trabalho doméstico, mas, acoplando todas as suas demandas, essa participação também ocorreu na elaboração de outras políticas como do trabalho, previdência social, educação e agricultura.

Em 1983 essa reivindicação feminista foi atendida oficialmente através do Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM), em seu sub-programa planejamento familiar⁵. O Programa criado pelo Ministério da Saúde, no contexto da redemocratização do Brasil, reforçou o olhar direcionado para as mulheres, e conseqüentemente, reduziu as desigualdades entre homem e mulher.

⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2011.

⁵ COELHO, E. A. C. et al. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

De acordo com o Ministério da Saúde (1984):

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O PAISM foi um grande marco para a população feminina, a mulher passou ter outro papel na visão da sociedade, não apenas na perspectiva reprodutiva, mas sim, como sujeito de direitos. A política de saúde das mulheres que antes era voltada apenas para suas especificidades biológicas, nesse momento, passa a ser integral, abrangendo outras questões de saúde, além da reprodução, sendo esta integral e universal.

É nesse contexto de reivindicação feminina que ocorre a ampliação do conceito de saúde, refletindo tais mudanças através da participação da mulher em todos os níveis de promoção da saúde. Em 1986 e 1989, nas Conferências Nacionais de Saúde e Direitos da Mulher, foram destacados os temas de saúde mental, sexualidade, aborto, adolescência, velhice, trabalho e saúde e cidadania, como áreas essenciais que necessitam de avanços urgentes (GIFFIN, KAREN MARY, 1991, p. 133).

O Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM) era inovador, pois estava centrado no conceito de integralidade, tendo essas mulheres todos os seus problemas e necessidades de saúde atendidas, em todas as idades, em todos os ciclos de vida, e em todos os seus papéis na sociedade, com possibilidades de realizarem controle clínico de saúde, planejamento familiar, atendimento clínico e ginecológico (BRASIL, 2010).

Convém ressaltar que, o programa tem como princípio o direito universal à saúde, foi com base no PAISM que ocorreu a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), sancionado pela Constituição Federal de 1988, como um direito inserto na Seguridade Social, sendo este universal e não contributivo.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece no Art. 196 ao Art. 198:

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

É importante destacar que com a formulação da Constituição de 1988, as mulheres tiveram algumas conquistas previstas em lei, tais como: a isonomia, passando a ter igualdade em relação ao homem; a legalidade; os direitos humanos; os direitos e deveres individuais e coletivos; direitos sociais; direitos trabalhistas; direito das trabalhadoras domésticas; direitos políticos; direito à propriedade; a seguridade social e família⁶.

⁶ Art. 5º Caput e inciso I determinam que: 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, nos

No ano de 2000, inspirada no PAISM (Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher) e aprofundando compromisso do Sistema Único de Saúde (SUS) com as mulheres, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM. Seus princípios enfatizam que as mulheres devem ser atendidas em todas as suas especificidades e ciclos de vida, resguardando-se as diferentes faixas etárias e distintos grupos sociais (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher é apresentada em um documento de 82 páginas, tendo como base principal a doutrina do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, integralidade e equidade, abrangendo a qualidade e a humanização do atendimento. Um ponto importante da PNAISM é o enfoque de gênero, sendo esta política focalizada na população feminina, considerando a desigualdade de gênero como um dos fatores que causam um impacto na saúde da mulher.

É de extrema importância discutir gênero no âmbito da política pública, para lutar contra as opressões e explorações sobre as mulheres e as desigualdades de gênero, desconstruindo a ideia da dominação que os homens têm sobre estas e construindo uma política igualitária e justa.

O Ministério da Saúde explica sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes:

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das

termos seguintes: I – homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. (BRASIL, 2004, P. 05).

Como aponta a SPM (2016), a PNAISM foi elaborada pela área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde (MS) em 2004, sendo esta criada com a fim de assimilar as reivindicações dos diversos movimentos sociais, tendo parceria com outras áreas e departamentos do MS, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e com segmentos do movimento de mulheres.

Vale ratificar que, segundo dados da PNAD (2019), a população brasileira é majoritariamente composta por mulheres (51,8%), abrangendo todas as classes sociais, raças, etnias, orientações sexuais e idade. Para atender essa população feminina é imprescindível que a política assista desde a atenção básica até a alta complexidade.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher é uma política universal, sem distinção, desta forma, abrange em sua assistência grupos que até então eram esquecidos nas políticas de saúde, como as mulheres negras, indígenas, lésbicas, presidiárias, trabalhadoras rurais, portadoras de deficiência, profissionais do sexo, adolescentes, vítimas de violência sexual, e as que passam por abortamento inseguro.

Um dos Componentes da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher é a diminuição da Mortalidade Materna, que conforme o Ministério da Saúde (2010), em 2005 ocorreram 1.619 mortes de mulheres no Brasil relacionadas à gravidez – o que envolve o parto e o puerpério (período de resguardo – 42 dias após o parto), taxa de Mortalidade Materna no Brasil é de 74,6 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. É importante enfatizar que, a maioria das causas dessas mortes está relacionada às desigualdades sociais, a falta de acesso aos serviços de saúde, principalmente entre as negras e mulheres da zona rural.

Yasbeck (2001) ressalta como a questão social implica na divisão da sociedade e na desigualdade social:

Pobreza, exclusão e subalternidade configuram-se, pois como indicadores de uma forma de inserção na vida social, de uma condição de classe e de outras condições reiteradoras da desigualdade (como gênero, etnia, procedência, etc.), expressão das relações vigentes na sociedade. São produtos dessas relações, que produzem e reproduzem a desigualdade no plano social, político, econômico e cultural, definindo para os pobres um lugar na sociedade. Um lugar onde são desqualificados por suas crenças, seus modos de expressar-se e seu comportamento social, sinais de “qualidades negativas” e indesejáveis que lhe são conferidas por sua procedência de classe, por sua condição social. Este lugar tem contornos ligados à própria trama social que gera desigualdade e que se expressa não apenas em circunstâncias econômicas, sociais e políticas, mas também nos valores culturais das classes subalternas e de seus interlocutores na vida social (CLOSS, 2015 apud YAZBEK, 2001, p. 34).

É notório que a desigualdade social interfere de forma gritante na saúde da mulher, que resulta na falta de assistência aos serviços de saúde e conseqüentemente, nas mortes evitáveis. De acordo com a SPM (2016) a proposta de modelo de atenção integral elaborada pela Política de Saúde da Mulher evidencia necessidades que vão além das questões reprodutivas, e problematiza as desigualdades sociais como determinante no processo de produção das patologias, queixas e mal-estares das mulheres.

Apesar dos avanços conquistados no decorrer dos anos, é preciso continuar lutando por objetivos que não foram alcançados, principalmente em relação à desigualdade social, o que causa impactos negativos a saúde da mulher, é importante que assistência integral assista todas as mulheres, como é estabelecido pela PNAISM.

2.3. SAÚDE REPRODUTIVA E PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL: BREVE HISTÓRIA

A saúde reprodutiva é um tema bastante discutido na sociedade brasileira, desde o século passado até hodiernamente. Na década de 1950,

baseado na teoria de Malthus, que relaciona o crescimento populacional com a pobreza, os governantes começaram a se preocupar com a economia do país, visto que, a quantidade de filho por mulher aumentava cada vez mais, e conseqüentemente, a pobreza crescia na mesma proporção.

Com o aumento populacional, na década de 60 os contraceptivos começam a ser distribuídos para a população feminina, com foco em controlar a taxa de natalidade no país. Silva JMQ et al. (2013), relata que no século XX, nas décadas de 60 e 70, o governo realizou um grande investimento para formular programas para o controle de natalidade no Brasil.

De acordo com Coelho et al. (2000), no ano de 1965 foi criada a BEMFAM – Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil, entidade privada sem fins lucrativos, financiada por entidades internacionais de interesses controlistas, fazendo com que a população feminina tivesse fácil acesso aos métodos contraceptivos, através da distribuição gratuita, mas, sem um acompanhamento médico.

A rápida disseminação dos programas de controle de fertilidade levou a mortes evitáveis originadas pela falta da assistência de saúde, além dos contraceptivos. Nesse momento, o movimento internacional pela saúde das mulheres luta por melhorias, surgindo assim o conceito de saúde reprodutiva, apontando para o conjunto mínimo de condições que garantam à mulher que o ato de reproduzir, ou a escolha por não reproduzir, não se constituam em risco de vida ou em dano à sua saúde (VILLELA, W, np).

A saúde reprodutiva foi elaborada no Programa de Ação do Cairo, ocorrido no Cairo em 1994, no capítulo VII, parágrafo 7.2:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a

métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. De conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva (ONU, 1994).

Em face ao exposto, nota-se que a saúde reprodutiva adentra como um direito humano fundamental, sendo um grande avanço para os brasileiros, principalmente para as mulheres, visto que, a reprodução não é mais vista como um dever, mas sim, como uma escolha. Outro ponto importante é a inclusão do homem nesse cenário, quebrando o paradigma que associava o filho apenas a figura materna, ressaltando que a atividade sexual pode ser feita sem objetivar a reprodução.

Na década de 1980, as lutas feministas, a redemocratização do país e a Reforma Sanitária, colocaram em pauta as questões relacionadas aos direitos reprodutivos nas conferências nacionais de saúde, os movimentos buscavam uma saúde de qualidade que atendesse todas as demandas das mulheres, em todos os ciclos da sua vida. Nesse contexto de luta social das mulheres, que como citado no subcapítulo anterior, surge O PAISM, que foi de extrema importância para a saúde reprodutiva, rompendo com a perspectiva central de saúde materno-infantil, tendo seu enfoque agora com os direitos reprodutivos.

A atenção em saúde reprodutiva é uma ação básica de saúde. O Ministério da Saúde define a Atenção Básica como um conjunto de ações saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, p. 57, 2006,).

Com a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, pela primeira vez o Planejamento Familiar (PF) entrou na política do Brasil, no elenco mínimo de ações voltadas para a atenção integral à saúde da mulher. Até então, não havia uma política instituída no campo do planejamento familiar (BRASIL, 2013).

Em conformidade com Ferreira et al. (2014), a construção do planejamento familiar foi disputada historicamente por questões de interesses entre o lado que defendia o controle de natalidade, que nada mais é que uma ação governamental para controlar a quantidade de filhos; e de outro que defendia o direito de escolha das mulheres.

O Planejamento Familiar entra como uma conquista na sociedade brasileira, uma vez que, homens e mulheres passam a decidir sobre sua reprodução, sem qualquer tipo de discriminação e coerção, tendo o direito de planejar a vida de acordo com suas necessidades, sendo um avanço para a saúde de todos (as), considerando que o Estado tem o dever de assegurar o planejamento familiar, oferecendo recursos e acesso, contribuindo também para a prática sexual saudável, garantindo direitos iguais para homens, mulheres e casais.

O planejamento familiar é um direito de mulheres, homens e casais, previsto na Constituição Federal, § 7º do art. 226, e regulamentado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Dentro dos princípios que regem esta política, os serviços devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes (BRASIL, 2002, p. 07).

Na atual conjuntura existe uma grande variedade de métodos contraceptivos que podem ser considerados como remédios, procedimentos ou dispositivos, para impedir uma gravidez indesejada, são estes: métodos naturais (coito interrompido, tabelinha, método do muco cervical e método da temperatura basal); métodos hormonais (pílulas, adesivos, injeções, implantes cutâneos e anel vaginal); métodos de barreira (preservativo feminino, preservativo masculino, diafragma e espermicidas); dispositivo intrauterino

(DIU) de cobre ou com hormônios; contracepção de emergência, conhecida popularmente como pílula do dia seguinte; e métodos definitivos, a vasectomia e ligadura de trompas (COSTA et al. 2013).

Santos et al. discorre que:

Ações relacionadas à saúde da mulher, como o planejamento familiar, vinculadas à atenção primária, são parte das responsabilidades mínimas da gestão municipal, conforme define a Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, alguns municípios não têm conseguido implantar e programar estratégias adequadas para o fornecimento de anticoncepcionais à população nem garantir o acompanhamento da clientela. Tem também se revelado problemático implementar ações para introduzir o enfoque educativo e o aconselhamento, com vistas à escolha livre e informada." (SANTOS et al. 2013, p. 495)

A política de Planejamento Familiar é inacessível para muitas pessoas que não têm acesso aos serviços prestados, aos métodos contraceptivos, a educação sexual e as informações para evitar uma gravidez precoce/indesejada. Ferreira et al (2014) ratifica que a dificuldade da efetivação do planejamento familiar enquanto direito, gera numerosas gestações não planejadas. Esta política tem a responsabilidade de proporcionar acolhimento, informação e acompanhamentos, não apenas o acesso aos métodos contraceptivos, oferecendo uma educação em saúde e a autonomia e empoderamento dos/as usuários/as.

De acordo com Brasil (2002), no ano de 1996, o projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. Esta lei estabelece que as instâncias gestoras do SUS, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. A PF é oferecida por meio do Programa Saúde da Família (PSF), que é desenvolvido por uma equipe multiprofissional.

É necessário destacar que a maioria da população entende que o planejamento familiar é um programa voltado para as mulheres, pois o índice

de homens que participam é baixo. Devido à sociedade machista e patriarcal, a atribuição à família e ao cuidado fica a cargo das mulheres, outro ponto para destacar é que existe também o abandono paterno. De acordo com o Jornal Exame (2013) Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), com base no Censo Escolar de 2011, apontam que há 5,5 milhões de crianças brasileiras sem o nome do pai na certidão de nascimento, sendo que o Estado do Rio de Janeiro tem 667.676 crianças sem filiação completa.

Osis et al. (2006) destaca a indisponibilidade de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos de saúde. Dessa forma, chega à conclusão de que a atenção ao planejamento familiar no Brasil necessita melhorar os serviços prestados, abrangendo toda a sociedade, disponibilizando para quem necessita métodos contraceptivos, orientações médicas e informações pertinentes. Uma assistência de qualidade promove impactos positivos, além de reduzir a desigualdade social.

3. QUESTÃO SOCIAL, SERVIÇO SOCIAL E A QUESTÃO DO ABORTO NO BRASIL

Para compreender a questão do aborto no Brasil é necessário fazer um breve resgate histórico da questão social, do patriarcado e como isso influencia na criminalização do aborto, trazendo alguns pontos relevantes para melhor compreensão.

3.1 QUESTÃO SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: BREVE HISTORICIDADE

No século XIX e XX ocorreu na Europa Ocidental o processo de industrialização, que fazia a substituição do trabalho manual pelo uso das máquinas na sua produção, fazendo com que a classe trabalhadora vendesse sua força de trabalho para a classe dominante. Dessa forma, os empregados viviam em condições precárias, com alta jornada de trabalho, acidentes de trabalho, doenças epidêmicas, mulheres e crianças trabalhavam por mão de obra barata, entre outros fatores.

De acordo com Guimarães (2017), as desigualdades sociais são oriundas do modo de produção que se alimenta material e socialmente da exploração, dominação e alienação da força de trabalho. Ou seja, o trabalhador não recebe o que produz a concentração da riqueza e dos bens produzidos, ficam nas mãos dos que detêm os meios de produção, enquanto a maioria da população vive em condições injustas e desumanas.

É dentro desse contexto que no século XIX a classe trabalhadora toma consciência da sua condição de exploração, quanto mais eles trabalhavam para produzir riqueza para o capitalista, a pobreza crescia na mesma gravidade, dessa forma, as lutas por melhores condições de vida e a problematização dos movimentos sociais começam a acontecer, surgindo assim, a questão social.

Carvalho e Yamamoto (1983) trazem um dos principais conceitos de questão social dentro do Serviço Social:

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (CARVALHO e IYAMOTO, 1983, p.77).

Machado (1999) reforça o pensamento de Yamamoto, que a questão social está ligada a sociedade capitalista, ela traz a contradição fundamental do modo capitalista de produção, onde os trabalhadores produzem, mas não usufruem de tal, pois o capitalista se apropria dela.

A questão social é o conjunto de expressões da desigualdade social, são todas as formas de precarização, específicas do modo de produção capitalista, atingindo a classe trabalhadora, os idosos, crianças e jovens, mulheres e grupos sociais da diversidade. Essas expressões estão interligadas a fome, a miséria, a violência, o racismo, trabalho precário, falta de moradia,

violação de direitos, falta de acesso à saúde, educação, lazer, cultura desemprego, entre outros fatores. A consequência dessas expressões é originada pelo modo de produção capitalista, a contradição capital e trabalho, onde a única recompensa que o trabalhador ganha é caridade e repressão.

Com as expressões da questão social, cada vez mais o nível de pobreza vai aumentando, pois a lógica capitalista é acumular toda riqueza apenas com a classe dominante. Marx enfatiza em sua obra "O capital", que a base de fundação da questão social, encontra-se na Lei Geral da acumulação capitalista, quanto mais à produção é socializada, a apropriação torna-se privada. Ou seja, o trabalhador não se apropria da sua produção, gerando assim, riqueza para poucos capitalistas e, exponencialmente a crescente pobreza entre os trabalhadores (Silva et al. np, 2017).

A desigualdade social é oriunda das diversas expressões da questão social sobre a classe subalterna, devido a desproporcional concentração de renda que atinge grande parte da população. Conforme Oenning e Lemos (2019) essa desigualdade social afeta em vários aspectos os mais pobres, assim como aponta a pesquisa da Forbes de 2019, que destaca 18 novos brasileiros bilionários em dólar na lista mundial, e que no total, os 58 bilionários brasileiros da lista possuem juntos, US\$ 179,7 bilhões, cerca de 2% mais do que no ranking de 2018. Diante disso, observa-se que a concentração de renda é o que causa as mazelas da questão social, pois, contribui para as desigualdades sociais presentes no cotidiano.

É nesse contexto que surge o Serviço Social, que se particulariza da divisão social e técnica do trabalho, atuando sobre as expressões da questão social e, na efetivação dos direitos dos sujeitos, como alternativa para mediatizar os conflitos e para atender as expressões da questão social. Constitui-se como trabalho especializado na sociedade a partir da inserção das políticas sociais públicas na nova divisão social do trabalho (Silva et al. 2017).

O Serviço Social se insere como resposta para as expressões da questão social com uma perspectiva de moralidade, a profissão surge com base da igreja católica, com o suporte teórico funcionalista e positivista, desta

forma, não havia um olhar crítico para em relação ao Estado e capitalismo, o profissional era tecnicamente capacitado para atender as demandas vinculadas com as ações da igreja, com o objetivo de mediar às implicações da questão social na fase do capitalismo.

Montaño (2006) traz o surgimento do assistente social como implementador das políticas sociais, sendo esta, instrumentos de intervenções estatal funcionais ao então projeto hegemônico do capital produtivo. Guerra (2000) reforça que além de sua dimensão econômico política – como mecanismo de reprodução da força de trabalho e como resultado de lutas de classes, as políticas sociais constituem-se em um conjunto de procedimentos técnico-operativos, com a necessidade de profissionais em dois campos distintos – a formulação e implementação, sendo que é no âmbito da implementação que as políticas sociais, fundam um mercado de trabalho para o Serviço Social.

É na década de 60 e 70 que o Serviço Social passa por um momento de extrema importância, o Movimento de Reconceituação, que rompeu com o conservadorismo com base na igreja, deixando a concepção de caridade e filantropia, e passando a ter um olhar crítico para a realidade e se aproximando do marxismo e entendendo mais sobre as relações sociais no contexto capitalista, passando a fazer parte das ciências sociais.

A profissão assume as inquietações e insatisfações deste movimento histórico e direciona seus questionamentos ao Serviço Social tradicional através de um amplo movimento, de um processo de revisão global, em diferentes níveis: teórico, metodológico, operativo e político. (YAZBEK, 2009, p. 148 apud Zacarias, 2013)

A influência marxista na profissão contribuiu para que parte dos assistentes sociais exercesse uma atuação sob a perspectiva da emancipação, se deslocando dos campos institucionais para os movimentos sociais, se aproximando mais da militância (ZACARIAS, p. 60, 2013).

O trabalho dos assistentes sociais se baseia no Projeto Ético Político da profissão, firmando o compromisso com seus usuários e com a classe trabalhadora, lutando contra o conservadorismo e na contradição do capital X trabalho, buscando sempre a equidade, formulando e implementado propostas para o enfrentamento da questão social através das políticas sociais e públicas. A profissão do Serviço Social é regulamentada pela lei 8.662/93, tendo como dimensão ética o Código de Ética Profissional.

3.2. A QUESTÃO DO ABORTO NO BRASIL: AS LUTAS CONTRA A IDEOLOGIA PATRIARCAL

Antes de abordar a questão do patriarcado, maternidade e aborto, é necessário entender o conceito de sexualidade e gênero. Pode-se classificar gênero como a categoria que constituímos socialmente, o feminino e masculino. Praun (2011) contribui que:

O termo gênero, classificação construída pela sociedade, contribui para exacerbar a distinção entre indivíduos de sexos diferentes. Essa classificação possibilita a construção de significados sociais e culturais que distinguem cada categoria anatômica sexual e que são repassados aos indivíduos desde a infância. (PRAUN, p. 56, 2011)

Dentro desse contexto, tem a identidade de gênero, que é o modo como a pessoa se distingue dentro da sociedade, a experiência com o próprio gênero, e por fim, o sexo, que é a parte biológica que divide o macho, fêmea e intersexo, é como o indivíduo nasce. Praun (2011) reitera que “um indivíduo é macho ou fêmea de acordo com os cromossomos expressos em seus órgãos genitais”.

Silva e Guimarães (2001) compreendem as relações sociais de gênero através das relações estabelecidas entre o sexo masculino e ao feminino. De acordo com as autoras, esses papéis atribuídos pela construção social definem o que é ser homem e o que é ser mulher na sociedade, perpassando cada geração por meio de simbologia, valores e normas que legitimam a

subordinação das mulheres ao poder masculino, consolidando as relações desiguais de gênero, contribuindo para a reprodução da dominação-exploração das mulheres como sendo um elemento próprio da natureza humana.

Esse sistema onde a desigualdade de gênero é predominante é denominado de patriarcado, pode ser definido como “[...] uma formação social na qual os homens detêm o poder, ou ainda, mais simplesmente: o poder dos homens⁷”. Essa cultura coloca o homem como provedor e líder, enquanto a mulher ocupa o lugar de cuidadora, dona de casa e mãe, criando um ciclo de geração em geração e fortalecendo esse pensamento.

Essa estrutura patriarcal traz a ideia de superioridade ao homem e colocando a mulher como ser inferior. Souza (2015) declara que o patriarcado existe precedente ao capitalismo, desde o século XIX muitas mulheres lutam pela participação na política como uma forma de combater o patriarcado. A autora destaca que o capitalismo se apoia na hierarquia patriarcal, tornando as funções de reprodução social (vida privada) exclusiva para as mulheres e as tarefas de produção da vida (vida pública) se tornam função dos homens. O processo capitalista apesar de se instaurar depois do patriarcal contribui fortemente para hierarquia masculina. Essa divisão de funções é denominada de divisão sexual do trabalho.

A naturalização desta divisão do trabalho, que é social, explica a ausência de políticas públicas de estímulo à inserção das mulheres no mercado de trabalho formal, explica a desproteção social sobre o trabalho das mulheres, oferece as condições facilitadoras para a maior exploração da força de trabalho das mulheres, sendo funcional a esta exploração. Como consequência temos maior tempo de jornada total de trabalho para as mulheres, jornadas de trabalho vivenciada em mais precárias condições, com menores rendimentos que os homens e em situação de desproteção social, sem direitos

⁷ DELPHY, 2000, p. 144 apud SILVA E GUIMARÃES, 2011.

GÊNERO, TRABALHO E DESIGUALDADES SOCIAIS: análise das políticas de geração de renda e trabalho para as mulheres no Rio Grande do Norte. **GÊNERO, TRABALHO E DESIGUALDADES SOCIAIS: análise das políticas de geração de renda e trabalho para as mulheres no Rio Grande do Norte**, Rio Grande do Norte, 2011

trabalhistas. No Brasil, 70% da população trabalhadora informal são mulheres (CAMURÇA, 2007, np).

A divisão sexual do trabalho é à base da opressão e desigualdade entre homem e mulher, traz o conceito de que o homem é o provedor do lar, enquanto a mulher passa a ser a cuidadora. No atual contexto, essa divisão ainda é predominante na sociedade, à mulher segue sendo explorada, realizando o trabalho doméstico e de cuidado, além de ter várias jornadas de trabalho, a desigualdade é tão gritante, que mesmo a população feminina ocupando o mesmo cargo que a masculina, o salário é inferior, muitas vezes a maioria das mulheres ocupam espaços mais precários, sendo que, o trabalho doméstico não é remunerado.

Nesse modelo de sociedade a mulher passa a ser vista como o sexo frágil, sendo designada apenas para o trabalho de cuidado – cuida dos filhos, da casa, dos pais, do marido, se alguém da família adoecer é a mulher quem cuida, o que de certa forma acaba afetando sua vida social e o seu espaço no mercado de trabalho, nessa perspectiva, a mulher passa a exercer um trabalho desvalorizado pela sociedade.

É válida a compreensão do cuidado das mulheres negras, que sempre cuidaram mais dos outros do que de si própria, além de cuidar da família, muitas trabalham cuidando de outras famílias e amamentando os filhos dos outros. Rodrigues (2017) ratifica que na sociedade escravista era comum as brancas darem seus filhos para as escravas negras amamentarem, devido à disponibilidade, visto que, além dessa atividade, elas realizavam o trabalho doméstico também. Esse trabalho pode ser denominado de reprodutivo, pois além de cuidar da gestação, a mulher tem que amamentar, tem o pós-parto e a carga mental.

O trabalho doméstico vem enraizado para as meninas desde cedo, muitas vezes em forma de brinquedos, como as bonecas – que remetem a esfera reprodutiva e do cuidado, nas cozinhas – que liga ao trabalho doméstico, nas brincadeiras de “casinha”, sempre algo ligado aos serviços do

lar. Enquanto os meninos ganham carros de bombeiro/polícia, motos, jogos interativos, entre outros, visando sempre o trabalho produtivo.

Esse modelo de sociedade impôs a maternidade compulsória para as mulheres, trazendo a ideia de que a mulher só pode ser feliz e realizada se tiver filhos, sendo esta função exclusiva do sexo feminino. Scavone (2001) reforça que às mulheres eram reservadas para um destino social de mães, a maternidade começava a ser compreendida como uma construção social, que designava o lugar das mulheres na família e na sociedade, causando a dominação do sexo masculino sobre o sexo feminino. O corpo da mulher dentro dessa sociedade é visto como propriedade do homem, como máquinas para gerar filhos, desconsiderando sua autonomia e personalidade, com a ideia de que a mulher já nasce pronta para ser mãe, para cuidar.

De acordo com Saffioti (2013):

A maternidade não pode, pois, ser encarada como uma carga exclusiva das mulheres. Estando a sociedade interessada no nascimento e socialização de novas gerações como uma condição de sua própria sobrevivência, é ela que deve pagar pelo menos parte do preço da maternidade, ou seja, encontrar soluções satisfatórias para os problemas de natureza profissional que a maternidade cria para as mulheres. (SAFFIOTI, 2013, p.86 apud CISNE et al. 2018)

Cisne et al. (2018) relata que a maternidade muda completamente as prioridades de vida da mulher, como também o seu cotidiano, já que a tarefa principal de cuidar dos filhos e do lar é imposta como dela, em alguns casos tem que abandonar os estudos, além de sofrer opressão de sexo. Nessa perspectiva, as autoras relatam que muitas mulheres recorrem aos procedimentos de abortamento, utilizando-se, de meios inseguros e danosos à sua saúde física e mental, para não causar uma gestação indesejada.

De acordo com Matos (2009) a prática do abortamento no Brasil é uma questão antiga, existindo possivelmente antes da colonização portuguesa, nesse período o aborto era julgado moralmente como negativo pela igreja, não

havendo conhecimentos científicos sobre a saúde da mulher, o controle sobre o aborto tinha como objetivo a reprodução de mestiços, o enquadramento do papel da mulher como simples reprodutora e o aumento da população com vistas à proteção da colônia.

A discussão sobre o aborto é de extrema importância para a atual conjuntura da sociedade brasileira, sendo considerado um problema de saúde pública, uma pauta antipatriarcal, antirracista e anticapitalista. De acordo com Vieira (2010) o aborto é definido pela medicina como “o nascimento de um feto com menos que 500g, ou antes, de 20 semanas completadas de idade gestacional no momento da expulsão do útero, não possuindo nenhuma probabilidade de sobrevivência” (VIEIRA, 2010, p.1).

Morais (2008) explica as espécies do aborto:

O aborto natural não é crime e ocorre quando há uma interrupção espontânea da gravidez. O acidental, também não é crime, e pode ter por origem várias causas, como traumatismos, quedas etc.

O aborto criminoso é aquele vedado pelo ordenamento jurídico.

O aborto legal ou permitido se subdivide em:

a) terapêutico ou necessário: utilizado para salvar a vida da gestante ou impedir riscos iminentes à sua saúde em razão de gravidez anormal;

b) eugenésico ou eugênico: é o feito para interromper a gravidez em caso de vida extra-uterina inviável.

O aborto miserável ou econômico social praticado por motivos de dificuldades financeiras, prole numerosa. O aborto honoris causa é feito para salvaguardar a honra no caso de uma gravidez adulterina ou outros motivos morais (Morais, P. 50, 2008).

No Brasil, o aborto provocado é considerado crime de acordo com o Decreto Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940⁸. O Código Penal Brasileiro só permite o aborto em caso de violência sexual, quando não há como salvar a vida da gestante ou em caso de feto anencefálico. Em 2012 o Supremo Tribunal Federal (STF) autorizou a sentença à interrupção voluntária da gravidez de fetos anencefálicos. Ainda que, o aborto provocado seja

⁸Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: (Vide ADPF 54) Pena - detenção, de um a três anos.

criminalizado no Brasil, muitas mulheres praticam o ato de forma insegura, colocando em risco a sua saúde e até mesmo a sua vida.

A OMS (2005) conceitua o aborto como a interrupção da gravidez, independentemente da causa, antes do feto poder sobreviver à vida extrauterina. O aborto pode ser considerado, natural, acidental, criminoso ou legal. Em relação ao aborto inseguro, este órgão o define como um procedimento para interromper a gestação, sendo realizados sem a orientação de um profissional ou em um ambiente sem padronização para a realização de procedimentos médicos, ou o conjunto dos dois fatores. Desta forma, compreende-se que o abortamento inseguro está relacionado à interrupção da gravidez provocada, sem acompanhamento médico e sem condições de higiene necessárias, colocando em risco a saúde da mulher (SILVA, 2017, p. 04).

No Brasil, as medidas de prevenção à gravidez indesejada não são suficientes, pois não afetam todas as mulheres e muitas pessoas não têm acesso a serviços de saúde, planejamento familiar, educação sexual, e até mesmo métodos anticoncepcionais e informações para prevenir a gravidez precoce ou/e gravidez indesejada. Dessa forma, várias mulheres se envolveram e envolvem em abortos inseguros, levando a complicações graves, como sangramento, infecção, perfuração uterina, infertilidade - muitas vezes levando-as à morte em consequência dessas práticas, que na maioria das vezes são em situações precárias, no próprio domicílio. (Santos et.al, 2013, p. 498)

Considerar o aborto como crime faz divisão entre dois grupos: as mulheres que têm acesso a uma estrutura de saúde qualificada e as mulheres pobres que constituem a maioria da população, que não tem acesso a esses serviços, sendo estas, extremamente vulneráveis. Esse assunto é uma questão de saúde pública, é sobre liberdade. Quem aborta, aborta porque precisa, por questões sociais, psicológicas ou financeiras. Enquanto houver a criminalização, as mulheres negras e pobres irão continuar morrendo.

O aborto sendo considerado crime não inibe a prática, mesmo que não haja a legalização, as mulheres abortam de forma clandestina, muitas destas colocam em risco sua vida, pois, não tem condições financeiras para pagar por um aborto seguro, submetendo-se às práticas inseguras, diante desse contexto, pode-se afirmar que o aborto só não é seguro para uma classe.

Santos et al (2013) discorre que as mulheres que mais praticam aborto têm baixa escolaridade, sendo que, 23% têm até o 4^a ano do ensino fundamental e cerca de 12% concluiu o ensino médio. Um estudo realizado na cidade Minas Gerais mostrou as características das mulheres que foram a óbito relacionado ao aborto: mulheres de 20-34 anos, solteiras (68%) e negras (70,5%), em sua maioria com menos de 7 anos de estudos. Os óbitos recorrentes por aborto são caracterizados ao maior número nos grupos de maior vulnerabilidade – baixa escolaridade e raça/cor negra (Cardoso BB et al. 2020, p. 10).

O risco de mortalidade materna é maior na Região Nordeste, sendo 1,5 vezes maior que na Região Sudeste, mas, fazendo uma observação sobre a razão específica de mortalidade materna em consequência de gravidez que termina em aborto, a Região Norte é a que tem o risco mais elevado correspondendo a um risco 1,6 vezes maior que no Sudeste. A morte por abortamento corresponde a 11,1% da mortalidade das mulheres pretas, 8,8% da mortalidade materna das mulheres brancas e 9,5% da mortalidade materna das mulheres pardas. Para as analfabetas o risco de mortalidade é ainda maior, correspondendo 4,9 vezes maior que as mulheres com doze anos ou mais de estudo; para as mulheres semianalfabetas esta diferença relativa é de 3,2. (ADESSE, MONTEIRO E LEVIN, 2008, np).

Diante dos dados expostos, é notável a expressão da questão social, atingindo de forma severa as mulheres pretas, analfabetas, com renda baixa e determinada região, causando uma grande desigualdade social e, conseqüentemente, aumentando o índice das mortalidades maternas ocorridas por abortos clandestinos, devido à falta de orientação e acesso aos serviços de saúde. A desigualdade social se instaura a cada dia no modo de produção

capitalista, afetando a classe subalterna, a qual vive em sua maioria em condições desumanas e precárias.

Em relação ao aborto, o Serviço Social está inserido na área da saúde, trabalhando com uma equipe multidisciplinar, garantindo os direitos dos usuários, de acordo com o Código de Ética Profissional, garantindo todas as orientações e informações e respeitando o usuário. É uma discussão que se insere como pauta de luta do Serviço Social, que por meio de sua entidade representativa legal, conjunto CFESS/CRESS, apresentam uma compreensão favorável e manifestam apoio às lutas os Movimentos Feminista e de Mulheres na busca de fortalecer o debate. (Silva, 2017, np)

A questão do aborto no Brasil se articula com diversas expressões da questão social, principalmente em determinadas regiões que tem o maior índice de pobreza e desigualdade social. A criminalização do aborto é um assunto que deve ser considerado em sua estreita relação com a questão social e suas expressões, tendo em vista que, existe uma desigualdade gritante das mulheres que praticam o ato, relacionadas à escolaridade, raça, renda, região, entre outros aspectos. A desigualdade relacionada à saúde é desfavorável para essas mulheres, pois, muitas destas se encontram em condições de pobreza, exclusão social, discriminação, dificultando o acesso aos serviços de saúde, tornando-as, assim, mais vulneráveis.

Diante dessa perspectiva, o Serviço Social adentra para trabalhar nas expressões da questão social, conhecendo mais o perfil sociodemográfico dessas mulheres que são excluídas dos serviços de saúde, buscando a equidade no atendimento para todas, garantindo todos os direitos que essas usuárias têm, lutando contra essa desigualdade existente que atinge uma determinada classe desfavorável e que tem seus direitos violados.

Maurílio Castro (2009) traz a questão do aborto como um problema concreto à saúde pública no Brasil:

[...] a criminalização do aborto, que a cada ano empurra um grande número de mulheres para o aborto clandestino, realizado, em geral, em péssimas condições de salubridade, produzindo, por isso, inúmeros problemas de saúde, que faz com que essas mulheres procurem o atendimento de urgência no SUS e sejam, invariavelmente, tratadas como criminosas isso quando o resultado do aborto clandestino não é a causa de morte. (MATOS, 2009, P. 15)

Em um país desenvolvido como o Brasil, o abortamento provocado é um grave problema de saúde pública e de justiça social, envolvendo questões legais, econômicas, sociais e psicológicas⁹. É necessário que as mulheres que pratiquem o aborto tenham um serviço de saúde de qualidade pelo Sistema Único de Saúde, com uma equipe multidisciplinar preparada e qualificada para realizar tais atendimentos.

Analisando a regulamentação jurídica do Brasil, normas e regras indicam que o aborto está relacionado à morte materna e, que a ilegalidade da interrupção da gravidez, em casos não previstos pela lei, faz com que, as mulheres façam o de maneira clandestina, desencadeando diversas problemáticas na vida das mulheres, afetando de forma significativa a saúde e a qualidade de vida daquelas que não tem acesso a métodos e procedimentos seguros. (SILVA, 2017, p. 03)

A penalização do aborto aumenta os riscos de mortalidade materna, principalmente, das que são mais vulneráveis: pobres, negras e analfabetas, que recorrem ao ato inseguro, realizado com práticas domésticas. A descriminalização do aborto é uma forma de garantir o acesso das mulheres aos serviços de saúde de qualidade, diminuindo o índice de mortalidade materna em relação ao aborto induzido^{10 11}.

⁹ MONTEIRO, G F M ET AL. As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto. 2008

¹⁰ MONTEIRO, G F M ET AL. **As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto.** 2008, p. 8.

¹¹ SANTOS, Vanessa et al. **Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública.** 2013, p. 496.

4. CAMINHOS DA PESQUISA: PROCEDIMENTOS E ANÁLISES

No presente capítulo será apresentada a metodologia proposta na pesquisa, os procedimentos que foram utilizados, e por fim, as análises e resultados que apresentaremos a partir de um eixo temático.

4.1. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

O tipo de pesquisa adotada é a qualitativa, de caráter descritivo. Isto porque a pesquisa qualitativa não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas, sendo o ambiente natural à fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave, nesta pesquisa são disponibilizadas informações sobre um problema ou ajuda para desenvolver ideias ou hipóteses. Tal pesquisa é descritiva, pois têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, analisando as características do objeto estudado. (Gil, 1999).

Quanto ao método, o trabalho faz a opção pelo hipotético dedutivo, pois foi desenvolvida hipóteses em relação ao problema e, o método dialético, esta opção se justifica porque o método escolhido nos possibilita fazer a problematização crítica. Fundamenta-se na dialética apresentada por Marx, que admite as contradições sociais. É um método de interpretação dinâmica e totalizante da realidade. Considera que os fatos não podem ser considerados fora de um contexto social, político, econômico, entre outros (GIL, 1999; LAKATOS; MARCONI, 1993).

Foi utilizada a pesquisa bibliográfica, coletando informações por materiais já publicados em artigos, dissertações, livros e teses. Foi realizado uma busca de material publicado, entre agosto e novembro de 2020, presentes nas bases de dados eletrônicas da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) mediante a busca pelas palavras-chave: Saúde da Mulher; Aborto; Descriminalização do aborto. Foram recolhidas

informações sobre idade, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental e mortalidade, para fazer um estudo sociodemográfico das mulheres que praticam o aborto inseguro. Como recurso para interpretação dos dados, foi utilizado a análise do conteúdo, no período de novembro 2020.

Foram utilizados também textos e documentos de órgão públicos para a contextualização e análise da pesquisa, tais como: Ministério da Saúde; República Federativa; Organização Mundial da Saúde; Secretaria de Políticas Para as Mulheres; Organização das Nações Unidas; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Os critérios para inclusão dos artigos foram os artigos com idioma em português, textos completos, trabalhos relacionados à saúde da mulher, descriminalização do aborto e questão social, relacionando a idade, raça/cor, nível de escolaridade. Os critérios para exclusão foram: textos em outro idioma, títulos que não constavam o termo aborto ou saúde da mulher, que tratasse apenas do aborto espontâneo.

Após a realização da seleção de artigos e referencial teórico, o eixo temático escolhido para a fase analítica foi: 1) analisando a descriminalização do aborto no Brasil: uma questão de saúde pública.

4.2. Analisando a descriminalização do aborto no Brasil: uma questão de saúde pública

A desigualdade social, racial e de classe é um forte fator na saúde da mulher, uma vez que, de acordo com os dados, mulheres negras, de baixa escolaridade e baixa renda, não têm acesso aos serviços de saúde, aos contraceptivos e a educação sexual, da mesma forma que as brancas e ricas, causando assim, um impacto na vida dessas mulheres. Mesmo algumas mulheres tendo acesso aos contraceptivos, não existe um método 100% eficaz, eles falham, ocasionando uma gravidez não planejada.

No entanto, é possível notar que existe uma insuficiência no planejamento familiar para atender de forma efetiva essa população, é notória a carência da educação sexual, que ainda é considerado como um tabu nas famílias e escola, muitas dessas pessoas não têm conhecimento sobre o assunto, e muitas vezes, é essa falta de informação que ocasiona uma gravidez indesejada.

Ao analisar a revisão teórica, é perceptível, que a criminalização do aborto vai além de um julgamento moral e religioso, sendo este, considerado como uma questão de saúde pública, uma vez que, várias mulheres não tem acesso aos serviços de saúde, ocasionando cada vez mais o aumento na taxa de mortalidade materna. De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto (2016) no Brasil o aborto é comum entre as mulheres brasileiras, uma em cada cinco mulheres, aos 40 anos já realizou, pelo menos, um aborto. Os resultados do levantamento mostram que 4,7 milhões de mulheres já fizeram aborto, com a faixa etária entre 18 a 39 anos, a maioria está na região Norte/ Centro-Oeste e Nordeste, com escolaridade até quinto ano, a maior parte tem a renda familiar até 1 salário mínimo, majoritariamente declaradas amarelas, pretas, pardas e indígenas.

O aborto considerado como crime, não deixa de acontecer, a diferença é que para as mulheres brancas e que tem condições financeiras é realizado de forma segura, em clínicas e com médicos especializados, enquanto as negras e pobres realizam o procedimento sem orientação e acompanhamento, colocando em risco sua saúde e sua vida. Desta forma, essas mulheres que realizam o aborto de forma insegura estão sujeitas a complicações graves, tais como: perfuração de vísceras, traumatismos genitais, infecções, hemorragia, entre outros.

A ilegalidade do aborto não diminui os números de abortos, a proibição causa a ocorrência de abortos que ocorrem de forma insegura, o aumento de mortes decorrentes a essas práticas, e, além disso, o desrespeito aos direitos fundamentais das mulheres. Santos et al (2013) discorre que no Brasil o número de mulheres que abortam em condições clandestinas e inseguras se

mantém elevados, demonstrando o efeito perverso da legislação, levando em consideração a subnotificação da mortalidade e a situação não totalmente consolidada da implantação da vigilância ao óbito materno.

Percebe-se que seria mais eficiente utilizar o dinheiro que o Sistema Único de Saúde gasta para tratar as complicações do aborto clandestino, realizando o aborto seguro, já que de acordo com o PNA (2016) 50% das mulheres que abortam todos os anos precisam ser internadas, são **250 mil** mulheres a cada ano nos leitos do SUS em decorrência dos abortos inseguros. De acordo com o Ministério da Saúde (2018) o SUS gasta **45 milhões** por ano para tratamento oriundo do aborto inseguro. Conclui-se que o aborto existe independente da proibição, só que o ato acontece de forma segura para uma classe e insegura para outra. É relevante considerar que os dados são incertos, pois muitas mulheres ficam com medo de procurar um serviço de saúde e algumas morrem sozinhas.

De acordo com a pesquisa de Labandera et al (2016) antes da legalização do aborto no Uruguai, a taxa de mortalidade era bem maior, sendo que depois da legalização a taxa diminuiu. O país passou a oferecer um serviço psicológico para as mulheres que decidem realizar o aborto e serviços médicos para a realização de forma segura, garantindo todo cuidado e acolhimento com a saúde física e psicológica da mulher. Segundo Labandera et al. (2016) no Uruguai as mudanças muito favoráveis têm sido observadas na quantidade e qualidade dos serviços, na atitude dos provedores e na mortalidade materna. Também permite que as mulheres com gestações não planejadas e indesejadas sejam mais visíveis e compreendam melhor seus problemas, o que facilita mudanças legislativas subsequentes.

A pauta da descriminalização do aborto não é ser a favor do aborto, é considerar que existem mulheres que tem condições de pagar por um aborto seguro e outras não, é ser favor dos direitos iguais para todas. É de suma importância a criação de políticas públicas na área social e da saúde para orientar e acolher mulheres vítimas de aborto, sem julgamentos. A clandestinidade do aborto coloca vida de muitas mulheres em risco, causando

grandes danos à saúde física e mental. Segundo a Oliveira *et al.* 2013) a OMS relatou que 5 milhões de mulheres no mundo todo passam a sofrer de disfunções físicas e/ou mentais devido as complicações decorrentes do aborto inseguro.

Contudo, é necessário antes de qualquer coisa, reconhecer o contexto da mulher que se submete ao aborto inseguro, e entender que a criminalização reforça a desigualdade social. Essas mulheres deveriam ter o apoio do Estado e dos órgãos de saúde. Monteiro (2008) ratifica que o aspecto fundamental do aborto comprova a importância de informações consistentes para que gestores e profissionais de saúde possam oferecer assistência técnica adequada, segura e humana às mulheres que realizam abortamento, e estimular o uso de alternativos anticoncepcionais para evitar abortos repetidos, sendo de extrema importância, formular e implementar políticas públicas.

Nessa perspectiva, o Serviço Social está inserido na equipe multidisciplinar que atende mulheres e crianças que necessitam do aborto legal, conhecendo o perfil de cada mulher, realizando uma escuta qualificada e acolhimento, passando todas as informações necessárias, pautando sempre, no Código de Ética Profissional, atendendo sem preconceitos, respeitando as decisões dos/as usuários/as, mesmo que seja contra o que acredita ou crê. O CFESS se posicionou a favor a descriminalização do aborto:

A criminalização das mulheres, certamente, não é o melhor caminho para o enfrentamento da problemática que envolve o aborto, até porque não evita e sequer diminui a sua ocorrência. Segundo o DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – por exemplo, somente de janeiro a junho de 2020, o SUS atendeu a 80 mil casos de procedimentos de abortos incompletos, enquanto realizou mil abortos legais. Para nós, a ilegalidade e a criminalização servem para sustentar a “indústria do aborto”: que engloba desde a venda ilegal de remédios abortivos até as clínicas às quais mulheres com maior poder aquisitivo recorrem, para fazer aborto com condições de segurança, enquanto as pobres ficam à sorte do aborto inseguro, que leva muitas à morte (CFESS, 2020).

Desta forma, é de suma importância reconhecer que a lei que criminaliza o aborto não é eficaz, é uma lei antiga, que não corresponde às

demandas da sociedade, impedindo o acesso das mulheres aos serviços adequados às suas necessidades. As leis são feitas por um congresso que é majoritariamente composto por homens, que vivem em um contexto social completamente diferente das mulheres que estão sujeitas ao aborto clandestino, são homens brancos e ricos. É fundamental a presença de mulheres nas discussões e decisões sobre sua autonomia e saúde, é preciso conscientizar a população, que muitas vezes são contra a descriminalização, por viés machista ou religioso.

Entretanto, faz-se necessário uma discussão e reflexão referente ao assunto, para entender a necessidade da descriminalização para a saúde da mulher, tendo em vista as complicações e mortes provocadas. É imprescindível o planejamento de políticas públicas para atender essas mulheres que passam por aborto inseguro, focalizando na questão da saúde, autonomia e assistência, é de suma importância à educação sexual no âmbito familiar e nas escolas, assim como, a promoção de políticas de planejamento familiar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a conclusão deste trabalho de pesquisa, constatou-se que o aborto induzido é um tabu na sociedade, é considerado como crime e ilegal no Código Penal Brasileiro, sendo defendido por uma sociedade patriarcal e com grande influência religiosa, mas é uma prática que não deixa de acontecer, mesmo sendo criminalizado. O trabalho analisou os impactos da descriminalização e os motivos para a permanência da atual legislação, visto que, não inibe o ato, mas, causa graves complicações para a saúde da mulher.

A pesquisa teve como objetivo geral analisar a relevância da descriminalização do aborto no Brasil, seus impactos na saúde da mulher e na redução da taxa de mortalidade destas. A partir daí, constatou-se que foi possível identificar que com a criminalização, a taxa de mortalidade tende a

crescer cada vez mais, na medida em que, a maioria das mulheres praticam o ato por conta própria, sem orientação e acompanhamento médico, submetendo-as sua saúde em risco e até mesmo a morte. Com a descriminalização do aborto essas mulheres teriam além de um acompanhamento médico para realização do procedimento seguro, um acompanhamento social e psicológico, para acolher e orientar, oferecendo todo o suporte e informações necessárias, conseqüentemente, reduzindo os riscos na saúde e na taxa de mortalidade destas.

Com o cumprimento do primeiro objetivo específico, que foi examinar a política de saúde no Brasil, especificamente no tocante à saúde integral da mulher, observando aspectos relativos à saúde reprodutiva, planejamento familiar e outros, foi possível verificar que o Sistema de Saúde é um dos maiores sistemas do mundo, que tem capacidade para atender as demandas relacionadas ao aborto seguro, uma vez que, os gastos com o tratamento das complicações decorrentes do aborto clandestinos são altos demais, e a população feminina teria o acesso igualitário à prática abortiva. Observou-se que muitas famílias e mulheres não têm acesso ao planejamento familiar, à saúde reprodutiva e a educação sexual, ocasionando assim, uma gravidez indesejada. Diante disso, percebeu-se que é necessário que os órgãos públicos promovam uma política social de saúde integral que contemple as informações e orientações necessárias, para um processo educativo em relação à prevenção da gravidez.

O segundo objetivo específico foi discorrer sobre a questão do aborto, sua ilegalidade e criminalização, apontando seus impactos na saúde da mulher, e dentro dessa perspectiva, foram analisados os pontos citados e percebemos que a lei vigente da criminalização é do século passado, onde as mulheres eram submissas aos homens, tidas apenas como máquina reprodutiva para reproduzir herdeiros, sendo oprimidas por uma cultura patriarca. Percebeu-se que é necessária uma nova legislação, visto que, os direitos fundamentais das mulheres são desrespeitados no Código Penal, sua autonomia, integridade psicofísica são violados.

Ao buscar responder o terceiro objetivo específico que era estabelecer a relação entre questão social, aborto e criminalização do aborto, apontando a descriminalização como caminho para a saúde da mulher, percebeu-se que o perfil sociodemográfico das mulheres que mais praticam e morrem por abortos inseguros vivem em extrema vulnerabilidade social. Dentro desse contexto, o Serviço Social é de extrema importância para intervir nessa desigualdade social, garantindo os direitos violados dessa parcela da população, que são invisíveis aos olhos da sociedade patriarcal e capitalista.

Mediante os estudos relacionados aos temas abordados durante o trabalho, observa-se que, é inegável a importância da desconstrução da ideia que “mulher nasceu para ser mãe”, tendo em vista que existem mulheres que não se identificam com a maternidade e este é um direito destas mulheres. É de suma importância entender que uma gravidez não planejada acontece, podemos constatar na pesquisa que os métodos contraceptivos falham, mesmo o casal tomando todos os cuidados necessários. É desumano forçar uma mulher a ser mãe, para isso, ela tem que estar preparada fisicamente, psicologicamente e financeiramente, o corpo das mulheres não pode ser controlado pelo patriarcado.

Faz-se necessário ressaltar que diante do atual contexto de pandemia de COVID-19 que estamos vivendo, foi muito difícil à realização da pesquisa, mesmo em isolamento, as demandas aumentaram significativamente, a tensão do dia-dia, com a taxa de mortalidade só aumentando. Foi extremamente difícil para manter a concentração e o foco para realização do trabalho no prazo estimado. Diante da metodologia proposta, percebe-se que o trabalho poderia ter sido realizado com uma pesquisa mais ampla, para analisar tais aspectos, como as dificuldades que as mulheres enfrentam para acessar o aborto legal; os profissionais de saúde frente ao aborto e abordar mais sobre os direitos reprodutivos, mas essa é uma possibilidade para outros estudos.

Moreira et al. (2020) ratifica que a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus intensificou as crises, revelando e amplificando dinâmicas do

capitalismo neoliberal, refletindo nas desigualdades, e em corpos marcados pela vulnerabilização social.

Dada à importância do assunto, verificou-se que é imprescindível que o tema seja cada vez mais discutido com equipes de saúde, com a sociedade civil, especialmente, pelas mulheres, que de modo geral são excluídas das decisões relativas às leis e políticas. Nesse sentido, afirmamos que este trabalho foi de suma importância para a contribuição de produção de conhecimento, acerca da temática abordada no âmbito do serviço social. É indispensável a conscientização da população brasileira para esse grande problema de saúde pública, a fim de garantir o direito igual para todas as mulheres, sem distinção.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Juliane Pagliari et al . História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 6, p. 1000-1007, Dec. 2014 . Disponível em: <

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000601000#B13> Acesso em 05/12/2020.

BATISTA, Carla Gisele; SARDENBERG Cecília M. B. Movimentos feministas, aborto e laicidade o caso de Alagoinha como exemplar. Salvador | EDUFBA/NEIM | 2011. Disponível em

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6921/3/bahianas-n14_repositorio%20Copy.pdf> Acesso em 04/05/2020

BAPTISTA, Tatiana. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. Disponível em:

<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%A7%C3%A3oInstitucional.pdf> Acesso em: 01/12/2020

BOAVENTURA, Edivaldo M. Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação, tese. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

Disponível em:

<http://repocursos.unasus.ufma.br/atencobasica_20152/modulo_11/und1/media/pdf/livro.pdf> Disponível em: 15/09/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf > Acesso em 08/09/2020

BRASIL. Ministério da Saúde, 2010. **SAÚDE DA MULHER Um diálogo aberto e participativo** Disponível em:

<<http://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/120.pdf>> Acesso em 24/08/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
Acesso em: 28/08/2020

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1> Acesso em: 11/08/2020

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher** – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>> Acesso em 07/04/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em 07/10/2020

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. **Política de Saúde no Brasil**, [s. l.], 2001. Disponível em: <[Microsoft Word - ABEPSS_Coletânea Inês Bravo.doc \(fnepas.org.br\)](#)> Acesso em 15/11/2020

CARDOSO, Bruno Baptista; VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro; SARACENI, Valeria. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, e00188718, 2020. Disponível em: <[Abortion in Brazil: what do the official data say? \(scielo.br\)](#)> Acesso em: 24/10/2020

CAMURÇA, Silva. 'Nós Mulheres' e nossa experiência comum. **'Nós Mulheres' e nossa experiência comum**, Cadernos de Crítica Feminista, Recife: SOS CORPO, ed. Número 0, Ano I, 2007. Disponível em: <['Nós Mulheres' e nossa experiência comum \(soscorpo.org\)](#)> Acesso em: 28/11/2020

CFESS, Manifesta. Dia Latino-Americano e Caribenho pela Descriminalização e Legalização do Aborto. **Dia Latino-Americano e Caribenho pela Descriminalização e Legalização do Aborto**, Brasília (DF). 2020. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020-CfessManifesta-legalizaAborto.pdf>> Acesso em: 25/11/2020

CISNE, MIRLA; OLIVEIRA, GIULIA; CASTRO, VIVIANE. ABORTO INEGURO: UM RETRATO PATRIARCAL E RACIALIZADO DA POBREZA DAS MULHERES. **ABORTO INEGURO: UM RETRATO PATRIARCAL E RACIALIZADO DA POBREZA DAS MULHERES**, FLORIANÓPOLIS, v. 21, n. 3, p. 425-470, 2018. Disponível em: < [Aborto inseguro: um retrato patriarcal e racializado da pobreza das mulheres \(scielo.br\)](http://scielo.br)> Acesso em: 28/11/2020

COELHO, E. A. C. et al. **O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos**. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000. Disponível em: <[v34n1a05.pdf \(scielo.br\)](http://scielo.br)> Acesso em: 05/09/2020

COSTA et al. **HISTÓRIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E SUA RELAÇÃO COM OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**. v.37, n.1, p.74-86 jan./mar. 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3821.pdf> Acesso em: 02/10/2020

CLOSS, Thaísa Teixeira. **Questão Social e Serviço Social: uma análise das produções dos periódicos da área**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 14, n. 2, p. 253 - 266, ago./dez. 2015. Disponível em: < <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21931>> Acesso em 08/10/2020

CRESCÊNCIO, Cintia Lima. REVOLTA DA VACINA: HIGIENE E SAÚDE COMO INSTRUMENTOS POLÍTICOS. **REVOLTA DA VACINA: HIGIENE E SAÚDE COMO INSTRUMENTOS POLÍTICOS**, Rio Grande, ed. 22 (2): 57-73, 2008. Disponível em: <[Revolta da vacina: higiene e saúde como instrumentos ... \(furg.br\)](http://furg.br)> Acesso em: 20/11/2020

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo and MADEIRO, Alberto. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.2, pp.653-660. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>>. Acesso em: 01/12/2020

EXAME, Jornal. Brasil tem 5,5 milhões de crianças sem pai no registro: Brasil tem 5,5 milhões de crianças sem pai no registro. **Brasil tem 5,5 milhões de crianças sem pai no registro**, [s. l.], 7 dez. 2020. Disponível em: <https://exame.com/brasil/brasil-tem-5-5-milhoes-de-criancas-sem-pai-no-registro/>. Acesso em: 5 dez. 2020.

FERREIRA, Rebeca Viana; COSTA, Mônica Rodrigues; MELO, Delaine Cavalcanti Santana de. **Planejamento Familiar: gênero e significados / Family Planning: gender and significance** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 13, n. 2, p. 387 - 397, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/287942912_Planejamento_Familiar_genero_e_significados_Family_Planning_gender_and_significance> Acesso em: 27/09/2020

Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção o da saúde**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):424-8. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/+view/47053/23082> Acesso em: 10/10/2020

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

GIFFIN, Karen. **Mulher e saúde**. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 7 (2): 133-134. abr/jun, 1991. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a01.pdf> > Acesso em: 05/10/2020

GUERRA, Yolanda *et al.* A INSTRUMENTALIDADE NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL. **A INSTRUMENTALIDADE NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL**, bh, 6 dez. 2020. Disponível em: <http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/Yolanda%20Guerra%20instrumentalid.pdf> Acesso em: 24/11/2020

GUIMARÃES, Simone *et al.* DESIGUALDADES SOCIAIS, QUESTÃO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS. **DESIGUALDADES SOCIAIS, QUESTÃO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS**, Pauí, 2017. Disponível em: <www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/mesas/desigualdadessociaisepoliticaspublicasnobrasildesafioscontemporaneos.pdf> Acesso em: 28/11/2020

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo, Cortez, 1983

JORNAL Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 38, ed. 2, 2002.

Disponível em: <

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442002000200001> Acesso em: 25/11/2020

LABANDERA, Ana; GORGOROSO, Monica; BRIOZZO, Leonel.

Implementação da estratégia de redução de riscos e danos contra o aborto inseguro no Uruguai: de um hospital universitário a todo o

país. **Implementação da estratégia de redução de riscos e danos contra o aborto inseguro no Uruguai: de um hospital universitário a todo o país**,

International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. Volume 134, Suplemento 1, 2016. Disponível em: <

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002072921630248X>>

Acesso em: 04/12/2020

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 1993.

MACHADO, Edinéia *et al.* Questão Social: Objeto do Serviço Social. **Questão Social: Objeto do Serviço Social**, Serv. Soc. Rev. Londrina, v. 2, ed. n. 1, p.

1-153, 1999. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/n1v2.pdf>>

Acesso em: 25/10/2020

MATOS, Maurílio Castro de. Reflexões acerca da descriminalização do aborto. São Paulo: Almedina, 2010. 110 p. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/ref/v22n2/a22v22n2.pdf>> Acesso em 20/03/2020

MATOS, Maurílio Castro de. Cotidiano, Ética e Saúde: **O SERVIÇO SOCIAL FRENTE À CONTRA-REFORMA DO ESTADO E À CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO**. São Paulo, 2009. Disponível em

<<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/18000/1/Maurilio%20Castro%20de%200Matos.pdf>> Acesso em 14/05/2020

MONTAÑO, Carlos *et al.* Um projeto para o Serviço Um projeto para o Serviço Um projeto para o Serviço Social crítico. **Um projeto para o Serviço Um projeto para o Serviço Um projeto para o Serviço Social crítico**,

Florianópolis SC, v. 9, ed. n. 2, p. 141-157, 2006. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/pdf/rk/v9n2/a02v09n2.pdf>> Acesso em: 28/10/2020

MONTEIRO, G F M ET AL. **As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto.** Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. Disponível em: <http://www.nepp-dh.ufrj.br/ole/textos/monteiro_as_mulheres.pdf> Acesso em 01/05/2020

Morais, Lorena Ribeiro de. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher, *Senatus*, Brasília, v. 6, n. 1, p. 50-58, maio 2008. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/131831/legisla%C3%A7%C3%A3o_aborto_impacto.pdf?sequence=6> Acesso em 11/05/2020

MOREIRA, Lisandra *et al.* MULHERES EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM ENSAIO TEÓRICO-POLÍTICO SOBRE A CASA E A GUERRA. **MULHERES EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM ENSAIO TEÓRICO-POLÍTICO SOBRE A CASA E A GUERRA**, Belo Horizonte, v. 32, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-7182220000100413&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 06/12/2020

LEMOS, Esther Luíza de Souza e OENNING, Thais de Biazi. DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO E SERVIÇO SOCIAL: “**questão social**” x “**questão moral**”. **DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO E SERVIÇO SOCIAL: “questão social” x “questão moral**, Paraná, np. Disponível em: <<http://www.cresspr.org.br/anais/sites/default/files/DESCRIMINALIZA%C3%87%C3%83O%20DO%20ABORTO%20E%20SERVI%C3%87O%20SOCIAL%20%20E%20%80%9Cquest%C3%A3o%20social%E2%80%9D%20x%20E%20%80%9Cquest%C3%A3o%20moral%E2%80%9D.pdf>> Acesso em: 08/11/2020

ONU. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994.** Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>> Acesso em: 02/10/2020

OSIS MJD et al. **Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2481-2490, nov, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/23.pdf>> Acesso em: 30/09/2020

OLIVEIRA, Natália *et al.* ACOLHIMENTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTO PROVOCADO. **ACOLHIMENTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTO PROVOCADO**, Universidade Federal da Bahia, 6 dez. 2020. Disponível em: <<http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/686/1/TCC%20final.pdf>> Acesso em: 05/12/2020

PRAUN, Andrea *et al.* SEXUALIDADE, GÊNERO E SUAS RELAÇÕES DE PODER. **SEXUALIDADE, GÊNERO E SUAS RELAÇÕES DE PODER**, Revista Húmus - ISSN: 2236-4358, n. 1, 2011. Disponível em: < [SEXUALIDADE, GÊNERO E SUAS RELAÇÕES DE PODER \(ufma.br\)](http://ufma.br)> Acesso em: 01/12/2020

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. 2019. **QUANTIDADE DE HOMENS E MULHERES**. Disponível em: <<[Quantidade de homens e mulheres | Educa | Jovens - IBGE](#).> Acesso em: 05/10/2020

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. 1988. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**, Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 05/10/2020

RODRIGUES, Marta Bonow. **AMAS DE LEITE: DOS ANÚNCIOS DE JORNAIS DO SÉCULO XIX EM PELOTAS/RS À ATUALIDADE - RELAÇÕES DE TRABALHO E AFETO NO CUIDADO COM CRIANÇAS**. Tessituras, Pelotas, v. 5, n. 1, p. 185-204, jan./jun. 2017. Disponível em: < [Amas de leite: dos anúncios de jornais do século XIX em ... \(academia.edu\)](#)> Acesso em: 30/11/2020

SALVADOR, Marina Alvares *et al.* POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: história e desafios atuais. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: história e desafios atuais, Universidade Federal Fluminense (UFF), 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/politica-de-saude-no-brasil-historia-e-desafios-atuais.pdf> Acesso : 12/10/2020

SANTOS, Vanessa *et al.* Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública**, Rev. bioét. (Impr.), 2013. Disponível em: < [a14v21n3.pdf \(scielo.br\)](#)> Acesso em: 10/09/2020

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais**, Ccadernos pagu, p. 137-150, 2001. Disponível em: <[A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais \(scielo.br\)](#)> Acesso em: 05/12/2020

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES - SPM, **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da**

Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM), 2016. Disponível em: <
<http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Publicacoes/PlanoNacionaldePoliticasparaasMulheres20132015.pdf>> Acesso em: 06/10/2020

SILVA, Araujo Jackeline. SERVIÇO SOCIAL PRESENTE: A luta pela descriminalização e legalização do aborto no Brasil: Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo3/servicosocialpresentealutapeladescriminalizacaoelegalizaodoabortonobrasil.pdf>> Acesso em 01/08/2020

SILVA JMQ, Marques PF, Paiva MS. **Saúde sexual e reprodutiva e Enfermagem: um pouco de história na Bahia**. Rev Bras Enferm, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 501-7. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a06.pdf>> Acesso em 01/10/2020

SILVA, Telma; GUIMARÃES, Maria. GÊNERO, TRABALHO E DESIGUALDADES SOCIAIS: análise das políticas de geração de renda e trabalho para as mulheres no Rio Grande do Norte. **GÊNERO, TRABALHO E DESIGUALDADES SOCIAIS: análise das políticas de geração de renda e trabalho para as mulheres no Rio Grande do Norte**, Rio Grande do Norte, 2011. Disponível em: <[\(Microsoft Word - G\312NERO~2\) \(ufma.br\)](#)> Acesso em: 30/11/2020

SILVA, Gilvaneide. INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE: estratégia de atuação do Serviço Social. **INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE: estratégia de atuação do Serviço Social**, João Pessoa, 2016. Disponível em: < [Repositório Institucional da UFPB: Intersectorialidade na saúde: estratégia de atuação do Serviço Social](#)> Acesso em: 11/11/2020

SOUZA, Terezinha. PATRIARCADO E CAPITALISMO: UMA RELAÇÃO SIMBIÓTICA. **PATRIARCADO E CAPITALISMO: UMA RELAÇÃO SIMBIÓTICA**, Temporalis, Brasília (DF), n. 30, 2015. Disponível em: < [Patriarcado e capitalismo: uma relação simbiótica - Dialnet \(unirioja.es\)](#)> Acesso em: 29/11/2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNASUS/UFMA Saúde da mulher/Paula Trindade Garcia (Org.). **SAÚDE DA MULHER GERAL**. São Luís, 2013. Disponível em <
https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7850/1/Provab-2012.1_Modulo11_Introducao.pdf> Acesso em: 27/019/2020

VIEIRA, Meloni Elisabeth. A questão do aborto no Brasil. São Paulo, 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n3/a01v32n3.pdf>>. Acesso em 07/04/2020

VILLELA, Wilza. **SAÚDE INTEGRAL, REPRODUTIVA E SEXUAL DA MULHER: Redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** Disponível em: < <https://www.mulheres.org.br/wpcontent/uploads/2020/02/saude-integral-sexual-mulher.pdf>> Acesso em 01/10/2020

ZACARIAS, INEZ. A INFLUÊNCIA DA TEORIA MARXIANA NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL. **A INFLUÊNCIA DA TEORIA MARXIANA NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL**, Porto Alegre, 2013. Disponível em: < [Repositório PUCRS: A influência da teoria marxiana no ...](#)> Acesso em: 25/10/2020