



ABORTO INDUZIDO COMO DIREITO DE CIDADANIA: RELAÇÕES ENTRE ESTADO E SOCIEDADE

Cízia de Assis Romeu
Bernadete de Lourdes de Almeida Figueiredo

Introdução

Estudar o aborto provocado seja sob qualquer ângulo, de acordo com a realidade em que se vive, já é uma temática muito importante instigante e mais ainda quando este estudo objetiva a levantar novos elementos para o debate sobre esta problemática que leva atualmente à morte, milhões de mulheres em todo o mundo.

É impossível se determinar quantos abortos exatamente ocorrem mundialmente, pois se trabalha com subestimativas, devido à clandestinidade da prática do aborto. Apenas, nos países onde este é legalizado, tem-se um quadro de melhor qualidade sobre como se procede à ocorrência desse problema.

Para ilustrar melhor essa afirmação, uma análise realizada por Henshaw em 1999 (*apud* FAÚNDES E BARZELATTO, 2004), aponta que as estimativas mundiais são de que, um número total de 46 milhões de abortos ocorreu em 1995, mas esse mesmo estudo sugeriu que este número de abortos poderia variar entre um mínimo em torno de 42 milhões, e um máximo próximo a 50 milhões devido a pouca confiabilidade dos dados. A Organização Mundial de Saúde aponta que 21% das mortes maternas (cerca de seis mil/ano) na América Latina têm como causa as complicações decorrentes do aborto. (RFS, 2001)

De acordo com os resultados da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Mortalidade Materna no Brasil de 2001, Rocha (*apud* Ventura, 2002), o Estado Brasileiro estima a ocorrência anual de 3000 a 5000 casos de mortes maternas evitáveis, com variações entre os diferentes estados e regiões. Diante desse quadro de crescente e alto número de mortes maternas, onde as mulheres que são levadas à óbito ou então sofrem danos à sua saúde, são particularmente àquelas mulheres que não puderam pagar por uma assistência médica -ainda que clandestina quando da prática desse aborto - e mesmo quando da situação pós-abortamento, não tiveram a adequada assistência no sistema público de saúde.

Nos governos do Presidente Lula (2003-2006/2007-2010), ainda que os esforços do Executivo em instituir órgãos ministeriais, como é o caso da Secretaria Especial de Política para as



Mulheres¹, com uma clara e freqüente discussão sobre a problemática do aborto no sentido da sua legalização como um direito universal, incluindo nesse debate também o Ministério da Saúde, as tensões e os limites das políticas sociais em uma perspectiva de gênero, impõem uma série de restrições para a expectativa de se garantir este direito.

Na atual estrutura de governo, o Estado brasileiro tem postulado como cerne da questão o financiamento de uma política pública de abortamento legal, universal que teria como pressuposto para ser ofertada a disponibilização de todos os insumos, equipamentos e recursos humanos de boa qualidade e de acesso gratuito às mulheres, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, as determinações do atual estágio de crise do capital mundial, associada às conseqüências da ofensiva neoliberal com o avanço do processo de mercantilização dos serviços, programas e políticas sociais, inviabilizam qualquer propositura de um possível investimento no sentido de gerar despesas com o financiamento para se implementar uma adequada política desse porte em todo o país.

No caso de uma imaginável legalização do aborto, o Estado na gerência dessa política pública, teria que através do SUS, adotar mais esse serviço, salvo na condição de desenvolvê-la, de forma precarizada, subsidiária e sem os critérios de segurança estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), voltados para a saúde da mulher, a exemplo dos serviços clandestinos prestados por empresas privadas neste setor.

O Objetivo Geral deste estudo é, levantar e aprofundar analiticamente os elementos que perpassam o debate sobre a configuração do aborto induzido no país a partir do papel que o Estado brasileiro assume/omite-se diante dessa questão.

Discussão

A superestrutura de Estado patriarcal-capitalista intensifica a condição de subalternidade das mulheres na sociedade, principalmente da maioria destas, por pertencerem às classes subalternas da sociedade. Segundo algumas estudiosas: “[...] O Estado vai engendrar novos mecanismos não só de exploração para a reprodução direta do capital, mas também uma ideologia reprodutora de valores e

¹ A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres estabelece políticas públicas que contribuem para a melhoria da vida de todas as brasileiras e que reafirmam o compromisso do Governo Federal com as mulheres do país. É competência da SPM: assessorar direta e imediatamente o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres; elaborar e implementar campanhas educativas e não discriminatórias de caráter nacional; elaborar o planejamento de gênero que contribua na ação do governo federal e das demais esferas de governo; promover a igualdade de gênero



comportamentos não conflitantes com o *status quo* mediante um ‘envolvimento manipulatório’ mais complexo” (CISNE; GURGEL, 2008, p.73).

Para Heleieth Saffioti há uma indissociável relação entre as seguintes categorias de dominação: patriarcado, raça e classe social. E faz a seguinte consideração:

[...] Com a emergência do capitalismo, houve a simbiose, a fusão, entre os três sistemas de dominação-exploração... Na realidade concreta, eles são inseparáveis, pois se transformaram, através deste processo simbiótico, em um único sistema de dominação-exploração, aqui denominado patriarcado -racismo-capitalismo. (...) Há uma razão muito forte para que não se proceda pelo raciocínio da priorização, do privilegiamento de um sistema de dominação-exploração. É que, na realidade concreta, observa-se, de fato, uma simbiose entre eles. Esta fusão ocorreu em tal profundidade, que é praticamente impossível afirmar que tal discriminação provém do patriarcado, ao passo que outras se vinculam ao sistema de classes sociais e ou ao racismo.” (Apud, VIEIRA, 2002, disponível em: //http: www.redemulher.org.br. Acesso em 14 de dezembro de 2009).

O patriarcalismo é um modo de estruturação e organização do regime da vida social baseado no poder de um *pai*, isto é, prevalece às relações masculinas sobre as femininas, podemos dizer que a sociedade patriarcal teve início na Grécia Antiga e se estende até os dias atuais.

A realidade nos mostra que o patriarcalismo têm determinações na formação da consciência social dos indivíduos, pois se articulam num sistema de dominação ideológica, onde o Estado neoliberal assume e reitera essa ideologia como forma de garantir a reprodução da exploração do capital e da dominação do homem em relação à mulher.

Percebemos que, uma das maneiras de garantir os direitos reprodutivos, de acordo com as políticas de reprodução brasileira, foi à expansão dos programas de planejamento familiar, mesmo que estes não disponibilizassem todos os métodos anticoncepcionais em quantidades suficientes para atender a demanda, sem contar com a qualidade ou não das orientações prestadas pelos profissionais dos programas que tratam sobre esta temática.

Quanto à questão do aborto, este por sua vez, vem aumentar a subestimativa da mortalidade materna e contribui para não se ter o verdadeiro quadro do fenômeno. Em relação à importância deste, esta é medida quantitativamente pela população de mulheres que atinge e, qualitativamente, pela sua gravidade que é o risco de complicações, seqüelas e/ou morte do grupo de mulheres em idade reprodutiva. Apesar das restrições legais impedirem a realização do aborto voluntário em muitos países, isso não tem impedido o uso dessa prática por milhares de mulheres.

Têm-se piorado as condições em que são realizados os abortos e por conseqüência agravado os riscos inerentes a essa prática. Isto pode ser constatado pela observação e pela história de vida das mulheres e é reafirmado pelos estudos que buscam a opinião de especialistas no assunto. Muitos fatores estão associados aos abortos clandestinos, como a pobreza, a desigualdade social, gravidezes



indesejadas, práticas sexuais inseguras, desigualdade de gênero, entre outros inúmeros fatores ligados ao não exercício dos direitos sexuais e reprodutivos destas mulheres.

Analisar e estudar os fatores que incidem para o agravamento desta expressão da questão social que é o aborto, se faz determinante se quisermos retirar da situação de risco social inúmeras mulheres que são violadas em seus direitos todos os dias. O Serviço Social têm papel fundamental nesta questão do aborto provocado, devido ao fato deste ser um problema de alto recorte social, visto que, segundo a maioria dos estudos, as mulheres pertencentes às classes subalternas são as que sofrem maiores danos irreparáveis as suas vidas, isso quando não, morrem por causa de abortamentos inseguros.

Como no Brasil, a prática do aborto é ilegal, a maioria das brasileiras recorre ao aborto provocado inseguro, isso porque, são mulheres das classes subalternas e portanto, não têm condições de pagarem por uma assistência adequada, mesmo que, clandestina. De forma que, são estas mulheres que engrossam os números da mortalidade materna no país, mulheres que pagam com a vida por não quererem levar a gestação à frente, quer seja pela não assistência ou por uma má assistência recebida.

Conclusão

Para a indução ao aborto, não se sabe ao certo quando as mulheres começaram a interrupção da gravidez, mas, desde então, estas recorrem a esta prática, através de inúmeros métodos e instrumentos que são usados nesta intervenção, que vão desde instrumentos pontiagudos, uso de plantas medicinais e drogas farmacêuticas. Estes, sendo utilizados de forma insegura, comumente resultam em abortos incompletos e causam graves infecções ao corpo da mulher, com isso, requerendo hospitalização imediata e assistência eficaz para assegurar a vida e a saúde desta mulher.

No delineamento de uma política pública de saúde de aborto induzido à todas as mulheres, no estágio atual de crise do capital, onde temos políticas sociais com crescente demanda por vagas, por financiamento, tendo estas, equipamentos e serviços operacionalizados de forma precarizada, o Estado no máximo ofereceria os procedimentos mínimos, nestes mesmos moldes como se encontram as políticas sociais atualmente, que estão submetidas a um processo de mercantilização pelo setor privado.

Mas antes de falarmos propriamente da privatização pela qual passa também a política de saúde, se faz necessário resgatar alguns conceitos e origem do sistema de proteção social.



Primeiramente devemos recorrer ao que preconiza a nossa seguridade social. Podemos definir a Seguridade Social, através do conceito de Martins:

É um conjunto de princípios, de regras e de instituições destinado a estabelecer um sistema de proteção social aos indivíduos contra contingências que os impeçam de prover as suas necessidades pessoais básicas e de suas famílias, integrado por ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, visando assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (2003, p.43).

O fato é que entre as ações implementadas pelo Estado, no caso das políticas sociais de caráter universal, concebidas como direitos de cidadania, segundo Vianna (2008, p.144): “[...] Redes de proteção social foram estabelecidas sob a denominação de seguridade social. Nada de bondade. Apenas formas negociadas e civilizadas de lidar com as ameaças à ordem social.” Denotando que, é conferida a questão social, uma ameaça à ordem vigente, então a melhor forma de combatê-la, é tendo que administrar a pobreza, tornando-se assim, a possibilidade de explorar os trabalhadores e ao mesmo tempo, através da oferta dos serviços de proteção social, o Estado poder legitimar-se e impor a sua ideologia, ou seja, a ideologia da classe dominante.

Em se tratando especificamente da política de saúde, esta, é uma política social destinada conforme seu artigo 196, a garantir a saúde como um direito de todos e sendo, portanto, dever do Estado mediante a implementação de políticas públicas e econômicas, reduzir o risco de doenças e de outros agravos à saúde de todos os cidadãos, de modo que o acesso seja universal e igualitário na sua promoção, proteção e recuperação dos indivíduos.

Este sistema é baseado no seu plano legal, pelo modelo proposto pela Reforma Sanitária, cujos objetivos eram: a garantia dos princípios da universalidade, da equidade, integralidade, a descentralização e a participação através do controle social. Pontua Correia

Entretanto, na década de 1990, este sistema foi alvo das reformas neoliberais que têm atacado seu caráter universal e público visando ao seu desmonte através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde. Essas reformas são decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico em nível global e das conseqüentes reformas sanitárias propostas pelos agentes financeiros internacionais, em especial pelo Banco Mundial (BM), que vem tendo proeminência nesta área, desde a segunda metade da década de 80 (2007, p. 12).

A partir desta análise, podemos considerar que diversas questões estão postas no âmbito da política pública de saúde, a primeira relação é a de que, o que está no plano do legalmente jurídico, do direito conquistado, legislado e promulgado não ocorre de fato no SUS. E isso se deve à um ponto central de análise, o Estado existe para manter os privilégios de uma dada classe, no caso, da classe dominante, então podemos concluir que se torna impossível para ele, implementar uma política pública universal, totalmente gratuita, sendo esta de boa qualidade, com todos os meios materiais e humanos qualificados para a operacionalização desta, pois na sociedade capitalista, o



lucro, a exploração e a desigualdade sempre estará presente em todas as relações postas, seja de produção ou de reprodução da ordem sociometabólica do capital.

A política de saúde no corpo do Estado neoliberal coexiste através de meios para se manter com recursos públicos e ao mesmo tempo, mantêm a iniciativa privada, com o movimento de alto capital. Correia afirma que: “[...] A área da saúde é uma área de grande interesse do capital, ou seja, dos grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais. A interferência do Banco Mundial é no sentido de fortalecer o mercado da saúde” (2007, p. 19),

Então é preciso discernir que o limite das ações de saúde pública, hoje, não decorre da necessidade de outro modelo de atenção para a saúde, mas das conseqüências das desigualdades de classe, da negação e desqualificação da Seguridade Social como princípio orientador da previdência, assistência e saúde públicas (MASSON, 2007, p.44).

De forma que, não basta apenas lutar por um Estado com uma política pública que atenda com condições objetivas a população, o ideal seria a luta pela construção de um novo projeto societário, que tenha como horizonte o rompimento com qualquer tipo de desigualdade, instaurando um novo tipo de sociabilidade humana, mas ainda que na ordem do capital, a luta pela cidadania e emancipação política das mulheres é urgente e preciso.

Referências bibliográficas

ABORTO HOJE E AMANHÃ. Dito e Feito. Boletim do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher Brasília – DF: Campanha de notícias, n.4, 1999.

BEHRING, E. R.. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2ª. Ed. São Paulo; Cortez, 2008.

BERQUÓ, E.; LAGO, T.. *O debate sobre o aborto no Brasil*. Net, Belo Horizonte, Nov. 2008. Rede Feminista de Saúde. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos. Disponível em: < <http://www.redesaude.org.br/>>. Acesso em: 4 de Nov. 2008.

BRASIL. Código penal Legislação Brasileira. 4ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2005

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucionalmente promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 44/2004 . Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento*. Secretaria de Atenção à Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.



BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. 20 anos de pesquisa sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CISNE, M.; GURGEL, T.. Feminismo, Estado e políticas públicas: desafios em tempos neoliberais para a autonomia das mulheres. In: *Ser Social*. Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. V.10, n.22, jan/jun de 2008. Brasília: UnB, 1998.

CORREIA, M. V. C.. A Saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. In: *Temporalis*. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Ano I, n. 1 (jan/jun. 2000). São Luís: ABEPSS, 2007.

DIEZ, A. Novos Dilemas, velhos discursos: direitos sexuais e reprodutivos na Argentina. In: *Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina*. Maria Coleta Oliveira e Maria Isabel Baltar da Rocha (Orgs). Campinas: Editora da Unicamp/Nepo, 2001.

Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro na Paraíba: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de João Pessoa e Campina Grande/[elaboração e execução do projeto Beatriz Galli...[ET AL]]. Recife: Grupo Curumim, 2010.

FAÚNDES, A. e BARZELATTO, J.. *O Drama do Aborto: em busca de um consenso*. Campinas: Editora Komedi, 2004.

MAY, T. *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. Trad. Carlos Alberto Silvino Netto Soares – 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MANDEL, E. *Introdução ao Marxismo*. Tradução de Mariano Soares. Porto Alegre: Editora Movimento, 1978.

MANDEL, Ernest. *O capitalismo Tardio*. 2.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MASSON, F. de M. A “Terceira Via” na Reforma da Saúde Pública Brasileira. In: *Temporalis*. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Ano I, n. 1 (jan/jun. 2000). São Luís: ABEPSS, 2007.

MENEZES, G.; AQUINO, E.. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. In: *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. Maria Isabel Baltar da Rocha (Org.); Regina Maria Barbosa (Org.). Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo, 2009.

MORTALIDADE MATERNA. In: *Toques de Saúde*. Rocha, Solange. Mulheres Negras. Vulnerabilidades e maternidade. Cunhã Coletivo Feminista. Nº 6, maio 2008, João Pessoa/PB.

OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. da. (Orgs). *Saúde reprodutiva na Esfera pública e política*: Campinas, SP: Editora da Unicamp, Nepo, 2001.

RODHEN, F. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídios no início do século XX*. Coleção História e Saúde, 20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SADER, Emir. *Estado e política em Marx: para uma crítica da filosofia política*. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 1998.



SANTOS, T. de F. (Org). *Saúde Sexual e Reprodutiva: uma abordagem multidisciplinar*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco: Editora Massangana, 2002.

VIANNA, M. L. W.. O Silencioso Desmonte da Seguridade Social no Brasil. *Política Social e Democracia*/Maria Inês Bravo, Potyara Amazoneida Pereira Pereira (organizadoras) – 4. Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

VIEIRA, V. *O que tem haver gênero com Tics?*. 2002. Disponível em: <http://www.redemulher.org.br>. Acesso em: 14 de dezembro de 2009.