



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**LUIZA LUSTOSA MIGAIRE**

**O ABORTO E SEUS CONTEXTOS**  
**Uma comparação entre Brasil e Cuba**

Brasília - DF

2017

LUIZA LUSTOSA MIGAIRE

## **O ABORTO E SEUS CONTEXTOS**

### **Uma comparação entre Brasil e Cuba**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social – SER/UnB, como requisito parcial de aprovação para a obtenção de título de graduação em Serviço Social, pela Universidade de Brasília – UnB, sob orientação acadêmica da Profª Drª. Silvia Cristina Yannoulas.

#### **BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dra. Silvia Cristina Yannoulas – Orientadora  
Departamento de Serviço Social – SER  
Universidade de Brasília – UnB

---

Profa. Dra. Maria Auxiliadora César  
Núcleo de Estudos Cubanos – NESCUBA  
Universidade de Brasília – UnB

---

Anabelle Carrilho  
Assistente Social e Doutora em Política Social  
Centrais Elétricas do Norte do Brasil – Eletronorte

Brasília, 27 de novembro de 2017

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer à minha professora e orientadora Sílvia C. Yannoulas por me apresentar o mundo do gênero, para além da minha cotidianidade.

Este trabalho não existiria sem a Iniciação Científica e o apoio da Bolsa Cnpq-Unb, além da grande contribuição que tive não só para a academia mas para a vida, do projeto “Políticas em Movimento e Saberes Situados: Desafios práticos e interesses estratégicos das latino-americanas no capitalismo (1995-2015)”, desde 2015.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram em todas as decisões que precisei tomar na vida e continuam persistindo no meu aprendizado e me obrigando a amadurecer. Agradeço ao trabalho incansável de vocês dois.

Aos amigos/as e companheiros/as que fiz dentro e fora da Universidade, obrigada por todos os momentos incríveis.

*Na luta feminista e anticapitalista, o aborto não é só um símbolo de proteção à saúde da mulher mas de autonomia individual frente ao patriarcado.*

## **Resumo**

Este trabalho apresenta a problemática do aborto, enquanto uma questão que perpassa os campos ideológicos da Família Patriarcal, da Igreja e dos discursos massivos presentes nas conjunturas políticas, para depois ser entendida enquanto elemento constituinte da cotidianidade das mulheres. Foi realizada uma comparação entre Brasil e Cuba, analisando como a problemática é tratada nos diferentes sistemas políticos – Socialismo e Capitalismo. As comparações entre períodos históricos, ideologias políticas, as contribuições dos movimentos feministas e outros contextos peculiares dos dois países foram explorados afim de compreender a problemática de forma estrutural. O aborto, no socialismo cubano, desde a sua legalização em 1965, vem impactando de forma positiva, principalmente nas taxas de mortalidade materna, além da garantia de autonomia e poder de decisão das mulheres sobre seus próprios corpos. Em contraponto, notou-se uma brusca queda nas taxas de natalidade e a frequente indução do aborto, principalmente por adolescentes, que poderia ser evitada de acordo com a adequada inserção de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva. No caso do Brasil, as políticas públicas para as mulheres sofreram alterações de acordo com períodos históricos e imperativos econômicos. Existem fases de avanços e retrocessos, como foi possível observar no processo de redemocratização do país, momento de ascensão dos movimentos sociais, onde o movimento feminista afirmou seus interesses e teve influência nas decisões, como na criação do PAISM, em 1983. Já no período de contrarreforma, nos anos 1990, houve uma descentralização e focalização destas políticas, prejudicando em vários níveis a atenção integral à saúde das mulheres. A legalização do aborto se revela enquanto um instrumento para a superação das desigualdades de gênero, na medida em que as mulheres são tratadas, através das políticas públicas, enquanto cidadãos e não enquanto mães/esposas, corroborando para a desvinculação das demandas da família com as demandas das mulheres, e da reprodução e maternidade com a sexualidade.

**Palavras chaves:** Aborto Provocado, Saúde Pública, Socialismo e Capitalismo.

## **Abstract**

This final paper presents the abortion problems as an issue that pass through the ideologic fields from the patriarchal family, the Church and the massive speech present in political conjunctures, so later could be understood as a constituent element of women's daily lives. A comparison was made between Brazil and Cuba, analyzing how the issue was dealt with in the diferent political systems – Socialism and Capitalism. In order to understand the problem in a structural way, comparisons between historical periods and between political ideologies were studied and the contributions of the feminist movements and all the peculiar contexts of the two countries were explored in this paper. The abortion, in Cuban socialism, since its legalization in 1965, has been positively impacting, especially in maternal mortality rates, besides ensuring women's autonomy and decision-making power over their own bodies. On the other hand, there was a sharp fall in birth rates and frequent induction of abortion, mainly by adolescents, that could be avoided according to the adequate insertion of public policies of family planning. In Brazil's case, public policies for women undergo changes according to historical periods and economic imperatives. There are phases of progress and setbacks, as was observed in the country's re-democratization process, moment of rise of social movements, when the feminist movement affirmed its interests and had influence in the decisions, as in the creation of PAISM in 1983. Yet, in the neoliberal period, in the 1990s, occured a decentralization and focusing on these policies, harming the health care for women at various levels. The legalization of abortion is an instrument of overcoming gender inequality because women are treated as citizens and not as mothers and wives through public policies. It is also linked to the untying of the family's demands of the women's demands and also the reproduction and motherhood with sexuality.

**Keywords:** Induced Abortion, Public Health, Socialism, Capitalism.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ADPF – Arguição de descumprimento de preceito fundamental

BDM - Biblioteca Digital de Monografias

CENEX – Centro Nacional de Educação Sexual

CNTS – Confederação dos Trabalhadores na Saúde

FLACSO – Faculdade Latino-americana de Ciências Sociais

FMC – Federación de Mujeres Cubanas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Iniciação Científica

MINSAP - Ministério de Saúde Pública (Cuba)

Nescuba – Núcleo de Estudos Cubanos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNA – Pesquisa Nacional do Aborto

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNDS – Política Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

ProIC – Programa de Iniciação Científica

PSOL – Partido Socialismo e Liberdade

PTCC – Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SER - Departamento de Serviço Social

SIM – Sistema de Informação em Mortalidade

SPM – Secretaria Especial de Políticas para Mulheres

STF – Supremo Tribunal Federal

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TEDis – Grupo de pesquisa da Universidade de Brasília “Trabalho, Educação e Discriminação”

UnB – Universidade de Brasília

## Sumário

|  |    |
|--|----|
| Introdução.....  | 9  |
| Capítulo 1 – Antecedentes necessários para a compreensão da problemática do aborto.<br>..... | 14 |
| 1.1 A origem da família e da desigualdade de gênero .....                                    | 14 |
| 1.2 A posição histórica da igreja frente ao aborto .....                                     | 18 |
| Capítulo 2 – Cuba.....   | 21 |
| 2.1 Conjunturas Históricas .....   | 21 |
| 2.2 Panorama da saúde reprodutiva e sexual da mulher.....                                    | 22 |
| 2.3 Contextos atuais.....  | 25 |
| CAPÍTULO 3 – Brasil.....   | 28 |
| 3.1 Conjunturas históricas .....   | 28 |
| 3.2 Panorama da saúde reprodutiva e sexual das mulheres .....                                | 32 |
| 3.3 Contextos atuais.....  | 35 |
| CAPÍTULO 4 – Discussão: Capitalismo e Socialismo no escopo do aborto.....                    | 38 |
| Considerações finais.....  | 42 |
| Referências .....  | 45 |

## Introdução

Este trabalho tem por **objetivo** realizar uma argumentação crítica acerca da questão do aborto no Brasil e em Cuba, comparando estes países no que se refere às formas de sistemas políticos, ideológicos e conjunturas históricas, que são de fundamental importância para compreender a prática e a implementação legal do aborto induzido no contexto da saúde pública.

A palavra aborto vem do latim e deriva da palavra *aboriri*, que significa “perecer”. “*ab*” significa distanciamento e “*oriri*” nascer, ou simplesmente, distanciar o nascimento (Koogan e Houaiss, 1999). A prática de aborto induzido é antiga e conhecida em todas as épocas e culturas (Marques e Bastos, 1998).

Segundo a World Health Organization e Guttmacher Institute (2007) estima-se que uma em cinco gravidezes terminam em aborto no mundo. Aproximadamente 1/3 do número total de gravidezes são indesejadas e 20% destas acabam por se findar no aborto. Anualmente, morrem 529.000 mulheres em média no mundo, de causas relacionadas a gravidez e 13% destas mortes estão relacionadas ao aborto inseguro (Fleischer, 2009).

Os números nacionais acompanham a lógica mundial. Segundo a Pesquisa Nacional do Aborto de 2016 – PNA 2016 quase uma em cada cinco mulheres já realizaram pelo menos um aborto ao longo de sua vida reprodutiva (19%). A PNA ainda nos mostra um comparativo entre 2010 e 2016, com dados semelhantes, onde os índices de aborto permanecem praticamente inalterados. Esta pesquisa nos sugere uma continuidade da prática independente das conjunturas sociais, políticas e morais, ainda que estas tentem barrar a prática ao longo da História. A estrutura dos determinantes relacionados ao aborto é rígida e pode ser tomada como uma característica que pouco se altera. Esta é uma questão que chama atenção não só por sua magnitude, mas também por sua persistência (Diniz et. al., 2017).

De acordo com Sorrentino (2001) os países da América Latina estão entre os que possuem as legislações mais restritivas em relação ao aborto e apresentam, ao mesmo tempo, um elevado número destes, realizados de forma clandestina. Os comitês de mortalidade materna também nos trazem o dado de que cerca de 28 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou puerpério na América Latina. Cerca de 98% dessas mortes poderiam ser evitadas se as condições de saúde locais fossem semelhantes às dos países desenvolvidos (Brasil, 2002).

A **justificativa** para a realização deste trabalho se dá, primeiramente, pela participação no grupo TEDis desde o ano de 2015, no projeto de pesquisa “Políticas em Movimento e Saberes Situados: Desafios práticos e interesses estratégicos das latino-americanas no capitalismo (1995-2015)”. Dentro deste projeto, foram realizados dois planos individuais de trabalho através do programa de iniciação científica (ProIC), abordando as categorias “necessidades práticas” e “interesses estratégicos”. O primeiro deles consistiu em uma análise das produções acadêmicas que utilizam estas categorias em alguns países da América Latina, revelando um maior número de trabalhos voltados para a área da saúde da mulher (Migaire, 2016). O segundo é composto pela reanálise da pesquisa realizada por Villar (2014), buscando compreender as demandas de movimentos feministas na América Latina, seus ideários e lutas políticas e a transformação contínua das necessidades práticas em interesses estratégicos (Migaire, 2017). Novamente, neste estudo, a questão da saúde das mulheres e do aborto revelou-se crucial.

Molyneux (2003) caracteriza as **necessidades práticas** e os **interesses estratégicos** como categorias com especificidades que as diferenciam. As necessidades práticas das mulheres decorrem da “divisão sexual do trabalho tradicional, condições que possibilitam a realização das tarefas a elas socialmente atribuídas, tais como cuidar das crianças, idosos e doentes, manutenção das redes familiares, entre outras” (Yannoulas, 2015). Já os interesses estratégicos são derivados da crescente tomada de consciência das mulheres sobre as estruturas patriarcais, são interesses de coletivos feministas, que objetivam a horizontalidade de gênero em todos os contextos sociais.

Para as autoras que utilizam essa distinção, questões decorrentes da divisão sexual do trabalho e da reprodução humana são as chaves para compreender a passagem de necessidades práticas para interesses estratégicos. O que nos habilita a recortar nosso objeto de estudo em torno do aborto como questão de saúde pública.

Tendo as categorias como base, podemos analisar o aborto de diferentes formas. Ele pode ser considerado uma necessidade prática do ponto de vista emergencial das mulheres que precisam realizá-lo de qualquer maneira, e irão achar formas (inseguras) para isso. Suas posições subalternas continuam intactas. Do ponto de vista do interesse estratégico, observamos o aborto como pauta, cada vez mais debatida, dentro dos movimentos feministas, das universidades, das plenárias, que procuram estratégias para pressionar a inserção da temática nas agendas governamentais de forma positiva à legalização.

A questão é necessária para se pensar sobre a construção da autonomia das mulheres, entendendo o feminismo como um sujeito coletivo, que agrega mulheres de várias raças, etnias, classes sociais, que se aglomeram em uma única e inabalável demanda (Gurgel, 2015).

Em Cuba, o aborto legal teve impacto, principalmente, nas taxas de mortalidade materna, traumas e sequelas provenientes da falta de segurança das opções clandestinas que encontramos principalmente nos países em desenvolvimento, e, em conjunto com outros fatores, no declínio da fecundidade. Na perspectiva do ideário socialista, compactua-se com a garantia de autonomias individuais e é de interesse deste sistema oferecer novas possibilidades às mulheres, rompendo com antigos paradigmas impostos pela lógica capitalista, mas apenas a implementação do aborto legal, não é capaz de sanar totalmente as demandas das mulheres pela igualdade de gênero. Pateman (2006) também nos traz a reflexão de que, mesmo em países que adotaram o Estado de bem-estar social, no escopo do capitalismo recente, as políticas de proteção voltadas às mulheres, apesar de garantirem direitos inexistentes antes, não condizem com a ruptura dos padrões de subordinação e exploração enraizados pelo poder patriarcal. Nessa perspectiva, as políticas sociais voltadas para a demandas das mulheres, sanam necessidades práticas, mas não necessariamente, estão voltadas para os interesses estratégicos.

As **questões que orientaram** o Trabalho de Conclusão de Curso foram “por que é necessário se repensar sobre a questão do aborto enquanto uma questão de saúde pública no Brasil?” Por que o aborto, sendo uma necessidade cotidiana e um interesse estratégico das mulheres, é renegado pela nossa legislação e tido como uma transgressão moral e legal? Existe alguma relação entre aborto, sistema político e saúde pública?

Documentos como a Cairo 94, discutido na “Conferência Internacional de População e Desenvolvimento” e Beijing 95 na “Conferência Mundial sobre a Mulher”, aprovadas pela Organização das Nações Unidas – ONU, admitem o aborto como um grave problema de saúde pública e recomendam a reconsideração de leis formuladas com medidas punitivas contra as mulheres (Marques e Bastos, 1998).

Passados mais de 20 anos das conferências, as mulheres brasileiras e da maioria dos países da América Latina continuam abortando de forma clandestina, precária e insegura. Embora o debate acerca do aborto seja extremamente necessário, as organizações governamentais pouco ou nada se manifestam em relação à legalização/descriminalização da prática.

Quanto ao **método** se fez necessária a utilização do materialismo dialético de Marx, a fim de compreender a temática em seu real significado, dentro dos sistemas em que está inserida, aproximando-a com as perspectivas de contradição, historicidade e totalidade.

Os estudos de gênero também são importantes para esta pesquisa, cujo foco se dá, principalmente em relação ao estudo *das* mulheres e *pelas* mulheres (Narvaz e Koller, 2006), únicos sujeitos capazes de falar com convicção sobre suas verdadeiras demandas.

Corrêa (2001) enfatiza que os estudos de gênero, em ascensão na década de 1990 foram impulsionados pelos movimentos feministas que ganharam força em meados dos anos 70, sendo necessário também ressaltar a impossibilidade destes estudos sem seu entrelaçamento com a dimensão política, que tem fortes relações com a luta das mulheres e o feminismo. Estes estudos têm como finalidade contextualizar de forma mais adequada a historicidade dos fatos, levando em conta aspectos cruciais não contemplados por produções acadêmicas tradicionais.

Entender o feminismo dentro do escopo do método materialista dialético é entender que a luta das mulheres caminha paralelamente com a luta de classes, ou seja, não só busca a emancipação feminina, mas também resiste contra todos os mecanismos de desigualdade social.

A Revolução Cubana (1959) também serviu como inspiração para movimentos sociais e feministas emergentes em países vizinhos. Nesse mesmo espaço temporal, o questionamento sobre a ideologia do capitalismo se fez presente de forma mais significativa na América Latina. A partir deste pressuposto, surgiu o interesse em realizar este estudo de caso comparado entre Brasil e Cuba.

Com relação aos procedimentos metodológicos:

“A Técnica está relacionada ao modo de realizar a pesquisa, à coleta de dados, ou seja, refere-se à prática da pesquisa. A técnica são os princípios e as normas que auxiliam a aplicação do método. Método é o caminho que se segue mediante uma série de operações e regras aptas para alcançar um resultado que se tem em vista; técnica, por sua vez, é a forma utilizada para percorrer esse caminho (Henriques e Medeiros, 2000, p. 23).”

Para realizar este estudo, foi feita uma pesquisa documental e bibliográfica, a fim de captar os momentos históricos, posicionamentos governamentais, que corroboram para entendermos a problemática em sua totalidade.

O primeiro capítulo deste trabalho consiste no resgate histórico das questões de gênero relacionadas principalmente a organizações familiares, ao patriarcado e às noções religiosas. Em suma, nas conjunturas históricas que foram determinantes para a perda da autonomia individual da mulher. No segundo capítulo, organizarei a problemática do aborto em Cuba, na conjuntura do socialismo e suas peculiaridades. No terceiro capítulo farei o mesmo, com o enfoque no sistema capitalista do Brasil. Após estes recortes, poderemos analisar com mais clareza a problemática sugerida.

## Capítulo 1 – Antecedentes necessários para a compreensão da problemática do aborto.

### 1.1 A origem da família e da desigualdade de gênero

A reprodução humana é a base das relações sociais entre gêneros e é através destas que se operam as formas de controle sobre a mulher (Silva, 2012). Segundo Soffer (1992) a divisão sexual do trabalho e seus desdobramentos sociais começaram a se desenvolver na transição da Era Paleolítica Média para a Superior. Marx e Engels (1846) também nos trazem a reflexão de que a primeira divisão de trabalho é aquela advinda da procriação, estabelecendo papéis sociais de gênero.

Historicamente, os primeiros escritos que temos sobre o aborto datam da época de 1700 antes de cristo, no código Hammurabi. O aborto, neste documento, é considerado um crime contra os interesses do pai/marido. Deixava-se claro que o homem era prejudicado economicamente pela prática (Prado, 1991).

As transições temporais, as mudanças nas organizações familiares, como descreve Engels (1884) são imprescindíveis para que possamos compreender a posição que a mulher tem hoje na sociedade.

A desvalorização da mulher na família é datada desde o período da barbárie, se potencializando na civilização, com a disseminação da lógica patriarcal e o desenvolvimento do capitalismo. Para que possamos entender melhor este processo de desvalorização, e conseqüentemente, da perda de direitos, inclusive sobre nossos corpos, é necessário que entendamos toda a complexidade que nos permeia.

Engels (1884) categoriza muito bem as fases do processo de desvalorização da mulher, onde descreve a primeira organização familiar como "**Família Consanguínea**". Nesse tipo de família, os indivíduos relacionavam-se livremente e, ao longo do tempo, apenas com todos aqueles de uma mesma geração. Por exemplo: Todos os pais e mães de uma mesma geração poderiam se relacionar entre si. Os filhos destes, se relacionavam, excluindo apenas as relações com seus antecessores e sucessores. Os irmãos consanguíneos, nesta época, não se excluíam de relações carnis, não haviam distinções de parentesco, a não ser de seus antecessores e sucessores. Não há relatos sólidos para se provar esse tipo de organização familiar, sendo apenas sugestiva a sua existência devido ao sistema de parentesco havaiano, que expressa determinadas

relações que só poderiam ser explicadas com sua origem baseada na família consanguínea.

A próxima família que Engels descreve é a “**A Família Punaluana**”. O que a difere da lógica familiar anterior é a exclusão de irmãos uterinos nas relações carnais. Logo, o tronco dessa família, o elemento central e determinante para a diferenciação entre indivíduos, era a mãe, e todo poder era remetido a esta mulher. A única certeza de laço familiar se dava pela origem uterina, reconhecendo-se então, apenas a linhagem feminina/matriarcal. Entre os grupos matrilocais como Pueblo, Iroquis, Crow e outros grupos indígenas americanos, a mulher podia terminar qualquer relação conjugal quando achasse necessário, sem mais delongas.

"Eles exerciam pouco ou nenhum controle sobre o corpo da mulher ou das crianças, não havia fetiches sobre a virgindade ou castidade, e não havia exigência de exclusividade sexual da mulher" (Miles, 1986, p.16)

Sugere-se que nesta época, que a mulher teria total liberdade e autonomia sobre seu corpo, independentemente de imposições alheias a ela. Ela ditava os próprios costumes, as regras societárias que condiziam com suas necessidades. O matrimônio por grupos depois foi visto para os missionários, como uma comunidade promiscua das mulheres. Esse peso nunca se recaiu sobre o homem, onde sabemos que após a fixação do patriarcado, teve mais liberdade em sua vida sexual do que a mulher.

“Entre todos os selvagens e em todas as tribos que se encontram nas fases inferior, média e até em parte superior da barbárie a mulher não é só livre como também muito considerada” (Engels, 1884).

Antropólogas como Eleanor Leacock (1978) e Mina Caulfield (1988) descrevem uma relação igualitária generalizada entre homens e mulheres na antiguidade. Esse tipo de lógica primitiva societária permite com que a mulher tenha papéis sociais de decisão iguais aos dos homens, sua importância não seria inferior a dele. Zerzan (2011) também afirma que houve um longo período na história em que a mulher não era, de modo geral, tão subordinada ao homem, antes que a cultura masculinamente definida se fixasse e se tornasse universal.

Engels (1884) também descreve que em algumas culturas, a questão da monogamia foi sendo progressivamente implementada na vida das mulheres mas isso não era de costume dos povos. Há práticas de poligamia ligadas a religiosidade, inclusive antes do casamento, principalmente percebidos entre povos asiáticos. Para outros povos, não existiam nem este disfarce religioso, os jovens que ainda não se

casaram desfrutaram de uma maior liberdade sexual até que se fixem em matrimônio. Os filhos que nascem dessas relações pré-casamento, são reconhecidos apenas na linhagem materna. Todas as responsabilidades e cuidados recaem sobre a mãe. E assim também se dava como regra no matrimônio por grupos ou, também chamada, família “punaluana”.

As uniões por grupo foram sendo, gradativamente, substituídas pela “**Família Sindiásmica**” que caracteriza, por muitas vezes, o fim do estado selvagem e o início da barbárie. Nesse momento, o elemento “pai” foi agregado de forma essencial no eixo familiar, sendo este o gérmen do patriarcado. Ele reivindicava a herança e a sucessão, atribuídas anteriormente, apenas a matriarca. A família se reduziu ao seu núcleo mais atômico: um homem e uma mulher e fez-se necessário a imposição da monogamia para que o homem obtivesse certeza da paternidade de seus filhos, embora, em várias culturas, a mulher tenha vivenciado sozinha a lógica da “fidelidade”. A principal marca dessa família é a “organização dos indivíduos livres e não livres, submetidos ao poder paterno de seu chefe” (Engels, 1884)

Dessa forma, o matriarcado se esvaiu juntamente com a ideia de comunismo familiar e casamento por grupos na mesma medida em que deu espaço ao patriarcado e ao matrimônio monogâmico, onde o homem também explora a mulher, como este é explorado por seu patrão, posteriormente, com o advento do capitalismo. Esta lógica enfatiza o controle do homem sobre a mulher em todos os âmbitos: da sua força e forma de trabalho às questões mais íntimas como a sexualidade e a maternidade (César, 2005). Este controle é decisivo para a perpetuação do poder patriarcal sobre a mulher.

Já se era percebido, nessa época, a influência da economia nas relações familiares, na verdade, sugere-se que as relações sexuais de caráter primitivo tenham se substituído devido ao desenvolvimento das condições econômicas (Engels, 1884, pág 56). Eram comuns o rapto e a venda de mulheres. A compra de mulheres podiam se dar de formas pouco explícitas, por meio de dotes, presentes ou favores à família da mulher. As relações matrimoniais são tão desvinculadas de sentimentos/afetos que as mulheres só vinham a conhecer seus respectivos maridos no ato do casamento ou pouco antes, quando estes já estavam arranjados através das relações entre clãs, algo que se é comum em alguns povos até os dias atuais.

Aos poucos, observou-se o “desmoronamento do direito materno, a grande derrota histórica do sexo feminino em todo mundo” (Engels, 1884, pg 61). Não se sabe exatamente em que momento histórico isso se inverteu, porém é inegável e eminente a

desvalorização da mulher, em diferentes culturas, variando em suas formas mas não em sua essência (Zarzan, 2011).

A divisão de tarefas, a definição de hierarquias dentro da família, constituem, quem tem o poder de mando sobre o outro, inclusive de seus corpos. A palavra final é dada pelo homem, que detém de voz e autoridade no seio familiar, no âmbito micro.

Essas relações, ao longo do tempo, começaram a atingir níveis macro, criando raízes através de normas sociais e religiosas, conseguindo chegar em níveis extraordinários, na forma de legislações, dando liberdade aos homens, como podemos tomar de exemplo, na época da Revolução Francesa, onde se foi outorgada uma lei por Napoleão, que os homens poderiam ter concubinas (exercer livremente sua sexualidade), apenas não sendo permitido leva-las até o seio familiar de seu matrimônio oficial. Já para as mulheres, dentro do capitalismo, nunca lhe foi permitido algo parecido.

Dando continuidade a esta lógica, a **Família Patriarcal/Monogâmica** surge e é marcada pela entrega do total poder familiar ao homem, que para assegurar a fidelidade de “sua” mulher e a paternidade dos “seus” filhos, pode a matar, por exemplo, exercendo apenas seu direito supremo. Esta é a última fase dos modelos familiares. Neste, a mulher não tem mais a autonomia sexual de que lhe era por direito em outras épocas. Ela se restringe enquanto posse de seu marido, onde fica, por muitas vezes, restrita ao espaço físico da casa. A própria palavra Família significa conjunto de escravos pertencentes à um homem e deriva do latim *Famulus*, que significa escravo doméstico. Os laços da família monogâmica parecem ser mais sólidos dos outros modelos pois não podem ser desfeitos por qualquer uma das partes. Esta fase surge sob a forma de sobreposição de um sexo sobre outro. (Engels, 1884).

Este modelo familiar se firmou na ideologia da propriedade privada deixando para traz a propriedade comum e primitiva. As relações já não eram espontâneas como antigamente, mas cerceadas por imperativos econômicos.

O capitalismo reafirma e reforça a posição subalterna da mulher. Pateman (2006) ainda nos ajuda a refletir, que mesmo em países capitalistas que adotaram o estado de bem-estar social, reafirmam a posição da mulher enquanto subalterna, na medida em que não garantem possibilidades enquanto cidadã, mas sempre como mãe e esposa, enquanto elemento constituinte da família. As políticas sociais de proteção são voltadas para a família patriarcal. Essa condição também nos faz refletir nas demandas das mulheres enquanto necessidades práticas, imediatas, que precisam ser sanadas sem retirá-las do espaço estruturalmente imposto.

Saffioti (1976) também nos traz um pouco do contexto da família patriarcal dentro do Brasil, onde a mulher branca, no período escravocrata, era submissa à um marido, proprietário de terras que detinha de todo poder de mando. As escravas estavam ainda em um patamar bem inferior à da mulher branca, sendo tratadas como um objeto sexual livre de matrimônios. O sexo se torna uma mediação importante para entender as relações, pois, mesmo após o advento da urbanização, as mulheres continuaram a ser propriedade do homem. A posição social da mulher é determinante para a reprodução e manutenção das relações na sociedade capitalista.

Segundo Del Priore (2000) a constituição da família brasileira crescer sobre a égide da escravidão e da exploração. Esta lógica hierarquizante acentua ainda mais as relações de dominação e subordinação de gênero, que contribui para o ideário tradicional da mulher submissa, mãe e procriadora.

## **1.2 A posição histórica da igreja frente ao aborto**

Ao contrário do que se pensa, a igreja nem sempre foi totalmente contra o aborto e houveram muitas divergências nos discursos, ao longo do tempo. Nos primeiros séculos da cristandade (até 600 dc), a igreja pretendia separar as suas crenças do “mundo pagão”, começando a desenvolver ideias próprias em relação ao corpo e se opondo às práticas de outras religiões.

Data-se o primeiro documento da igreja católica, em que se fala sobre o aborto, por volta dos anos 100 da era cristã. Tal documento é conhecido pelo nome de “Didache” que tem em suas escrituras: “Não matarás o feto, nem destruirás a criatura recém-nascida”. Nesta época, o aborto já estava interligado, no ideário social, com a prática de adultério, ferindo os preceitos da família monogâmica e patriarcal. O aborto então se torna pecado, pois este se dava, segundo vários escritos antigos, afim de ocultar evidências de fornicção (Hurst, 1992).

Tempos depois, surgiria o debate do aborto em meio aos teólogos, dentre estes, S. Agostinho, que publica o “Enchiridion”, onde diferencia os fetos formados plenamente daqueles que não estão, ou seja, ele tem o objetivo de diferenciar quando exatamente o feto toma a forma humana, não considerando o aborto, no início da gestação, como um homicídio. Essa diferenciação sobre fetos formados e não formados foi chamada de “hominização retardada”. Os escritos de S. Agostinho influenciaram expressivamente a

posição ideológica da igreja naquela época, que teve um posicionamento mais brando em relação às práticas (Hurst, 1992).

A colocação de S. Agostinho, traz à tona muitos debates, sendo discutidos, implicitamente, até os dias atuais, na forma de “hilomorfismo”, ou seja, na separação do corpo com a alma. O que se é discutido nesse sentido é, em que momento, o feto passa a ser um indivíduo.

Na idade média, o aborto foi tratado de formas diferentes, de acordo com a cultura local, mas esteve perpassado, por muitas vezes, pelo ideário de relações sexuais ilícitas. No ano de 1140, algumas leis canônicas foram agrupadas mas não expressavam com segurança a opinião da igreja católica em relação ao aborto. Em determinada parte dos escritos se dizia que “o aborto é homicídio apenas quando o feto já se formou” e em outra parte deixou-se registrado que a prática condizia em “satisfazer a luxúria e o ódio premeditado” (Decretum “Si Aliquis”). Nesta mesma época, também surge um grande influenciador, S. Tomás de Aquino, que, assim como S. Agostinho, defendia a concepção hilomórfica, de separação corpo/alma, que chegou a ser teoria dominante na teologia do período medieval (Hurst, 1992).

As posições da Igreja em relação ao aborto foram sendo tomadas de acordo com o momento histórico em que se estavam sendo vividos. O corpo da mulher ficava sujeito à estas, pouco importando as suas reais demandas, lhes cabendo apenas acatar as regras sociais.

Isso ficou mais claro a partir da era pré-moderna (1500-1750), onde nós podemos ter mais contato com os acontecimentos. Em 1588, o Papa Sixto V tenta conter as divergências, definindo o aborto como pecado mortal e crime civil. Hurst (1992) afirma que esta posição se deu devido à preocupação na época, em conter a prostituição em Roma. É necessário também salientar a forte aliança entre Estado e Igreja, em vários momentos da história, onde pecado religioso e crime civil se fundiam. Logo depois, em 1591, o papa Gregório XIV deixou claro que a posição de seu antecessor foi muito severa, onde ficou-se adotada a hominização retardada até 1869.

No ano de 1869, Pio IX publica a “Apostólica Sedes” que foi de suma importância para a ideologia cristã até então. Este papa defende que todo aborto é homicídio. Esta declaração foi o primeiro apoio implícito da Igreja a teoria da hominização imediata, ou seja, o feto é considerado um ser humano desde a sua concepção. E em 1917, recebe apoio implícito do novo código da lei canônica, primeira alteração feita desde a época de Gracián (1140). Não houve contrapontos importantes colocados por teólogos, na

época, além da centralização do poder da igreja no papado, dificultando a posição de divergências (Hurst, 1992).

Esses acontecimentos influenciaram de forma direta na ideologia cristã que conhecemos nos dias atuais, acerca do aborto. Em 1968, Paulo VI declara “preocupação com a vida humana”, baseando-se na relação sexo/procriação.

Para Nunes (1994), no Brasil, apenas na época da ditadura militar, a hegemonia católica, no que diz respeito à sua influência no campo da orientação sexual se vê ameaçada. Isso se dá pela criação de políticas de controle de natalidade, além da efervescência de movimentos feministas. A igreja católica se viu obrigada à uma maior permissividade em relação aos métodos contraceptivos (exceto os métodos abortivos).

Outro marco importante, podendo ser analisado como símbolo da desvinculação Igreja/Estado, foi a legalização do divórcio em 1977. Esta foi uma grande vitória para as mulheres, no quesito de se livrar das amarras de exploração e opressão no seio familiar. Segundo Lorea (2006) a legalização do divórcio se constitui enquanto um gigantesco passo para a garantia das liberdades laicas do país. O debate de ruptura com o modelo vigente patriarcal começava a ser levantando, onde temas referentes a sexualidade e a mulher como chefe de família vinham sendo trazidos à tona.

Vale também salientar a conveniência do Estado em transferir responsabilidades à Família e a Igreja, de acordo com determinado momento histórico, inclusive, de acordo com condições econômicas. As questões relacionadas a sexualidade da mulher são consideradas de âmbito privado, mesmo que envolva questões gravíssimas em relação à saúde, como é o caso do aborto inseguro.

## Capítulo 2 – Cuba

### 2.1 Conjunturas Históricas

Antes da revolução cubana, o aborto somente era permitido em decorrência de estupro, risco de morte da mulher ou razões de doenças hereditárias, embora as mulheres cubanas utilizassem usualmente o aborto através da clandestinidade. O acesso ao procedimento era totalmente permeado pelas questões de desigualdade social e econômica. Um aborto seguro só era possível de ser realizado por mulheres de classe média-alta que poderiam sair do país para realiza-lo ou pagar o procedimento em clínicas exclusivas na ilha (Álvarez, 2004).

Em 1961, Cuba adquire caráter socialista e desde o início do processo de revolução, houve um reconhecimento por parte do Estado, que as mulheres cubanas passavam por opressões provenientes do antigo sistema (César, 2005).

Neste mesmo ano, existem avanços na prática do abortamento seguro, por parte do Estado. O Ministério de Saúde Pública (MINSAP) adota uma flexibilização ao código de defesa social vigente e se amplia o acesso ao abortamento seguro em todos os hospitais de do Sistema Nacional de Saúde (Avich e Vazquez, 2012).

O que se tem datado em relação aos movimentos feministas em Cuba é que foram presentes no período pré-revolucionário e tiveram contribuições admitidas e documentadas, adquirindo um valor simbólico aos eventos que se sucederem (Alfonso, 2017). Nessa época, as mulheres se aglutinavam em diversos movimentos e podemos citar alguns que tiveram maior visibilidade: a unidade feminina revolucionária (que abrangia um notável número de campesinas que participaram no processo revolucionário), a coluna agrária, brigadas femininas revolucionárias, grupo de mulheres humanistas e etc.

Com a ascensão da revolução, os movimentos se reverteram em uma única frente: a “Federacion de Mujeres Cubanas” (FMC). Desde sua criação, a FMC tem um importante papel de conexão entre as mulheres, o Estado e a sociedade. Em relação à saúde reprodutiva e sexual da mulher, cria as “casas de orientación a la Mujer y la Familia”, que se configura como um espaço de diálogo e atenção em relação as necessidades das mulheres, modificando condutas estereotipadas na família.

Em 1962, na conjuntura revolucionária, se realiza o primeiro congresso da FMC onde se discute abertamente sobre a ruptura com o “feminismo capitalista”. Este não se encaixava nos novos padrões sociais.

A legalização do aborto até a 10 semana de gravidez ocorreu em 1965, como prática livre mediante alguns requisitos: a mulher deve decidir, o procedimento terá gratuidade e deverá ser realizado em um hospital público por um profissional competente. Segundo o código penal de 1978, artigo 320, o aborto é criminalizado apenas quando é feito fora das instituições estabelecidas, cometido por fins lucrativos ou realizada por uma pessoa não médica. Os artigos 321, 322, 323 e 324 protegem a mulher e asseguram a penalização daqueles que agem na clandestinidade do aborto, causando mazelas à integridade desta.

Em 1975, no primeiro Congresso do Partido Comunista de Cuba, foi elaborado e discutido também pela FMC, o **código da família**, que atingiu elevados níveis de visibilidade e discussão acadêmica. Este tem por objetivo principal a interação livre de subordinação entre mulheres e homens. Foi amplamente introduzido em centros de trabalho, bairros e casas cubanas e foi importante para aproximação popular com as questões de gênero. Embora esclareça a igualdade de direitos e deveres, o código não foi totalmente eficiente para a ruptura de paradigmas sexistas mais estruturais. César (2005) explica que isso se dá devido ao processo de transformação de consciência ser mais lento que o processo de revolução, exatamente pela sua historicidade.

Em alguns discursos de Fidel Castro na década de 1990, ao falar sobre o aborto, toca-se no tema de “direito e liberdade”, porém sem mencionar o feminismo. No período atual, existe uma ausência de um movimento feminista estruturado, embora existam momentos históricos que mulheres precisaram exercer seu direito à voz para fazer a ponte de suas demandas no campo político do país.

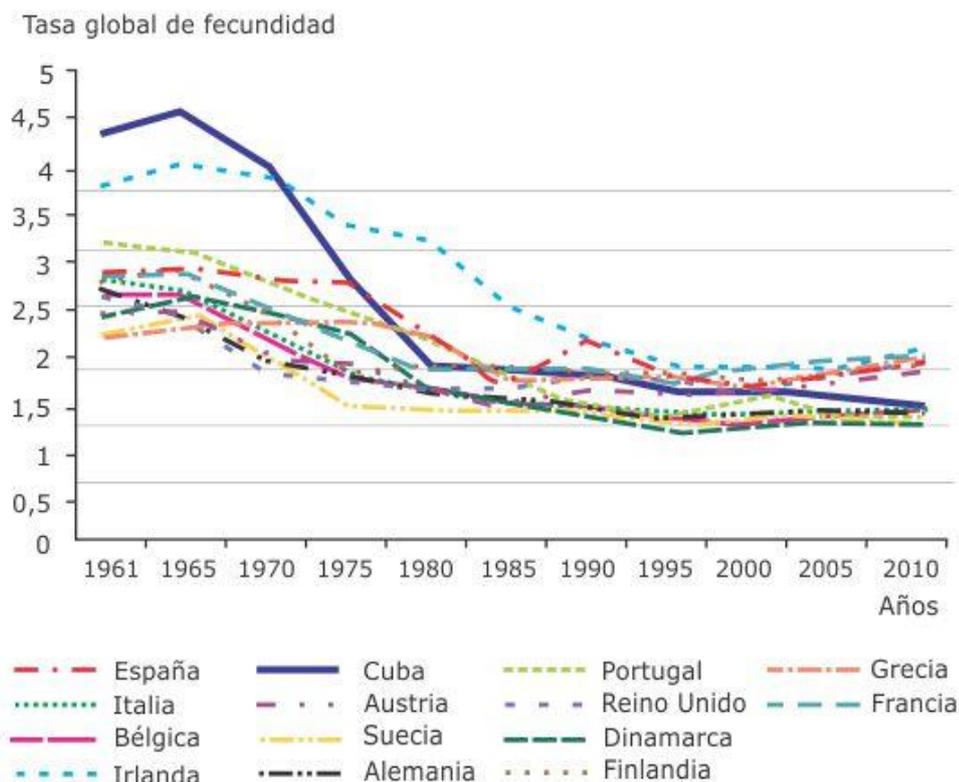
## **2.2 Panorama da saúde reprodutiva e sexual da mulher**

Nos anos seguintes à revolução e com a legalização e garantia ao aborto seguro, observou-se uma queda na taxa de fecundidade e na redução no índice de mortalidade materna. Outros índices tiveram alterações, mas estes dois irão servir de base para comparações com o Brasil.

A taxa de **fecundidade** expressa o nível médio de filhos que uma mulher tem ao longo de sua vida reprodutiva. Em 1965, uma mulher cubana tinha, em média, 4,62 filhos, começando nesta época um declive acentuado até o ano de 1980, que, neste ano, apresentou uma taxa de 1,89 filhos por mulher. A partir de 1995, houveram poucas alterações, se estabilizando até os dias atuais e chegando ao número de 1,61 filhos por mulher em 2015 (Banco mundial de dados).

É interessante também observar que havia um aumento da taxa de fecundidade entre 1960 (4,18) e 1964 (4,64) que começa a decair em 1965. Essa queda na taxa de fecundidade é resultado de diversos fatores, não só da inserção do aborto legal, mas de períodos de dificuldades econômicas, o crescente acúmulo de trabalho, dentro e fora de casa.

A taxa de fecundidade em Cuba é a menor da América Latina. O declínio da fecundidade nos anos pós-revolução é claro e reconhecida e é comparada com índices de países desenvolvidos como Suécia, Alemanha e Dinamarca, mas não necessariamente expressa um fator positivo, pois não alcança níveis de reposição, ocasionando o envelhecimento da população. Vide gráfico:



Fuente: Datos Banco Mundial.

**Fig. 2.** Promedio de hijos por mujer, países de la Unión Europea y Cuba, 1961-2010.

(Extraído de Alvarez et. al., página 826, 2013)

Desde os anos 2000, a idade média para se ter filhos em Cuba é de 26 anos, embora ainda sejam altas as taxas de gravidez na adolescência (Alvarez et. al., 2013).

Já taxa de **mortalidade materna** começou a cair no início dos anos 1970, se estabilizando na década de 1990. Atualmente, independente dos riscos que o aborto possa implicar, sua prática em Cuba é segura, dada a forma em que se realiza e as regulações que a sustentam, se expressando também como um auxiliador no declínio da morte materna. (Álvarez, 2004) ainda afirma que os níveis de mortalidade materna em Cuba são baixos e sua medição é confiável. Em 2010, a taxa de mortes maternas era de 33.4 para cada 100 000 nascidos vivos (Cuba, 2012, pg. 196).

O índice de mortalidade materna é reconhecido como um bom indicador das condições de vida e do grau de desenvolvimento de uma sociedade (Brasil, 2004). Ele é contabilizado com a morte de mulheres durante o período de gestação e até 42 dias após o término desta (Rede interagencial de informação para a saúde, 2008).

Os índices de natalidade também reduziram substancialmente de 1970 pra cá. Em 1970, tinha uma média de 27.7 nascidos vivos para cada 1.000 habitantes, em 2012 essa marca chegou na média de 11 (Cuba, 2012).

70% das mulheres cubanas em idade fértil, utilizavam, em 1993, algum tipo de **método contraceptivo**. Esta porcentagem só aumentou desta época para cá, atingindo a marca de 77.8% em 2012 (Calculado sobre um total de mulheres em idade fértil e com vida sexual ativa e/ou que se declaram casadas) (Cuba, 2012).

Segundo o anuário estatístico de saúde de Cuba (2012), as taxas de aborto são altas. Em 1986 chegou à sua marca máxima com o número de 49.1 abortos para cada 100 mulheres grávidas. A partir deste ano, esse número foi diminuindo gradativamente, embora haja oscilações, chegando a 39.7 em 2012. Em 1986 foram realizados 160.926 abortos pelo sistema de saúde e em 2012, 83.682.

### 2.3 Contextos atuais

O aborto é constantemente usado pelas mulheres cubanas. Álvarez (2004) no traz o dado de que a contracepção e a interrupção voluntária de gravidez constituem os principais métodos para a regulação da fecundidade em Cuba.

No país, existe uma ampla cobertura de métodos contraceptivos, embora não satisfaça todas as demandas. Este fato contrasta com o alto número de realização de abortos. Isto expressa uma variedade insuficiente de métodos para satisfazer as especificidades femininas e o uso do aborto provocado como método regulador de fecundidade além da necessidade de um adequado planejamento familiar (Alvarez et al., 2013). Pode também sugerir uma falta de comunicação entre as demandas específicas das mulheres e os aparatos prestadores de serviços do Estado. Embora exista um alto índice de uso de anticoncepcionais, algumas pesquisas realizadas mostram que seu uso tem problemas de adequação e continuidade.

O aborto induzido é utilizado por mulheres cubanas de todas as idades, mas há um predomínio do uso pelas **adolescentes**, consistindo mais de um quarto dos abortos provocados (27%) do país em 2012 (Álvarez et al, 2013). As taxas de fecundidade e incidência do aborto são altas entre as adolescentes cubanas (Avich e Vazquez, 2012).

Foi constatado que 33% das adolescentes não usam nenhum tipo de método anticonceptivo, fator preocupante e determinante no número de abortos que é realizado

no país. Se estima ainda, que há 9% de necessidades anticoncepcionais da população não satisfeitas: esse número se refere às mulheres em idade fértil que não usam nenhum tipo de método mas pretendem adiar uma gravidez antes de interromper sua reprodução definitivamente. 26% de mulheres jovens, entre 15 e 24 anos, que iniciaram sua vida sexual sem utilizar nenhum método contraceptivo. Muitas vezes, o uso de métodos se iniciou após uma gravidez não desejada (Alvarez et. al. 2013).

Em 2012, a cada 1 000 mulheres em idade fértil, 26,5 já haviam realizado pelo menos um aborto (Anuario, 2012). Dentre as adolescentes (entre 12 e 19 anos), esse número se expressou em 40 (Alvarez, et. al, 2013)

A fecundidade em adolescentes é variante de acordo com o passar dos anos em Cuba, sugerindo uma maior atenção a reprodução e sexualidade destas. Vide gráfico:



Fuente: Anuarios Estadísticos de Salud.

**Fig. 5.** Tasas de fecundidad adolescente. Cuba. 1990-2012.

(Extraído de Alvarez et. al., página 829, 2013)

O sistema nacional de saúde procura de alguma forma diminuir as interrupções voluntárias de gravidez. Para que isso ocorra, se almeja uma maior ampliação e alcance de métodos contraceptivos, incluindo as pílulas do dia seguinte, que ainda são pouco conhecidas e utilizadas pelas mulheres cubanas, afim de diminuir as altas taxas de aborto decorrente de uma relação desprotegida.

Com o nível elevado número de realizações de abortos, e em grande parte por adolescentes, sugere-se que haja um maior investimento na busca pela conscientização da população acerca do problema. É necessário dar continuidade, nas melhoras dos

níveis de saúde alcançados, e em particular, do âmbito da saúde sexual e reprodutiva, devido ao seu significado humano. O aborto legal se torna um mecanismo importante para este âmbito, na medida em que praticamente elimina os riscos e sequelas que o aborto clandestino proporciona.

Atualmente, Cuba passa por um processo de atualização do modelo econômico afim de preservar as conquistas sociais, inclusive no setor da saúde (Alvarez et. al. 2013).

O CENEX (Centro nacional de educação sexual) em Cuba, tem trabalho na diminuição da incidência do aborto, principalmente em adolescentes, que durante a década de 80 aumentou a média de 44% (Flasco, 1992). Desde 1980 se observa que mais de um terço das gravidezes terminam em aborto (Vazquez, Avich, 2012).

Vazquez e Avich (2012) também chamam a atenção para a desresponsabilização do homem sobre a questão da reprodução da mulher. Eles não se sentem responsáveis pelas situações de abortamento induzido que recorrem as mulheres.

## CAPÍTULO 3 – Brasil

### 3.1 Conjunturas históricas

No Brasil colonial, tanto as mulheres indígenas quanto as portuguesas abortavam, e claro, de formas e razões distintas. Nessa época também era comum relações extraconjugais de colonizadores com mulheres nativas, que geralmente viviam em situações de pobreza, ruptura de relações familiares e abandono, o que ocasionou um aumento do infanticídio e do aborto (Venâncio, 2004).

As práticas abortivas dessa época eram das mais variadas e perigosas e as mulheres ainda não tinham acesso ao conhecimento sobre seus corpos, ingerindo bebidas duvidosas, e usando de materiais perfurantes e cortantes para a realização do aborto e “ao tentar livrar-se do fruto indesejado, as mães acabavam por matar-se. O consumo de chás e poções abortivas acabava por envenená-las” (Del Priore, 1993).

O aborto sempre foi um tema velado no Brasil, principalmente pela religiosidade cristã e a mulher, silenciada, diante de suas necessidades e de formas mais atenuantes as são marginalizadas através dos recortes de classe e raça.

Em 1930, o aborto é citado no código criminal como um crime contra a vida. Em 1890, previu-se a redução da pena para as mulheres que praticassem a pena afim de “ocultar desonra própria”, onde as questões morais e legais se atrelam, indiscutivelmente, de forma muito forte. Predebon (2007) assinala que nesta época, a conduta moral estava rigorosamente interligada com o papel social da mulher na família cristã.

No início do século XX as mulheres começaram a ter mais destaque e voz no âmbito social. Uma grande inspiração foi Bertha Lutz, que cria a liga pela emancipação da mulher em 1919, e a Federação Brasileira pelo progresso feminino em 1923. Com o aumento da urbanização, foi notável o contingente de mulheres que se ingressaram na esfera do trabalho (embora precarizado) como também na arte e na cultura, como podemos observar em 1922 na Semana de Arte Moderna, com Anita Malfatti, Tarsila do Amaral e Patrícia Galvão (Pagu). A ascensão das mulheres no âmbito social e no mercado de trabalho abre brecha para as possibilidades de debates e questionamentos de posições. As organizações feministas estavam geralmente associadas a movimentos anarquistas e socialistas da época (Bandeira, 2000).

Somente em 1940 se abre a exceção da prática para os casos provenientes de estupro ou risco de morte da mulher, mesmo que ainda haja uma condenação social implícita (e muitas vezes explícita) dada a influência da igreja católica e patriarcado dentro das relações sociais.

Até os anos 60, as lutas feministas voltavam seus olhares para as condições de cidadania política das mulheres, e partir desse momento é mais visível a emergência de questionamentos referentes a sexualidade e ao corpo feminino (Bandeira, 2000).

“Até a década de 1970, a saúde da mulher era compreendida como objeto das políticas públicas apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, enfatizando-se a visão da mulher como mãe” (Medeiros e Guareschi, 2009). A luta feminista pela descriminalização do aborto começa no escopo da ditadura militar (1964-1980) justamente no espaço temporal em que o aborto é legalizado em Cuba (1965).

É importante ressaltar, que no contexto dos anos 1960, existia uma ideologia expansionista onde se era de interesse do estado a garantia do crescimento populacional em função da proteção de fronteiras territoriais. A “defesa da família” aparece como componente ideológico de sustentação deste Estado, modelando as políticas pró-natalistas. A posição do Estado começa a se reverter nos anos 70 e alguns programas são criados e se dirigem ao controle de natalidade, como podemos citar, o Prevenção Saúde e o Pró-família em São Paulo (Nunes, 1994).

E é a partir desta década, que insere-se os estudos de gênero na academia, onde o aborto começa a ser debatido enquanto fator inerente à saúde pública. Estes estudos abriram brechas para constatar sua incidência correlacionada com pobreza e outros problemas sociais. Com a implementação da constituição federal de 1988, houveram enormes avanços provenientes da luta dos trabalhadores, mas nenhuma legislação se alterou acerca da problemática, embora seja garantido pelo SUS o abortamento seguro dentro dos casos legais. A legislação que trata o aborto data de 1940, nos sugerindo um enorme descaso por parte do Estado, que se mostra omissos e despreocupado com as verdadeiras demandas de saúde das mulheres.

Na esteira da constituição cidadã (1988) e da efervescência dos movimentos sociais feministas, estabeleceu-se o primeiro programa de assistência ao aborto, em 1989, em São Paulo. Este programa colocava em prática, o que já havia sido estabelecido por lei, de forma mais acessível para as mulheres.

Na década de 80 também foram criados os Comitês de Mortes Maternas com o objetivo de investigar as verdadeiras facetas deste problema, afim de diminuir a sua incidência. “Por diversas razões, o Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) não capta todos os óbitos maternos. Por isso, aplica-se um fator de correção buscando-se maior aproximação da realidade” (Brasil, 2004).

A saúde sexual da mulher estava em plena ascensão de debate, visto a legalização e a visibilidade em grande escala da legalização do aborto na França, em 1974, constituindo-se como o primeiro país católico a admitir a interrupção de gravidez. Vale lembrar que países com predominância de religião protestante legalizaram o aborto mais rapidamente, como EUA, Inglaterra e Holanda (Bandeira, 2000). A reflexão sobre a temática também acompanha a necessidade de desvinculação do Estado com a Igreja que teve influência em vários projetos e anteprojetos de lei nos anos 80 e início dos anos 90 (Barsted, 1992).

Inspirados na recente vitória do feminismo na França, surgem movimentos sociais feministas de importante visibilidade política no Brasil, lutando contra a estrutura familiar vigente, a favor da autonomia da mulher e da legalização do aborto. Processos similares ocorreram na maioria dos países latino-americanos (Bandeira, 2000).

Com o contexto do final do século XX no Brasil, de ascensão de movimentos e debates necessários à tona, a luta pela autonomia (e saúde) da mulher entra cada vez mais em conflito com as posições conservadoras alimentadas por séculos a fio, pela ideologia patriarcal, moral cristã e capitalista.

Como resultado da luta feministas, podemos citar a criação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher (**PAISM**) em 1983, elaborado juntamente com profissionais da área e trabalhadores do Ministério da Saúde. Segundo o documento da “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para a ação programática” (Brasil, 1985) o PAISM tem por objetivo “redirecionar a política de saúde da mulher, incorporando outras dimensões à assistência nitidamente biológica e voltada exclusivamente para a função da mulher de reprodutora dos corpos” (Fonseca, 1999).

O PAISM insere a acessibilidade aos métodos contraceptivos reversíveis às mulheres, embora tenha sofrido vários obstáculos de implementação ao longo da sua trajetória, como a difícil integralização com o SUS (Fonseca, 1999).

Com a contrarreforma presente na década dos anos 1990, o PAISM e o SUS tiveram sua convivência ainda mais complicada. Como lembra Sorrentino (1994) “o projeto neoliberal transformou a municipalização em acelerado processo de privatização

e desmanche do Estado, na medida em que desobriga o nível central de muitas de suas antigas funções. A crise e a ausência de verbas de prioridade para o setor social levam a problemas mais graves, e, não podemos nos esquecer de que é no contexto do SUS que se dá a luta pelo PAISM".

A inserção dos métodos contraceptivos inseridos pelo PAISM foram um marco importante para a desvinculação do sexo com a reprodução no escopo das políticas públicas de saúde. Sob essa perspectiva, rompia-se com o enfoque central dos programas de saúde materno-infantil anteriores para pensar na mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde, e nas questões referentes aos direitos reprodutivos (Medeiros e Guareschi, 2009).

A questão das possibilidades de orientações e métodos contraceptivos reversíveis oferecidos pelo PAISM são um grande avanço, mas não reduzem a necessidade das mulheres pelo aborto. Voltamos no debate trazido por Pateman (2006) que faz a reflexão sobre as políticas de bem-estar que melhoram a vida das mulheres mas não modificam estruturalmente a problemática. Vale também repensar sobre o acesso à informação, nem todas as mulheres conhecem e/ou tem acesso às políticas de distribuição de métodos contraceptivos, além destes, não atenderem amplamente à todas as especificidades e demandas das mulheres.

O PAISM foi base para a criação da Política Nacional de Atenção Integral a mulher (PNAISM), em 2004. O PNAISM nos traz a reflexão sobre a problemática do aborto e suas condições de risco no Brasil além discriminação e da violência institucional na qual as mulheres que abortam estão sujeitas. Segundo o documento, o aborto inseguro é acompanhado de complicações severas como perfuração do útero, infecção e hemorragia e os serviços de saúde não estão devidamente capacitados para receber este tipo de demanda (Brasil, 2004, pg. 31)

Os próprios documentos governamentais reconhecem a gravidade da situação para a saúde da mulher. A criminalização do aborto não é capaz de impedir que este aconteça, acarretando diretamente nas práticas inseguras. Para além disso, ainda acarreta na falta de preparação dos profissionais que se encarregam pela saúde da mulher. A PNAISM (2004) ainda nos traz o dado de que as complicações estão presentes em 20% dos abortos realizados em clínicas clandestinas e 50% nos domicílios.

### 3.2 Panorama da saúde reprodutiva e sexual das mulheres

No início dos anos 1960, uma mulher brasileira tinha em média 6 filhos. Essa taxa está em constante declínio até os dias atuais, e em 2015 chegou a marca de 1,78 filhos por mulher, com poucas oscilações na queda (Banco mundial de dados).

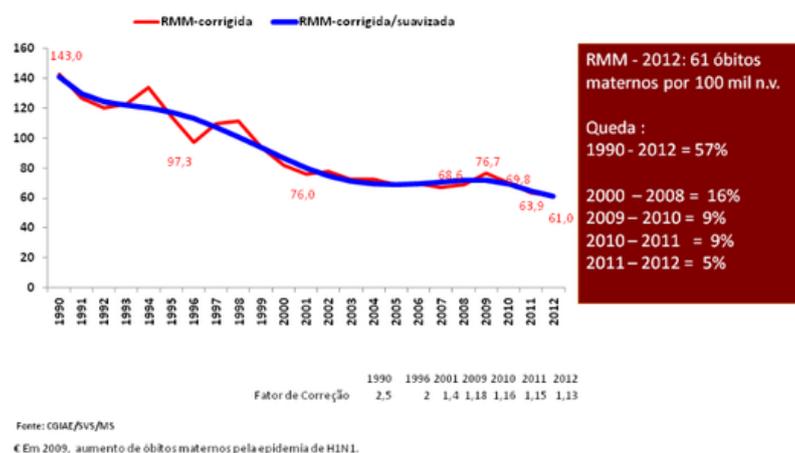
É importante salientar que as taxas de **fecundidade** sempre perpassaram por imperativos econômicos. Como supracitados no capítulo acima, existia um interesse do governo nas décadas de 60-70 de manter os níveis de nascimentos elevados. Depois disso, foram implementadas algumas políticas para racionar este contingente populacional, mas que não foram aplicados de acordo com as reais demandas de saúde das mulheres.

Acerca da **mortalidade materna**, o ministério da saúde (Brasil, 2002) admite que existam fatores que dificultam esse monitoramento. Um deles seria a subinformação, ou seja, o preenchimento incorreto das declarações de óbito, onde se omite que a morte teve causa relacionada à gestação.

Apenas em 1996 o Ministério da Saúde tem a iniciativa de modificar as declarações de óbitos maternos, a fim de identificar as reais causas. É importante destacar que as medições foram realizadas de forma mais satisfatória nas regiões sul e sudeste do Brasil, onde norte, nordeste e centro-oeste aparecem como regiões com dados precários relacionados a mortalidade materna. (Brasil, 2002)

Em 1990, a mortalidade materna chegava a marca de 143 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. Há um declínio durante todo este século, se estabilizando nos anos 2000, com poucas oscilações. Em 2012, chegamos à marca de 61 óbitos para 100.000. Vide gráfico:

Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nv),  
estimações pelo Ministério da Saúde. Brasil, 1990 a 2012



(Extraído de Ministério da Justiça e Cidadania, Brasil, 2014)

Segundo dados oficiais do Ministério da Saúde (2002, Brasil), o aborto clandestino é a causa de 11,4% das mortes maternas e 17% do total de mortes por razões obstétricas nas capitais brasileiras, sendo uma grande parcela, resultado do aborto induzido.

Ainda é necessário salientar que, em 2012, a maioria das mortes maternas em decorrência do aborto foram de mulheres pretas, seguidas de pardas e depois indígenas (Brasil, 2014)

O uso dos **métodos contraceptivos** atinge a marca de 80,6% em 2006 pelas mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) (Berquó et. al., 2008).

Esse expressivo número interfere diretamente na queda da taxa de fecundidade e na diminuição da média de filhos por mulher, que ocorreu em todas as classes sociais, embora ainda persistam muitas diferenças socioeconômicas. Mulheres de baixo nível de escolaridade e baixa renda ainda têm uma maior incidência de gravidezes não desejadas, reflexo de um acesso desigual à anticoncepção (Brasil, 2009)

A PNAISM (2004) nos traz a reflexão do pouco conhecimento sobre a diversidade de métodos contraceptivos pelas brasileiras. De acordo com o documento, os principais métodos conhecidos e usados eram, na época do estudo, a laqueadura e a pílula anticoncepcional. Outros métodos como hormônios injetáveis, condom, e

esterilização masculina, DIU, diafragma, métodos naturais, se mostraram pouco utilizados e menos conhecidos.

“A porcentagem de mulheres com necessidade insatisfeita de anticoncepção é de 9,3% na área rural e de 4,5% na área urbana. Essa situação contribui para a ocorrência de abortamentos em condições inseguras e conseqüentemente para o aumento do risco de morte por essa causa” (Brasil, 2004).

Segundo a PNDS (2009), os métodos não são utilizados de forma homogênea embora haja um aumento em relação ao conhecimento dos métodos contraceptivos em relação à década passada. Por exemplo, houve um aumento do uso da pílula, do condom e de outros métodos alternativos. E houve uma diminuição da abstinência periódica e do coito interrompido, considerados como métodos pouco confiáveis. Esses dados nos sugere que as mulheres têm cada vez mais tido acesso às informações relativas aos métodos contraceptivos.

Em uma pesquisa citada pela Faculdade Latinoamericana de Ciências Sociais – Flacso (1993, pg. 88) 15% de mulheres que estiveram grávidas nos últimos cinco anos em que esta foi realizada, declararam ter realizado pelo menos um aborto. Essa cifra não inclui o período anterior a estes cinco anos, nem as mulheres que morreram em decorrência do aborto, sobretudo, a dificuldade da declaração dos abortos por ser um tema velado. Todas essas considerações nos levam a indagação de um número bastante expressivo de abortos induzidos no Brasil.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013 2,1% das mulheres entre 18 e 49 anos já haviam provocado algum aborto durante a sua vida reprodutiva, variando de 1,0%, na Região Sul, a 3,0%, na Região Nordeste. Essa pesquisa foi realizada por meio de entrevistas face-a-face (IBGE, 2015).

As mulheres sem instrução ou com fundamental incompleto (2,8%), assim como aquelas com fundamental completo ou médio incompleto (3,0%), apresentaram maiores percentuais desse indicador se comparadas com as mulheres com instrução mais elevada. No que se refere à cor ou raça, a proporção de mulheres pretas (3,5%) que declararam ter tido algum aborto provocado foi maior que a observada para as brancas (1,7%) (IBGE, 2015).

Mas Diniz et. al. (2017), refletindo sobre o receio das mulheres ao falarem sobre a temática, realizou as PNA 2010 e 2016 através da técnica de urna, que permite coletar dados e ao mesmo tempo manter o sigilo sobre a identidade das depoentes. Os resultados da PNA 2016 mostram que quase 1 a cada 5 mulheres, aos 40 anos, já realizaram pelo menos um aborto. Seguindo essa lógica, em torno de 19% das mulheres já realizaram o aborto ao final de sua vida reprodutiva. A pesquisa também traz o dado de que as mulheres jovens são as que mais abortam, onde a maioria o realizou dentro da faixa etária de 12 e 24 anos de idade.

Ao comparar a PNA 2016 à PNA 2010, a proporção de mulheres que já realizaram o aborto praticamente não se alterou. Para Diniz et. al. (2017) o aborto não chama atenção somente pela sua magnitude, mas também por sua persistência.

### 3.3 Contextos atuais

A única mudança concreta que podemos ressaltar nas legislações relacionadas ao aborto induzido, se deu apenas em 2012, através da ADPF (arguição de descumprimento de preceito fundamental) de número 54, que permite e garante o aborto em casos de fetos com anencefalia, o que torna praticamente inviável a vida extrauterina. A proposta foi apresentada em 2004 pela CNTS (Confederação dos Trabalhadores na Saúde) e votada somente oito anos depois, nos sugerindo uma forte resistência por parte do Estado de discutir o assunto, principalmente devido às bancadas conservadoras. Essas bancadas entram em choque direto com os crescentes movimentos feministas, que exigem que a recorrente demanda seja tratada dentro dos aparatos políticos.

O aborto não previsto em lei, ou seja, não proveniente de estupro, feto com anencefalia e risco de morte materna, está inserido no código penal no campo de “crimes contra a vida” (artigos 124, 125 e 126) juntamente com o homicídio (art. 121), induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio (art. 122) e infanticídio (art. 123). É considerado um crime contra a vida, mas veja bem, contra a vida do feto, pois as mulheres continuam morrendo em decorrência de abortamentos clandestinos e inseguros.

Segundo Miguel et. al. (2017), o Brasil tem sofrido uma acentuação da **ofensiva conservadora** desde o início do século. Em 2014, reúne-se uma frente de 167

deputados contra a legalização do aborto (quase um terço da casa, que conta com 513 representantes). Nunca existiu organizações similares em prol da descriminalização.

Durante as eleições de 2014, foi recorrente campanhas políticas que aludiam os bordões de “direito à vida” e “defesa da família”. É interessante também lembrar os votos dos parlamentares em relação ao impeachment de Dilma Rousseff, aludindo suas escolhas em “prol da família e de Deus”, fazendo explícita referência à reafirmação dos costumes tradicionais.

Os bordões utilizados nos mostram que, mesmo dos dias atuais, onde os homens não são mais reconhecidos enquanto chefes familiares supremos, e a sociedade brasileira é considerada laica, os aparatos políticos ainda passam pela forte influência das ideologias conservadoras ligadas à igreja e à família patriarcal.

Frente as ofensivas conservadoras, houveram momentos de progresso e resistência que são importantes destacar: no âmbito judiciário, a decisão da primeira turma do STF pela não punibilidade do aborto nos primeiros três meses de gestação. Em sua esteira, no dia 6 de março de 2017, o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) entrou com uma ADPF para a legalização plena do aborto no Brasil.

Uma informação relevante que podemos ressaltar é a pesquisa realizada em relação ao aborto na favela Inajar de Souza em São Paulo. 375 mulheres foram entrevistadas e 51 destas declararam já terem provocado pelo menos um aborto. 93% destes abortos foram realizados dentro da própria casa da entrevistada, em locais com condições de higiene ou assepsia inadequada, e sem acompanhamento de profissionais: provocados pelas próprias ou com a ajuda de pessoas sem qualquer tipo de capacitação. A idade média em que realizaram seu primeiro aborto provocado foi de 21 anos, tendo sua primeira gestação na idade média de 17 anos. Apenas 33% destas mulheres abortaram em sua primeira gestação. 66% das mulheres abortaram posteriormente à sua primeira gestação. Esse fato nos mostra claramente a utilização do aborto como controle de fecundidade entre essas mulheres, bem como a falta de métodos contraceptivos e planejamento familiar adequados. Das mulheres que abortaram, 70% admitiu que não usava quaisquer tipos de métodos contraceptivos na época (Fusco et al, 2008).

Segundo a pesquisa, fica claro que os contextos em que o aborto acontece, variam muito de acordo com as condições de vida em que estas mulheres estão inseridas. No exemplo utilizado, a maioria das mulheres eram pobres e com pouca escolaridade, a maioria engravidou muito cedo e abortou somente após a primeira gravidez. A inadequação dos métodos contraceptivos se mostra evidente, nos sugerindo

a falta de um adequado planejamento familiar, formas de educação e conscientização sexual e etc.

Ainda segundo a pesquisa de Fusco et. al. (2008) a maioria das mulheres que induziram o aborto declaram tê-lo feito em decorrência de não terem planejado aquela gestação ou não desejavam engravidar novamente.

Diniz (2017) também afirma que a criminalização além de ser incapaz de diminuir o número de incidências do aborto também impede que as mulheres busquem o acompanhamento e a informação de saúde necessários em relação à estas.

Segundo Fusco et. al. (2008) as mulheres, em geral, recorrem ao aborto como uma forma de “planejamento familiar”. Mas sobre a incidência de complicações pós-abortamento, que levam à internação hospitalar, mais de 80% são mulheres pobres, que tinham por métodos práticas como as descritas anteriormente por esta mesma pesquisa.

A incidência do aborto provocado de forma insegura e seus desdobramentos de mortalidade materna e complicações encontra-se inerente ao contexto da desigualdade social.

Nos dias atuais, metade das mulheres que realizam o aborto provocado no Brasil utilizam medicamentos, geralmente, o misoprostol. Este, é recomendado pela OMS para a realização de abortos seguros previstos em lei, mas é comercializado na clandestinidade e utilizado em amplas escalas. Devido a este fato, as taxas de mortalidade materna são mais baixas, se comparadas a outras épocas, em que o misoprostol não era utilizado. Vale ressaltar que esta clandestinidade torna o medicamento vulnerável à imposição de preços exorbitantes e falsificações.

Segundo Diniz e Medeiros (2012) com entrada do cytotec em meados dos anos 1990 no Brasil, houve uma queda na mortalidade materna em decorrência do aborto, mas um aumento das internações hospitalares, a fim de finalizá-lo, geralmente com a curetagem. Este estudo ainda aponta que, entre as características mais comuns entre a primeira realização do aborto é que estas mulheres tinham menos de 19 anos, eram negras e já tinham filhos.

O argumento que sustenta a luta pelo aborto no Brasil, não é somente em relação à saúde da mulher, de forma geral. Ela acompanha um claro recorte de classe e raça, onde mulheres pobres e negras são as que mais perdem as suas vidas em clinicas clandestinas que não acompanhavam (e que ainda continuam assim) um padrão de atendimento seguro, porém, caro.

## **CAPÍTULO 4 – Discussão: Capitalismo e Socialismo no escopo do aborto**

Discutir a questão do aborto no escopo dos diferentes modelos ideológicos e políticos é discutir como são lidas e interpretadas as demandas. Em determinado momento, as políticas públicas parecem invadir as esferas “domésticas”, “sexuais” e etc. Mas será se estas atendem as reais necessidades presentes nestas esferas? Ou a atenção a estas necessidades são compatíveis com a dominação dessas esferas por um determinado modelo de controle social?

Fraser (1994) nos traz a reflexão do interesse do Estado em ser garantidor de políticas públicas, que sanam as demandas sociais. Mas quem lê e interpreta essas demandas, no capitalismo, é justamente a classe que conduz e se apossa do campo ideológico dos discursos de massa. Normalmente, as demandas são lidas como dadas, e não como problemáticas. Não são tratadas em seu campo estrutural, mas superficial, aparente.

Ainda segundo a autora supracitada, não só estão em campo de disputa, as políticas públicas, efetivamente. Mas também o espaço de voz, o campo ideológico, para dizer quais são as reais demandas que as políticas devem atingir.

Já o espaço de voz, de debate, não é importante somente para que se falem acerca das demandas, mas é um espaço de consciência *para si*, para a problematização, para a disseminação de conhecimento. A alienação advinda do capitalismo, afim de submeter a classe trabalhadora à reprodução da exploração e da subordinação, nutre o pensamento de que as reais demandas não são compatíveis com estas mesmas. Os próprios membros subordinados, absorvem interpretações sobre suas necessidades contrárias aos seus próprios interesses.

Para Fraser (1994) a real satisfação das necessidades só poderá ser efetivada mediante as seguintes revisões: quem as interpreta, em que perspectiva e em nome de quais interesses.

De uma forma geral, quando os aparatos governamentais tentam sanar determinada demanda através das políticas públicas, não exploram profundamente estas redes. O resultado desse processo leva à exclusão de importantes pontos que deveriam ser tratados, como a demanda pelo direito ao aborto seguro.

É necessário repensar acerca da verticalidade das decisões de políticas públicas, que são tomadas a nível central do governo. O que significa isso? Que não há

uma consideração profunda com as reais demandas das mulheres, pois não é a voz da categoria que é tomada enquanto palavra final de decisão acerca de como se efetivará a política pública.

O que acontece no sistema capitalista é que as necessidades das mulheres são interpretadas pela classe dominante, não obtendo respostas necessárias para sanar as reais demandas. Esta classe também domina os discursos políticos e ideológicos, a fim da manutenção dos privilégios e do sistema vigente. Vale a reflexão de que o patriarcado é fibra fundamental no tecido da sociedade capitalista, dando a garantia de que o corpo da mulher tenha papel definitivo na reprodução da classe trabalhadora, garantindo a sucessão e a permanência do sistema vigente.

A questão da interpretação dos fatos é de extrema importância. Do olhar sobre a problemática. Em Cuba, por exemplo, existem “Las guías metodológicas para la instrumentación de todos los tipos de terminación voluntaria del embarazo”, do ministério de saúde pública (MINSAP), onde somente os abortos espontâneos, levam o nome de aborto. Os abortos induzidos/provocados são chamados de interrupção de gravidez.

Para os abortos que ocorrem até os 45 dias de atraso menstrual, simplesmente, convém chamar de “regulación”. Até a décima semana de gestação, convém chamar de “legrado”. É necessária essa relação mais fluída e próxima, entre os discursos de saúde e a linguagem cotidiana. Até mesmo frente aos enfoques morais e religiosos, a retirada da palavra “aborto” se fez estratégica para o novo discurso de saúde pública. A própria palavra “legalização” foi substituída pela “institucionalização” da prática (Alfonso, 2016).

A institucionalização da interrupção voluntária da gravidez foi uma conquista da revolução cubana. Houve efetivamente a universalização deste direito no país, caminhando no eixo dos avanços em relação à integralidade de proteção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres mesmo que ainda falem “peças” a serem encaixadas como a ampla inserção e satisfação das necessidades acerca dos métodos contraceptivos e um adequado planejamento familiar.

As falhas na educação sexual são reconhecidas pelo governo cubano. Estas refletem no mal uso dos métodos contraceptivos, e conseqüentemente, na busca à interrupção da gravidez pelas mulheres. Alfonso (2016) também traz a ponderação acerca da importância da cautela por parte do estado de tratar as questões com demasiada neutralidade e igualitarismo, e que a contribuição dos estudos de gênero e do feminismo na educação sexual são imprescindíveis para o rompimento com as relações hierárquicas entre os sexos.

A descontinuidade do feminismo em Cuba acarreta em uma desconexão com os avanços em diversos âmbitos que o comunismo trouxe. Dessa forma, permanece aberta a discussão que tenta conciliar os projetos que almejam alcançar a igualdade de gênero com as necessidades particulares dos movimentos sociais. A garantia dos direitos das mulheres é unicamente atribuída a revolução, tendo um debate muito neutro em relação as questões de gênero no país (Alfonso, 2017).

É necessário enaltecer o caráter dinâmico dos movimentos, mesmo em países socialistas, afim de garantir a visibilidade de identidades, de dialogo das necessidades com o aparato estatal. É necessário se ater às diversas formas de análise acerca do ideário da opressão, da exploração, das necessidades das mulheres e o que elas significam em sua totalidade.

Segundo Alfonso (2017) as necessidades do feminismo, enquanto mediador entre as necessidades das mulheres e o estado, tem 1) a necessidade de ir contra os atributos diferenciadores de sexo de acordo com ideais biologicistas 2) como categoria correlacional, definir papéis sociais de gênero e 3) correlacionar a teoria com a prática, pensando novas alternativas e repensando políticas públicas que pretendem romper com a lógica das relações hierárquicas do patriarcado.

O primeiro passo da emancipação feminina, no caso Cubano, se deu pela conquista da igualdade de direitos, *in jurí*. Mas de fato, a igualdade entre sexos precisa ser pensada estrategicamente, a fim de transformar não só os conceitos, mas a realidade.

César (2005) coloca que a emancipação das mulheres não é resultado automático do desenvolvimento social, devendo ser analisado como um processo ininterrupto pela quebra de aliança das relações sociais com a lógica patriarcal. Esse objetivo deve ser pensado como a busca pela eliminação dos preconceitos através da revisão dos papeis sociais.

A opressão de gênero, no capitalismo, está intimamente ligada à exploração de classe, onde pode-se pensar que os anseios dessa opressão se findam juntamente com a exclusão do ideário capitalista em uma sociedade. É um começo, mas uma coisa simplesmente não leva à outra. O patriarcado é intensificado pelas relações capitalistas. Mas a opressão é anterior e este enraizada nas relações familiares. É necessário que se entenda antes que há uma luta específica, que está sim articulada a luta de classes, mas não se finda nela, este é o primeiro elemento que concretiza o enfoque em gênero (César, 2005).

Existe sim, uma cultura de desigualdade sutilmente imposta, independente do sistema ideológico de determinada sociedade. Esta cultura é mais profunda que os antagonismos de capitalismo/socialismo (César, 2005).

César (2005) também nos traz a reflexão de que os padrões culturais e sociais de imposição do homem sobre a mulher se fazem mais nítidos em zonas de menor desenvolvimento, onde há mais desigualdade social.

As mulheres mais pobres, com pouca instrução, têm mais dificuldade no alcance da gama de métodos contraceptivos. Consequentemente, a gravidez indesejada é mais frequente para estas mulheres. Da mesma forma, os direitos reprodutivos básicos são acessados de forma mais ampla por mulheres que tem uma boa escolaridade e ascensão econômica. Essas mulheres têm mais chance de refletir sobre as amarras sociais que as prendem (Fundo de População das Nações Unidas, 2017).

Saffioti (1976) também nos traz a reflexão acerca do poder coercitivo do patriarcado sobre a mulher, anterior ao próprio capitalismo. Este, inserido na lógica capitalista, se faz ainda mais intenso, formando um amplo sistema de dominação, onde a mulher perde sua autonomia individual, para que se possa reproduzir as relações sociais de acordo com as exigências sociais impostas.

## Considerações finais

As políticas públicas que temos nas conjunturas atuais no Brasil, não retiram as mulheres de suas posições afirmadas historicamente, pois 1) O campo ideológico e midiático ainda continua em disputa, pelos movimentos feministas, afim de expor, por nós mesmas, quais são as verdadeiras demandas que precisam ser sanadas. Este campo ainda serve como espaço de organização e conscientização de classe por parte das mulheres, rompendo com as lógicas dos discursos de senso comum e da alienação, que não condizem com as demandas cotidianas de gênero. 2) As políticas de atenção à saúde das mulheres não satisfazem de forma satisfatória as demandas por métodos contraceptivos e se mostram com falhas severas decorrentes da criminalização do aborto.

É possível dizer que o aborto é tratado enquanto ilegalidade tolerada, pois seu uso é comprovadamente generalizado e utilizado de forma ampla pelas mulheres, decorrente de diversos fatores: regulação de fecundidade, falta de planejamento familiar, falta de conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, falta de educação sexual, inadequação ou falta de acesso aos métodos contraceptivos oferecidos pelo sistema de saúde, relações amorosas regidas pelas lógicas patriarcais de submissão e exploração e etc.

“Na realidade, a criminalização do aborto, antes de ser uma forma de proteção para a vida do feto, constitui um instrumento de controle da sexualidade feminina, inspirado por uma ideologia patriarcal de dominação e exclusão. Trata-se de um procedimento irracional, pois, além de ser ineficaz para proteger a vida dos fetos, a criminalização do aborto acarreta a sua prática de forma insegura e, conseqüentemente, morte e sequelas para as mulheres, o que representa um imenso custo social de um gravíssimo problema de saúde pública” (SPM, 2014).

E o Serviço Social, não atua apenas na garantia de autonomias e direitos, mas também engajado na luta para que estas garantias sejam universalizadas e relidas a fim de sanar as demandas de forma integral. Vale salientar que é uma profissão também marcada pela “feminização” do exercício profissional inserida de tal forma nas relações sociais, atuando diretamente com as dimensões e demandas de gênero (Cisne, 2004).

Descriminalizar o aborto, como é citado por Diniz (2010), é uma ação de direitos humanos exatamente por proteger as liberdades fundamentais das mulheres: direito à

vida, em razão dos riscos envolvidos no aborto realizado em condições inseguras; direito à liberdade por reconhecer o caráter soberano das escolhas individuais em matéria de ética privada; direito à dignidade, pois somente uma vida com liberdade e segurança pode ser qualificada como digna. A descriminalização do aborto, pode ser compreendida como uma medida de garantia de direitos humanos.

A luta pela legalização do aborto tem um caráter que visa romper com antigos paradigmas sociais e históricos, buscando a garantia de autonomia sexual e saúde reprodutiva. Nesse sentido, a prática profissional dos assistentes sociais também está atrelada à esta luta emancipatória, onde não há somente um interesse de garantir que as políticas públicas alcancem as mulheres, mas de que forma elas alcançam, se realmente estão compatíveis com as reais demandas.

No caso cubano, a institucionalização do aborto garantiu autonomia sexual para as mulheres nessa perspectiva específica, mas ainda persistem as discrepâncias sociais de gênero, que poderiam ser melhor tratadas com a inclusão da discussão de gênero no escopo das políticas públicas, principalmente voltadas para a educação sexual e planejamento familiar. Seria interessante, para alcançar estes objetivos, a inserção de vozes feministas na discussão das políticas públicas para o resgate do debate da equidade de gênero, de uma forma mais ampla, visando a superação da desigualdade. Percebe-se que ampla inserção do abortamento seguro, pode ser entendido como “portas abertas” para um novo conceito de gênero, mas apenas a garantia do direito, ainda serve como instrumento para sanar necessidades práticas das mulheres.

Ao planejamento familiar deveria ser atribuído lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos, nem ter ignorada sua inegável interface com o setor da saúde. Essa vinculação também pode ter sido feita na época da criação do PAISM, onde o país passava por pressões externas para se adotar uma política de controle da natalidade. (Medeiros e Guareschi, 2009).

A demanda das mulheres pelo aborto se torna interessante, para estudos futuros, para a reflexão de como são pensadas as políticas públicas e se o enfoque de gênero está sendo englobado na formulação destas além da importância da inserção de ações afirmativas/discriminações positivas.

A legalização do aborto se revela enquanto um instrumento para a superação das desigualdades entre gênero, na medida em que as mulheres são tratadas, através das políticas públicas enquanto cidadãs e não enquanto mães/esposas. A

legalização/descriminalização da prática também está atrelada à desvinculação das demandas da família com as demandas das mulheres; e da reprodução e maternidade com a sexualidade.

Este estudo se revelou esclarecedor na identificação do Estado enquanto interlocutor privilegiado na formulação de políticas públicas voltadas para as mulheres e na importância do resgate do espaço de voz na formulação destas, pelas próprias mulheres, enquanto sujeitos promotores na construção de direitos equitativos (Bandeira e Vasconcelos, 2002).

## Referências

ALFONSO, Liudmila Morales. **Socialismo y Feminismo em Cuba**. Sin Permiso. 17/02/2017.

ALFONSO, Liudmila Morales. **Terminación voluntaria del embarazo en Cuba: ¿salud, derecho, libertad, justicia? Preguntas para una discusión pendiente**. "Cuba posible: un laboratorio de ideas. 03/11/2016.

ALVAREZ, Miriam Alicia Gran. **Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción: dos métodos de regulación de la fecundidad**. Cuba. 1995 – 2000. Trabalho de doutorado em ciências da saúde, Habana, 2004.

ALVAREZ, Miriam Alicia Gran; Vidal; Nistal; Leyva. **Fecundidad, anticoncepción, aborto y mortalidad materna en Cuba**. Revista Cubana de Salud Pública. Pág. 822-835, La Habana, 2013.

AVICH, Nelli Salomón; VÁZQUEZ, Luisa Álvarez. **El aborto en adolescentes en un contexto legal**. p.1-7. Rev Cubana Salud Pública vol.38 no.1 Ciudad de La Habana ene-mar.2012;

Banco Mundial de Dados. The World Bank. **Taxas de Fertilidade: Brasil; Cuba**. Extraído de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?> em 30/09/2017.

BANDEIRA, Lourdes Maria. **Feminismo: Memória e História**. Pág. 15-39. Imprensa Universitária, Fortaleza-CE, 2000.

BANDEIRA, Lourdes; VASCONCELOS, Marcia. **Equidade de gênero e políticas públicas: reflexões iniciais**. Cadernos Agende. Brasília, 2002.

BARSTED, L.L. **Legalização e descriminalização do aborto no Brasil: 10 anos de luta feminista**. Revista Estudos Feministas, Rio de Janeiro, n.0, p. 104-130, 1992.

BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LAGO, T. (Coord.). Relatório Final: **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006**. São Paulo: CEBRAP, 2008.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Dados**. <http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher/dados>. SPM — publicado 09/09/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para a ação programática**. Brasília, 1985.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual: Comitês de mortalidade materna**. Secretaria de Políticas de Saúde, 2 ed., Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS: 2006**. Centro brasileiro de análise e planejamento, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Mulher PNAISM: Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto nacional pela redução da morte materna**. Brasília, 2004.

CÉSAR, Maria A. **Mulher e política social em Cuba: o contraponto socialista ao bem-estar capitalista**. Tradução Therezinha de Jesus Arruda. Brasília: Edições Alva, 2005.

CISNE, Mirla. **Serviço Social: uma profissão de mulheres para mulheres? Uma análise crítica da categoria gênero na histórica “feminização” da profissão**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

CORREA, Mariza. **Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal**. Dossiê: feminismo em questão, questões do feminismo. Cadernos pagu (16) 2001: pp.13-30, 2001.

COSTA et al. **A Decisão de Abortar: Processo e Sentimentos Envolvidos**. Cad. Saúde Pública vol.11 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 1995.

CUBA. Ministerio de Salud Pública. **Anuario Estadístico de Salud 2012**. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Habana, Abril, 2013.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia**. José Olympio, 1993

DEL PRIORE, M. **Mulheres no Brasil colônia**. Ed. Contexto, São Paulo, 2000.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. **Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna**. Revista: Ciência & Saúde Coletiva, pág. 959-966, 2010.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. **Pesquisa Nacional do Aborto 2016**. Ciênc. saúde coletiva vol. 22 no. 2. Rio de Janeiro Fevereiro, 2017.

DURKHEIM, Émile. Título original: Les règles de la méthode sociologique. 1895. **“As regras do método sociológico”**. tradução Paulo Neves; revisão da tradução Eduardo Brandão. – 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. – (Coleção tópicos)

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**.1884.

FLASCO, Faculdade Latinoamericana de Ciências Sociais. Instituto de la mujer; Ministerio de asuntos sociales. **Mujeres latino-americanas em cifras: tomo comparativo**. España, 1995.

FLEISCHER, Soraya. **Vozes latino-americanas pela legalização do aborto**. 1 ed. Centro feminista de estudos e assessoria. Brasília, 2009.

FONSECA, Rosa M. G. S. **Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo**. Revista Saúde e Sociedade. Pag. 3-32, 1999.

FRASER, Nancy. **A luta pelas necessidades: esboço de uma teoria crítica socialista-feminista da cultura política do capitalismo tardio**. In: O dilema da cidadania – Direitos e deveres das mulheres. Bonacchi, Gabriela. Unesp, São Paulo, 1994.

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). **“Mundos distantes – Saúde e direitos reprodutivos numa era de desigualdades”**. Relatório, 2017

FUSCO Carmen; ANDREONI, Solange; SILVA, Rebeca de S. **Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo**. Rev. bras. epidemiol. vol.11 no.1, São Paulo, 2008.

GURGEL, Telma. **Feminismos e autonomia na América Latina: algumas questões estratégicas**. Em: Feminismo e gênero: desafios para o serviço social. Editorial Abaré. Brasília, 2015. Páginas 125 à 137.

HENRIQUES, E.; MEDEIROS, J.B. **Monografia no curso de direito: trabalho de conclusão de curso**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

HURST, Jane. **A história das ideias sobre o aborto na igreja católica in uma história não contada, católicas pelo direito de decidir**. Tradução de: Sandra Lampreia, Montevideo, 1992.

IBGE. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013**. Ciclos de Vida. Rio de Janeiro, 2015.

KOOGAN e HOUAISS. **Enciclopédia e dicionário ilustrado**. Rio de Janeiro, Seifer, 1999.

LEACOCK, Eleanor Burke. **Women's Status in Egalitarian Society**. Current Anthropology. Myths of Male Dominance. Monthly Review Press: New York, 1978.

LOREA, Roberto A. **Acesso ao aborto e liberdades laicas**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 185-201, jul./dez. 2006

MARQUES e BASTOS. **Aborto provocado como objeto de estudo em antropologia da saúde**. Rev Min Enf jul/dez 1998; 2(2):57-61. Belo Horizonte, 1998.

MARX e ENGELS. **A ideologia alemã**. 1846. José Braz e Maria de Jesus Coutinho, janeiro 2006.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão**. Rev. Estud. Fem. vol.17 no.1 Florianópolis Jan./Apr. 2009.

MIGAIRE, Luiza L. Relatórios finais dos planos individuais de trabalho: **Análise das produções acadêmicas feministas nos últimos 20 anos utilizando as categorias “necessidades práticas” e os “interesses estratégicos”**. Universidade de Brasília, jul. 2016 e jul. 2017.

MIGUEL, Luis F; BIROLI, Flávia; MARIANO, Rayani. **O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro: a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados**. Pág. 230-260. OPINIÃO PÚBLICA, Campinas, vol. 23, nº 1, jan. - abr., 2017.

MILES, Rosalind. **The Women's History of the World**. London: Michael Joseph: London, 1986.

MOLYNEUX, Maxine. **Movimientos de Mujeres em América Latina**. Estudio Teórico Comparado. Madrid: Ediciones Cátedra, 2003.

NARVAZ; KOLLER. **Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, set./dez. 2006

NUNES, Maria José F. R. **De mulheres, sexo e Igreja: Uma pesquisa e muitas interrogações**. In: Alternativas Escassas: Saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. Fundação Carlos Chagas. Ed. 34. Orgs. COSTA, Albertina; AMADO, Tina, Rio de Janeiro, 1994.

PATEMAN, Carola. **The patriarchal welfare state: women and democracy**. London, 2006.

- PRADO, Danda. **O que é aborto**. Coleção primeiros passos, 4. Ed. São Paulo, 1991.
- PREDEBON, Luize. **Aborto no Brasil: a negligência que vitimiza**. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2007
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMACAO PARA A SAUDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2008.
- SAFFIOTI, Heleieth; BONGIOVANI, Iara. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Petrópolis, Revista Vozes, Rio de Janeiro, 1976.
- SILVA, Marinete S. **Reprodução, sexualidade e poder: as lutas e disputas em torno do aborto e da contracepção no Rio de Janeiro, 1890-1930**. Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.19 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2012 Epub Nov 27, 2012
- SOFFER, Olga. **Social Transformations at the Middle to Upper Paleolithic Transition**. 1992.
- SORRENTINO, S. **O SUS e a saúde da mulher**. J. Rede, 2(7):1,1994.
- SORRENTINO, S. **Saúde da mulher e direitos reprodutivos**. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Rede Feminista de Saúde, Fundação Ford, 2001
- The Alan Guttmacher Institute. **Aborto clandestino: una realidad latinoamericana**, Nova York, 1994.
- VENÂNCIO, R. P. **Maternidade Negada**. In: História das mulheres no Brasil. Del Priore. Pág. 189-222. São Paulo, Ed. Contexto, 2004.
- VILLAR, Nayara. Relatório final individual: **Análise comparada dos movimentos sociais feministas e de mulheres quanto às “necessidades práticas” e os “interesses estratégicos”**. Universidade de Brasília, 2014.
- World Health Organization (WHO) e Guttmacher Institute. **Facts on induced abortion worldwide**. 2007.
- YANNOULAS, Silvia C (Coord.). **Projeto de pesquisa: Políticas em Movimento e Saberes Situados: Desafios práticos e interesses estratégicos das latino-americanas no capitalismo (1995-2015)**. Grupo de Pesquisa “Trabalho, Educação e Discriminação - TEDis”, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, 2015.
- ZERZAN, John. **Patriarcado, Civilização e as Origens do Gênero**. Tradução: Loreley Garcia, 2011.
- ZUGAIB, M. **Paradoxos do aborto**. Revista de Ginecologia e Obstetrícia, 1: Editorial, 1990.