

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

O SERVIÇO SOCIAL NA DISCUSSÃO DO ABORTO POR ANENCEFALIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Professora Orientadora: Dra. Eliete Cibele Cipriano Vaz.

ARLETE JOCELINA ADRIANO

**FLORIANÓPOLIS
2007**

ARLETE JOCELINA ADRIANO

O SERVIÇO SOCIAL NA DISCUSSÃO DO ABORTO POR ANENCEFALIA

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social e aprovado na sua forma final pelo Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina composto pela seguinte banca examinadora:

Prof^a. Dra. Eliete Cibele Cipriano Vaz

Orientadora

Presidente da banca

Prof^a. Dra. Teresa Kleba Lisboa

examinadora

Prof^a. Ms. Simone Lolatto

examinadora

Este trabalho é dedicado a todos que têm coragem para recomeçar, acreditar em si, acima de tudo, e não perder a esperança na humanidade jamais. Pessoas de minha árvore genealógica têm no gene essa marca, por isso, é a minha família, manezinhos que, contrariando a lógica atribuída a nossa gente de comodistas e alienados, vem superando desafios e contribuindo com seu trabalho honesto na construção de nossa cidade para que se possa no futuro, assim como foi no passado, ter orgulho de pertencê-la.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, a todas as pessoas que de forma direta ou indireta estiveram envolvidas em minha trajetória na academia. Entre elas, desatacam-se: meus filhos, Victor, Júlia e Luiza, pela beleza, inclusive externa, de suas presenças, que faz de meu lar um ambiente leve; meu amado, Márcio, pelo imenso amor e dedicação que me dispensa; minha mãe, D. Jocelina, que sempre investiu em meus projetos, com estímulos verbais e econômicos; meus queridos irmãos e amigos, pela compreensão diante de minha ausência em momentos festivos, minha coordenadora de estágio, Assistente Social Viviane Fernandes; pela valiosa colaboração, minha orientadora pela sutileza de sua intervenção e, finalmente, as mulheres que ultrapassaram a barreira da dor e tão generosamente contribuíram para essa pesquisa, pessoas simples que acreditam na ciência e na boa vontade humana.

LISTA DE SIGLAS

ABPGSC - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ADPF - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero
APCDDM - Audiência Pública da Comissão de Direitos da Mulher
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNTS - Conselho Nacional dos Trabalhadores em Saúde
CPI - Conferência Parlamentar Internacional
DHEG – Doenças Hipertensivas específicas da Gravidez
DNV - Declaração de Nascido Vivo
EMAJ - Escritório Modelo de Atendimento Jurídico
FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FM - Feto Morto
HU/UFSC - Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NEPO - Núcleo de Estudo Populacional
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
RN - Recém-nascido
STF - Supremo Tribunal Federal
SUS - Sistema Único de Saúde
ULS - Unidade Local de Saúde
US - Ultra-sonografia

RESUMO

ADRIANO, Arlete Jocelina. **O Serviço Social na discussão do aborto por anencefalia**. 2007. 91p Monografia (Curso de Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

O presente trabalho tem por objetivo contribuir com o relato e a análise de experiência de mulheres com gravidez de feto com anencefalia atendidas na maternidade do HU/UFSC no período de janeiro de 2006 a outubro de 2007, para a reflexão do tema no Serviço Social. O interesse pela pesquisa ocorreu no período em que foi vivenciada a experiência de estágio no Setor de Serviço Social da instituição hospitalar. Trata-se de estudo de caso com pesquisa qualitativa de cunho descritivo e analítico, cuja coleta de dados deu-se mediante análise do cadastro sócio assistencial, do prontuário médico e de entrevista não estruturada com quatro pacientes portadoras de gravidez de feto com anencefalia. O referencial teórico sustenta-se, preferencialmente, numa perspectiva feminista que dá localização histórico-geográfica aos temas da saúde reprodutiva, do aborto e do aborto por anencefalia e da prática do Serviço Social. Os resultados dão conta de que o problema da anencefalia apresenta-se de forma diversificada para o Serviço Social, pois tanto fatores inerentes à pessoa atendida (grau de escolaridade, religião, planejamento da gestação, etc) como externos a ela (falta de orientação, acompanhamento médico inadequado, desconhecimento das leis, etc) podem definir o rumo que cada gravidez vai seguir. Discutem-se as peculiaridades de cada caso e as formas encontradas pelo Serviço Social para lidar com a diversidade de situações. Conclui-se que a prática do Assistente Social na instituição é vista como fonte permanente de manutenção de direitos pelas entrevistadas que se constrói a partir da abstração de novos conceitos éticos e jurídicos que indique soluções às questões geradas pela forma como se apresenta na atualidade a saúde reprodutiva, diante do avanço científico e da Reforma do Estado.

Palavras-chave: Aborto por anencefalia. Direitos reprodutivos. Prática do Serviço Social.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| LISTA DE SIGLAS..... | I |
| RESUMO..... | II |
| 1 INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 2 ABORTO E SAÚDE REPRODUTIVA..... | 10 |
| 2.1 Contexto da luta pelos direitos reprodutivos..... | 10 |
| 2.2 Saúde reprodutiva no Brasil..... | 14 |
| 2.3 A legislação brasileira e o aborto..... | 20 |
| 2.4 Anencefalia..... | 34 |
| 2.5 Serviço Social e a demanda do aborto voluntário e por anencefalia.. | 42 |
| 3 CONTEXTO E APRESENTAÇÃO DA PESQUISA..... | 50 |
| 3.1 Local e sujeitos da pesquisa..... | 50 |
| 3.2 Apresentação e análise dos resultados..... | 53 |
| 3.2.1 Estudo de casos..... | 53 |
| 3.2.2 entrevistas..... | 65 |
| 3.3 Discussão dos resultados..... | 72 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 77 |
| REFERÊNCIAS..... | 79 |
| APÊNDICES..... | 85 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.. | 86 |
| APÊNDICE B – DECLARAÇÃO LIVRE DE CONFLITO..... | 87 |
| ANEXOS..... | 88 |
| ANEXO A - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO..... | 89 |
| ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO CEP..... | 90 |

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela temática, teve origem na ocasião em que foi vivenciada a experiência de Estágio Curricular Obrigatório no Setor de Serviço Social da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) em Florianópolis, cuja prática, entre outras demandas relacionadas à saúde reprodutiva, leva o profissional assistente social a deparar-se com situações de gravidez com diagnóstico de feto com anencefalia (ausência de cérebro). As inquietudes se manifestaram, diante da impossibilidade imediata da mulher interromper a gravidez considerada inviável e de alto risco, quando esse é o seu desejo.

Essa impossibilidade é gerada pela condição ilegal do procedimento, que não está previsto nas leis vigentes no Brasil. Diante da constatação de anencefalia fetal, para as mulheres que optam por interromper a gravidez, iniciava-se um longo caminho em busca do consentimento judicial para que a equipe médica pudesse fazer o procedimento de interrupção da gravidez. Cabe ao Serviço Social da instituição refletir junto à paciente sobre a melhor forma de se alcançar esse objetivo, com a premissa de que cabe à mulher decidir acerca da interrupção ou não de uma gravidez dessa natureza, que leva, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (apud DINIZ, 2003) a problemas de saúde físicos e psicológicos.

O Serviço Social da instituição tem como princípio norteador de sua prática a defesa dos direitos humanos e considera a capacidade potencial que os casais têm de decidir sobre a sua reprodução e o futuro de sua gestação tão logo receba o diagnóstico de feto com anenfalia. No entanto, este direito não está contido no Código Penal brasileiro. A decisão, que deveria caber apenas ao casal ou a mulher, passa então, em primeira instância, para a equipe médica que avalia se a interrupção é ou não um ato benéfico para a gestante. Em segunda instância ao poder judiciário, que instaura o processo, julga e concede ou não a autorização. Em ambas as instâncias, a mulher está sujeita ao juízo de valor do avaliador.

Esse juízo de valor ao qual se expõe a mulher evidencia a im procedência de tal processo judicial, tanto pelo tolhimento da liberdade de escolha aí implícito, o que já ocorre na criminalização do aborto voluntário, como pelas características agravantes,

nestes casos, da inviabilidade comprovada do feto. Outro fator ao qual se expõe a mulher é a lentidão judicial em conceder a autorização, tornando a espera fonte de dor e tensões.

O primeiro passo na instauração de um processo é juntar três laudos médicos que comprovem a anencefalia fetal, documento este, que deve ser registrado em cartório. Dependendo do entendimento do juiz, às vezes, a autorização judicial é negada ou encontra a gestante com uma gravidez a termo¹. Nesse caso lhe é negada a interrupção da gravidez o que seria considerado a antecipação terapêutica do parto, vindo à mulher a correr o risco de passar por todas as intercorrências relacionadas com a gravidez, como pressão arterial alta, diabetes gestacionais e polidramnio², este último comum em gravidez com anencefalia fetal.

Entende-se dessa forma que tais transtornos poderiam ser evitados se a autonomia da mulher quanto ao direito de decidir sobre seu próprio corpo, para deliberar sobre sua fecundidade fosse respaldada e garantida pelo Estado, no que diz respeito às condições sanitárias e médicas adequadas para a interrupção de uma gravidez indesejada.

A partir desse contexto, o presente estudo justifica-se por trazer a tona uma temática complexa e atual, ainda incipiente no Serviço Social, cuja discussão, por vezes, é pautada pelo dogmatismo e pela intolerância, tanto quando se refere ao aborto por anomalia fetal quanto ao aborto voluntário. Por outro lado, na prática interventiva, o profissional do Serviço Social depara-se com essa demanda, auxilia na orientação legislativa e nos encaminhamentos.

Contribuir, a partir do relato e da respectiva análise das experiências de mulheres com gravidez de feto com anencefalia da Maternidade do H/U UFSC, para a reflexão da temática e a construção da prática desse atendimento no Serviço Social é pertinente. Para tanto responder como a prática do Serviço Social é vista pelas pacientes com gravidez com anencefalia fetal, em seu atendimento no HU/UFSC? Torna-se a problemática do estudo, que se pretende responder, nas seções em que foi dividido o estudo, tendo como principais bases teóricas, Diniz (2003; 2004), Faundes e Barzelato (2004) e Lolatto (2004).

¹ Gravidez a termo – Gravidez da 36^a semanas até a 42^a semana (GUIMARÃES, 2002).

² Polidramnio – Excesso de líquido amniótico (GUIMARÃES, 2002).

2 ABORTO E SAÚDE REPRODUTIVA

2.1 Contexto da luta pelos direitos reprodutivos

O movimento feminista foi um dos atores envolvidos na luta pelo direito reprodutivo, mas para entender como o feminismo tomou para si a luta por esse e outros direitos, é importante conhecer o papel que foi atribuído à mulher ao longo da história humana em diferentes culturas e as lutas para a conquista do que temos atualmente, no que diz respeito aos direitos da mulher.

Cada cultura tem características diferentes nas relações sociais. Na maioria delas, no entanto, o papel feminino está sempre submetido ao masculino, algumas vezes mascarado no discurso da proteção do “sexo frágil” e outros por um machismo escancarado que prega que lugar de mulher é no âmbito doméstico.

Durante a antiguidade, de acordo Alves e Pitanguy (1991), nas culturas clássicas, o papel feminino estava reduzido aos cuidados com o lar e com a família. Arte, filosofia e política eram lugar de homem em sociedades como a romana e a grega. Já em outras sociedades, como a gaulesa, a germânica e em algumas civilizações pré-colombianas havia uma organização que não atribuía diferenças hierárquicas em função das diferenças de sexo. Nas duas últimas, inexistia uma distinção entre economia doméstica e economia social, as tarefas eram divididas independentemente do sexo da pessoa.

Para Butler (2003), durante as primeiras décadas da Idade Média, as mulheres tinham acesso a grande parte das profissões, assim como o direito à propriedade. Também era comum assumirem a chefia da família quando se tornavam viúvas. Há também registros de mulheres que estudaram nas universidades da época, porém em número muito inferior aos homens.

Luft (2001) afirma que com a desestruturação do modo de produção feudal e o início do Renascimento, marcado pelo mercantilismo, pela formação dos Estados Nacionais e pela retomada do Direito Romano, surge uma série de retrocessos na condição da mulher na sociedade ocidental. As mulheres praticamente deixam de freqüentar as universidades e têm restringido grande parte de seus direitos civis, como

o direito à propriedade e a heranças. O universo do trabalho também se fecha às mulheres, estas passam a transitar num restrito número de profissões, justamente num momento em que o trabalho passa a ter valor enquanto *status* social. Como símbolo maior do retrocesso deste período está a “caça às bruxas”, perseguição às mulheres iniciada pela Igreja Católica no século XV.

A cidadania para as mulheres de acordo com Ávila e Corrêa (1999), emerge no ocidente no final do século XVIII como teorização e expressão pública. O marco histórico fundamental é a Revolução Francesa, que ilumina os ideais modernos de cidadania e de lutas pelo direito de igualdade.

Mesmo neste contexto, o papel destinado às mulheres continuava sendo o de reprodutora, sendo o gozo da plena cidadania relegada aos homens. A forma encontrada para se fazerem ouvidas foi por meio de movimentos. Durante os dois últimos séculos, o movimento das mulheres vem reivindicando direito equivalente aos concedidos aos homens, como o direito à educação e ao voto. A conquista desses direitos trouxe, em muitos países, uma nova condição de inserção social feminina.

A preocupação das feministas com o tema da reprodução também remonta o século. XIX. Contudo, no contexto de radicalidade política e cultural que envolveu o feminismo contemporâneo, essas questões seriam retomadas com vigor no século seguinte propiciariam o surgimento de grupos, instituições e as mais diversas iniciativas voltadas para a questão da saúde das mulheres. *Nosso corpo nos pertence*, palavra de ordem que percorreu o mundo na década de 1970, capturou a imaginação das mulheres nos mais diversos continentes, motivou microrebeliões e demandas públicas, como a legalização do aborto (ÁVILA; CORRÊA, 1999, p. 73).

Esses lembram que somente nas primeiras décadas do século XX é que são obtidas importantes conquistas, pois, até então, as mulheres não eram consideradas portadoras de direitos humanos. Todas as declarações, convenções e textos de Direitos Humanos assinados pelos países membros de organizações internacionais, ao referir-se ao ser humano usavam como modelo o ser do sexo masculino. Pretensamente universais essas Declarações não refletem as dificuldades das mulheres e não promovem seus direitos em caráter universal e essencial à natureza humana.

A rebelião promovida pelo movimento feminista entrou em conflito com a falta de universalidade das Declarações, a postura conservadora da Igreja Católica, a forma como era determinada a posição da mulher na sociedade, a opressão política dos governos ditatoriais e os programas de controle populacional.

Para Ávila e Corrêa (1999), a revolução traz na reapropriação do próprio corpo, o reconhecimento de que o corpo de cada um é o lugar primeiro da existência humana, vinculando-se tanto a dimensão material como a dimensão simbólica da existência, dando sentido à relação com o outro.

Os mesmos autores afirmam ainda que para romper com a lógica de que a reprodução e a sexualidade são naturais, e romper com o paradigma que biologiza o feminino no social, demarcando seu lugar no privado e limitando sua ação na esfera pública, o feminismo contemporâneo firmou uma premissa inegociável de autonomia, ou seja, a de que as mulheres podem e devem ter um projeto, uma existência com significado próprio, onde a liberdade de decisão nos assuntos relacionados à sexualidade e a reprodução tornam-se ponto de partida para desdobramentos de novos marcos legais, novos saberes sobre o corpo feminino, instalação de novos serviços de assistência à saúde da mulher, fundados em parâmetros estabelecidos pela própria mulher.

Esse processo participativo foi evolutivo, tanto que em 1975 a Organização das Nações Unidas (ONU) designou o ano de 1975 como o Ano Internacional da Mulher e estabeleceu que de 1976 a 1985 seria a Década da Mulher. Desde então, realizaram-se conferências que visavam discutir os direitos das mulheres. As principais foram: I Conferência Mundial sobre a Mulher, na cidade do México, em junho/julho de 1975; II Conferência Mundial sobre a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz, em Copenhague na Dinamarca e III Conferência Mundial sobre a Década da Mulher em Nairobi, no Quênia, em julho de 1985 (GALVÃO; DÍAZ, 1999).

Esse processo evolutivo, de acordo com Galvão e Díaz (1999), cristalizou-se nas Conferências Internacionais do Cairo em 1994 e de Beijing em 1995, quando foram reafirmados os conceitos de saúde reprodutiva, direitos reprodutivos, direitos sexuais da mulher e igualdade de gênero nas discussões e na instituição dos programas.

A Plataforma de Ação aprovada reafirma os avanços conseguidos pelas mulheres nas últimas Conferências, com destaque para os direitos sexuais e reprodutivos, bem como a inclusão da discriminação racial/étnica como um obstáculo à igualdade e eqüidade entre as mulheres.

Outras deliberações saíram da Conferência Internacional sobre População e

Desenvolvimento (CIPD) realizada em 1994 no Cairo. De acordo com Sallum (2005), 179 governos adotaram um plano de ação para um período de 20 anos. O Programa de Ação da CIPD clamava por acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva e por uma redução drástica da mortalidade materna até 2015. A comunidade internacional concordou em alocar uma soma anual de US\$18,5 bilhões para programas de população e saúde reprodutiva nos países em desenvolvimento até 2005. Dois terços desse total viriam dos próprios países em desenvolvimento e o restante viria de doadores externos.

Em Beijing, os resultados também foram otimistas, com compromisso dos governos que lá estavam de promover os objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres do mundo. Ficou estabelecido também que o direito de acesso ao planejamento familiar, maternidade segura e proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, tais como HIV/AIDS, deve ser proporcionado a todas as mulheres, homens e adolescentes em todo o mundo.

Como os governos não incluem espontaneamente estes serviços vitais de saúde reprodutiva nos seus planos orçamentais, o instrumento mais poderoso para criar um movimento global para a ação é conseguir contextualizá-lo num programa de ação ou declaração da ONU. Muitas das transformações econômicas e sociais que têm ocorrido nas últimas cinco décadas têm sido significativamente afetadas na sua forma e direção pela intervenção dessa organização.

É nesse contexto que vêm sendo realizada a Conferência Parlamentar Internacional (CPI) sobre a implementação do programa de ação da CIPD, as quais atuam como um sistema global de monitoramento regular e acompanhamento dos avanços alcançados por parlamentares em todo o mundo. Tendo em vista as recomendações do programa de ação da CIPD, os serviços de planejamento familiar estão sendo integrados cada vez mais aos outros serviços de saúde reprodutiva. A necessidade de olhar além do controle da natalidade ao trabalhar com usuários de planejamento familiar criou novos desafios e oportunidades para a CPI.

2.2 Saúde reprodutiva no Brasil

Em todos os países onde os serviços de saúde reprodutiva estão disponíveis, os pioneiros do planejamento familiar tiveram muito trabalho a fim de incluí-los na agenda nacional. Esse processo teve início nos anos 20 e continua até os dias de hoje, com a provisão de saúde reprodutiva ainda emaranhada no meio de políticas, financiamento e religião.

Em muitos países, as pessoas seguem sem acesso à informação e a produtos que podem protegê-las de infecções sexualmente transmissíveis e permitir a sua liberdade de escolha em relação ao tamanho, espaçamento e planejamento das suas famílias. Ainda pior, em muitos países o acesso a serviços de saúde reprodutiva é negado.

Os temas de saúde reprodutiva, segundo Oliveira e Rocha (1999), ultrapassam as fronteiras do universo privado da vida individual e integram as agendas de políticas públicas, de organizações não-governamentais e de reivindicações do movimento social, além da pauta da mídia. A atuação de grupos organizados de mulheres e a ação das agências internacionais de fomento contribuem para essa abrangência da temática da saúde e dos direitos reprodutivos, em um movimento amplamente estimulado pelas conquistas obtidas na CIPD, ocorrida no Cairo em 1994, sob comando das Nações Unidas.

A saúde da mulher tem sido preocupação dos programas de saúde nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento, no entanto até a década de 1980, quase todos os esforços foram concentrados nos aspectos reprodutivos.

Com a justificativa de proteger a infância e melhorar as condições dos recém-nascidos, os programas denominados materno-infantis concentram-se principalmente no atendimento no período pré-natal. A sexualidade, o papel e a responsabilidade do homem na saúde reprodutiva, assim como uma maior discussão sobre gênero tinham sido temas negligenciados até recentemente (GALVÃO; DIAZ, 1999, p. 15).

Para Goldani (1999), a chamada revolução demográfica brasileira considerada um fenômeno do século XX, ocorre em 1940 e vem marcada por acentuada queda nas taxas de mortalidade, resultado da tecnologia médica, das vacinas, da medicina preventiva e dos serviços de água e esgoto.

No período de 1940 a 1996 a população quadruplicou, passando de 43 milhões para 160 milhões de habitantes. No entanto, o que os especialistas denominam de “boom demográfico” ocorreu de 1940 a 1960, período em que a população cresceu na mesma proporção em que cresciam as discussões acerca dos potenciais efeitos negativos desse aumento populacional para a economia.

Segundo Galvão e Díaz (1999), nas décadas de 1950 e 1960, o crescimento acelerado da população trouxe um ressurgimento de idéias neomalthusianas³, e os programas de saúde da mulher concentram-se fundamentalmente nas medidas de redução da fecundidade, com objetivos demográficos que justificavam a adoção de programas verticais que visavam o controle populacional em detrimento da saúde e da qualidade de vida.

Essas medidas de controle, associadas à falta de discussão de gênero contribuía para um atendimento que mais trazia trauma que alívio ao sofrimento que originou a procura por atendimento nos serviços de saúde.

Pensar em cidadania feminina exige uma reflexão sobre os papéis adotados nas relações entre homens e mulheres, as chamadas relações de gênero⁴. É comum afirmar-se que são as diferenças naturais biológicas entre os sexos que determinam as características que tornam o homem masculino e a mulher feminina. Por serem consideradas “naturais”, essas características são fixas e imutáveis. Assim as mulheres nascem, vivem e morrem em situação de desigualdade em relação aos homens (COSTA; GUIMARÃES, 2003).

Para Diniz (1996), as experiências de discriminação, violência e mal-estares psicossociais relatados pelas mulheres que procuram os serviços públicos de saúde aparecem como fonte de tensões e iniquidades nos diferentes contextos sociais.

No Brasil, é importante ressaltar, que além da relação de gênero existente entre médico e paciente, há também a relação de classe, isto é, a dominação exercida na relação médico-paciente é muito evidente e se estabelece, segundo Pinto (2003) na ordem capitalista, onde a relação de dominação e submissão leva ao antagonismo de

³ Neomalthusianas – Ressurgimento das idéias de Thomas Malthus, economista britânico (1766). Pregava o controle populacional como forma de evitar a fome no mundo. (WIKPEDIA)

⁴ Relação de gênero – Forma de relação social baseada nas diferenças entre os sexos que tem como base constitutiva o poder (LIMA, 2003).

classes sociais. A prática médica ocorre de maneira que, ao converter profissionais e pacientes às normas de atendimento e tratamento, converte-os, na verdade, em suportes de normas sociais de uma classe dominante.

Essa constatação mostra o caminho que ainda deveria ser percorrido na busca da equidade pelo Sistema de Saúde, e quanto de pertinente havia na pauta das discussões relativas às formas de dominação, principalmente a dominação de gênero.

Gama (2004), afirma que é dispensado pouco cuidado a desigualdade e as diferentes necessidades entre homens e mulheres na definição da qualidade da atenção em saúde. O que dá visibilidade à subordinação do serviço de saúde ao modelo masculino de representar saúde/doença, que se traduz na medicalização da vida reprodutiva e nas relações hierárquicas e de classe entre profissionais de saúde e usuárias.

Este modelo de subordinação é temporal e culturalmente construído. De acordo com Lima (2003), a percepção da perspectiva de gênero nas relações entre as pessoas de ambos os sexos fornece meios de decodificar o significado, culturalmente atribuído ao varão e à mulher, e de compreender as complexas conexões e as mais variadas formas de interação humana.

Quaisquer empreendimentos, para alterar a relação entre o gênero masculino e feminino, exigem uma profunda compreensão das instituições sócio-políticas sobre as quais se pretende transformar, porque a política da dominação de gênero não subordina apenas mulheres, [...] ela funciona como cidadela do direito da propriedade dos interesses tradicionais e conservadores da sociedade (LIMA, 2003, p.18).

A dificuldade nos empreendimentos para alterar as relações de gênero citadas por Lima (2003) se dá, principalmente, porque a cultura se forma a partir de valores que são incorporados com o passar do tempo.

Para Costa e Guimarães (2003) é como construir uma casa: cada tijolo é um valor que se torna parte da casa. Para se trocar os tijolos, é preciso derrubar, ou “desconstruir⁵” a casa. A cultura só muda com a “desconstrução”, ou seja, pela substituição dos valores que não se quer mais por outros.

Para as autoras se essas diferenças faziam das mulheres cidadãs desiguais e sem direitos, era hora de começar a mudar essa cultura e de conquistar a cidadania,

⁵ Desconstruir – Categoria usada por Foucault em sua obra.

que só deveria acontecer com a ampliação dos direitos e deveres das mulheres na sociedade.

Pode-se destacar mudanças culturais históricas para as mulheres, como o uso da pílula anticoncepcional, que não apenas mostrava avanços científicos na área da saúde reprodutiva, mas também uma mudança comportamental. Foi a partir da pílula que as mulheres se tornaram realmente donas de seu corpo, data dessa época a liberação sexual feminina.

Com esse objetivo na década de 1980, segundo Galvão e Díaz (1999) começa a ser discutido o conceito de saúde reprodutiva, e chegou-se a considerar a saúde reprodutiva como um direito do homem e da mulher de desfrutarem uma sexualidade prazerosa, livre de riscos de doenças provocadas pelo exercício da sexualidade e de terem filhos no número e no tempo desejado, ou simplesmente não tê-los.

Nesse período, ganham espaço grupos que defendem os direitos sexuais das mulheres como fundamentais, afirmando que os mesmos devem ser considerados nos programas de saúde reprodutiva e sexual. No entanto, ainda excluía o conceito de gênero da discussão, e não o adotam em programas voltados à saúde reprodutiva. Esse conceito só passa a ser incluído no foco da discussão nas Conferências Internacionais, após percorrer um longo caminho.

No Brasil, segundo Galvão e Díaz (1999), o processo de discussão a partir das Conferências tem sido muito produtivo, principalmente porque o movimento de mulheres brasileiro é bastante atuante. O que levou os compromissos assumidos nas Conferências fazerem parte do texto constitucional brasileiro. A partir daí houve avanços na produção teórica a qual traz consenso de que os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens devem ser respeitados e nortear o planejamento e as atividades que visem os cuidados de saúde sexual e reprodutiva, sem, no entanto, apresentar avanços na área do atendimento à saúde sexual e reprodutiva.

A partir de meados dos anos de 1980, o campo da saúde das mulheres ou saúde reprodutiva receberia grande atenção e investimentos do movimento feminista. Essa densidade estava associada às premissas originais do movimento, mas seria, por outro lado, decorrência da nova conjuntura política da democratização. Nesse novo contexto, a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher-CNDM, da Comissão Nacional dos Estudos dos Direitos da Reprodução Humana no Ministério da Saúde e, mais especificamente, a formação do Programa Assistencial Integral à Saúde da Mulher-(PAISM) são referências fundamentais, pois expressam a institucionalização da agenda

feminina pelo Estado (FORMIGA FILHO, 1999 p. 154).

Ao contrário de outros países, a luta feminina pelo direito a saúde contou, no Brasil, com um forte aliado, o movimento da reforma sanitária, que se iniciou na década de 1970 e culminou com o capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988, que define a Saúde como direito de todos e dever do Estado.

A reforma sanitária brasileira se distingue ao não se restringir apenas à dimensão assistencial, mas constituir-se em um projeto de conquista da saúde através do conjunto das políticas econômicas e sociais.

No âmbito desse projeto relata Formiga Filho (1999), o Sistema Único de Saúde (SUS) é compreendido como um instrumento técnico-estratégico setorial para a assistência médico-sanitária. Todavia, a ênfase conferida à sua consolidação, em detrimento da perspectiva mais abrangente da reforma sanitária, talvez seja um dos grandes desvios do atual processo brasileiro.

Esse fato agrava-se, na medida em que foram mantidas as distorções que embasaram o processo de mudança, como o hospitalocentrismo, a dependência do setor privado, a valorização dos procedimentos mais especializados, a compra de serviços interinstitucionais e o pagamento por produção, em uma verdadeira “inampização” do SUS.

Não há como falar em saúde reprodutiva no Brasil sem mencionar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), reconhecido como uma importante contribuição do movimento feminista na definição de políticas sociais de saúde do interesse das mulheres. Sua formulação, ao início da década de 1980, buscava superar a perspectiva materno-infantil hegemônica na atenção à saúde, ao tempo em que também sofria a influência do ideário do movimento pela democratização da saúde e pela reforma sanitária brasileira.

O PAISM, de acordo com Terres (2005) foi divulgado pelo Ministério da Saúde em 1983 e seria desenvolvida pela rede pública de atendimento e assistência a saúde, adequando-se às demandas epidemiológicas da saúde de cada município, levando em consideração as características originais de cada população. Trazendo em seu bojo uma série de princípios e diretrizes relacionadas ao atendimento e, conseqüentemente, acompanhamento de mulheres nas mais variadas idades e situações de vida, desde a

menarca⁶ até a menopausa⁷. Dispõe que a mulher deve ter um atendimento específico no pré-parto, pós-parto, tratamento de infertilidade, contracepção, prevenção dos cânceres de mama e cérvico-uterino, garantindo a saúde materna e seu manejo por meio de programas educativos que proporcionasse a mulher um maior conhecimento de sua anatomia e de sua sexualidade.

O fato de o PAISM ter sido implantado em meio às contradições implicou em relativo esvaziamento dos seus aspectos mais criativos e inovadores, reduzindo-o, na maioria das vezes, a metas focalizadas e à assistência gineco-obstétrica tradicional. Como ocorreu em relação ao SUS, ao ser circunscrito a uma proposta assistencial, o PAISM não se consubstanciou como projeto de saúde de âmbito multisetorial para as mulheres.

C (2003) relembra as grandes dificuldades enfrentadas para implementação do PAISM dentro dos diversos níveis do setor público, os próprios integrantes do movimento sanitário rejeitavam a idéia por considerá-lo um programa vertical desintegrado dos demais programas de assistência ao usuário do SUS.

segundo a autora, para o PAISM ter o sucesso esperado dependeria diretamente das mudanças decorrentes da implementação da reforma sanitária, particularmente, da implantação do Sistema Único de Saúde. A cobertura universal na assistência prevista pelo PAISM depende da garantia que o princípio constitucional seja efetivamente considerado nas políticas de saúde. Da mesma forma, a descentralização efetiva e a garantia de financiamento aos municípios são as estratégias capazes de consolidar o projeto de uma assistência integral com qualidade.

Infelizmente, não é isso o que vem ocorrendo nos últimos tempos onde a retirada do Estado nas obrigações com a saúde remete o setor à uma situação de precariedade e inoperância. Entretanto, a despeito do baixo impacto alcançado na cobertura da assistência, bem como na sua qualidade, os princípios e diretrizes do PAISM constituem-se em um ideário de saúde para as mulheres, freqüentemente, incluído nas pautas de negociações de sindicatos, das centrais sindicais e de outros movimentos

⁶ Menarca - Primeira menstruação (GUIMARÃES, 2002).

⁷ Menopausa – Período em que ocorre mudança de caráter hormonal no organismo feminina, causada pela falta de ovulação e por conseqüência ocorre a falta da menstruação (GUIMARÃES, 2002).

sociais.

O SUS emerge em uma perspectiva social democrática, onde o setor econômico não superasse o setor social diferentemente do que ocorreu e se mostra quando as resoluções do setor sociais estão condicionadas ao setor econômico. Dessa forma torna-se difícil chegara integralidade tão almejada pelos mentores dos programas e pela população.

As propostas de integralidade em saúde, para Galvão (1999) perpassa pela discussão teórica do próprio conceito de saúde sexual e reprodutiva e saúde da mulher e materna. Para ele uma proposta de integralidade deve englobar todas as idades, sexos, orientações sexuais, aspectos biológicos, sociais, econômicos, emocionais, de direitos individuais, sexuais e reprodutivos. Desde que verificados todos os aspectos que envolvem a integralidade em serviço de saúde, o desafio passa a ser a difusão, expansão e adoção efetiva desses conceitos.

Dentro dessa proposta de integralidade e se enquadrando em aspectos como: sexuais; biológicos; sócio-econômico; emocionais; direito individual, direito sexual e direito reprodutivo se encontra o aborto. Problema de saúde pública reconhecido internacionalmente, o aborto tem sido, nos últimos anos, tema de debate nos encontros que discutem a saúde da mulher em diversas áreas do conhecimento.

O Serviço Social seguindo os preceitos estabelecidos pelo projeto ético-político da profissão deve reconhecer o aborto como demanda pública. Partindo desse reconhecimento deve lançar-se na busca de políticas que reforcem a cidadania e venham ao encontro das determinações das Conferências Internacionais, que nada mais são do que a garantia dos direitos humanos.

2.3 A legislação brasileira e o aborto

Quando se fala de aborto, muitos são os conceitos a ele atribuídos, mas pretende-se aqui lançar mão do conceito biomédico. Conceito este, que aparece em grande parte do referencial teórico pesquisado.

O aborto é geralmente definido como a interrupção da gravidez, podendo ser espontâneo ou provocado. Aborto espontâneo é a interrupção da gravidez que ocorre sem nenhuma intervenção externa e pode ser causado por doenças da

mãe ou por defeito genético do embrião. O termo “aborto provocado” refere-se a interrupção da gravidez causada por uma intervenção externa e intencional (FAUNDES; BARZELATTO, 2004, p. 42).

A palavra aborto é de origem latina e, de acordo com Luft (2001), aborto deriva de *ab-ortus* que significa privação do nascimento. O conceito jurídico do aborto, de acordo com o artigo 124 do Código Penal brasileiro, segue essa linha e compreende o aborto como a interrupção voluntária da gravidez com conseqüente morte do produto da concepção, não importando para o legislador brasileiro, a fase de desenvolvimento em que se encontra a gravidez da mulher, seja na fase ovular, embrionária ou fetal.

Para entender melhor o aborto se faz necessário entender o processo reprodutivo a partir de seu conceito biológico. De acordo com Guimarães (2002), reprodução significa promover por meio do ato sexual o encontro dos gametas feminino (óvulo) e masculino (espermatozóide), iniciando assim um processo gravídico que leva a procriação de uma espécie.

Entender o aborto apenas como um processo simples de interrupção da gravidez para Faundes e Barzelatto (2004) é inadequado, porque tal definição incluiria o nascimento de um bebê prematuro, ou mesmo maduro, antes de se completar a gestação normal. A diferença entre aborto e nascimento é a viabilidade.

A viabilidade de uma gravidez é definida pela OMS a partir da 22ª semanas de gestação ou um feto de 500 gramas. Conseqüentemente, acima desse limite é considerado como o parto de um bebê prematuro e abaixo desse limite o término da gravidez é definido como sendo um aborto.

Segundo Faundes e Barzelatto (2004), o aborto pode ser espontâneo ou provocado. O aborto provocado pode ser de risco ou seguro. O primeiro é definido pela OMS como um procedimento para interromper uma gravidez indesejada, realizada por pessoa que não tem as habilidades necessárias ou em um ambiente que não possui os padrões médicos mínimos, ou ambos. Por aborto seguro entende-se o que traduz menos riscos para a mulher e é realizado por um profissional médico por meio cirúrgico em ambiente adequado ao procedimento.

Reconhecido como uma demanda pública e aclamada pelo movimento feminista, o aborto é tema fundamental em discussões que tratem da sexualidade e reprodução e, dependendo da fundamentação ideológica, podem ter caráter motivador ou inibidor das

conquistas até então alcançadas. O que fica evidente nessa discussão é a regulação ainda existente sobre o agir feminino.

Segundo Schor e Alvarenga (1994), apesar de parecer novidade, a decisão de interromper a gravidez não é coisa de mulheres modernas, sobrecarregadas com as obrigações da maternidade, trabalho e estudos. Pelo contrário disso, o que se verifica desde os primórdios da civilização humana é que as mulheres vêm-se em situações em que não desejam ou não podem levar uma gestação à frente. Já entre 2737 e 2696 a.C., o imperador chinês Shen Nung cita, em texto médico, a receita de um abortífero oral, provavelmente contendo mercúrio, material usado para esse e outros fins.

Sobre os métodos usados para o abortamento, Duby e Perrot (2001), trazem que se as mulheres desejassem limitar os partos nessa época, tinham de recorrer aos abortivos, cujas receitas são muito abundantes assim como os riscos. O primeiro risco do procedimento era o de ferir um útero ainda imaturo devido à juventude, como era o caso das esposas romanas. Nesse caso, os médicos recomendavam o aborto por meios cirúrgicos.

Durante toda a evolução humana, em diferentes civilizações e em períodos diversos da história o aborto funcionou como forma de contenção do avanço populacional, isto é, geralmente uma ação vertical do Estado em momentos de crise.

Schor e Alvarenga (1994), confirmam que não é novidade a intervenção estatal nessa questão. Os interesses políticos, econômicos e religiosos têm prevalecido, em relação ao direito da mulher decidir sobre o próprio corpo. Dessa forma quem quer proibir hoje, já quis obrigar o aborto em diversos momentos da história.

Para Pimentel (2006) a problemática do aborto revela a resistência, por parte de algumas pessoas, grupos e setores à afirmação dos direitos humanos das mulheres. Trata-se de valores patriarcais que representam verdadeiros tabus que devem ser superados, já que atualmente, a proibição moral e legal para a interrupção da gravidez não desejada pela mulher não encontra motivo razoável ou racional, na ordem pública que a justifique, ao contrário, ela representa um verdadeiro tabu, pois não é racional nem razoável valorizar mais a vida do feto-vida humana em formação, do que a vida da mulher, ser humano pleno, representando, portanto, a tácita sub-valorização da mulher e a negação da mulher enquanto sujeito de direitos.

Dentre os que negam esses direitos às mulheres por meio de um discurso contrário às práticas de aborto está a Igreja Católica que, tradicionalmente, reitera sua posição passando a idéia de que o entendimento do clero acerca do aborto é histórico e que não sofreu alterações ao longo do tempo.

Para Nunes (2006), no entanto, essa homogeneidade no discurso eclesiástico encobre uma história cheia de controvérsias. Que para Schor e Alvarenga (1994), apenas torna-se ontogênica em 1869, época em que a Igreja Católica declara que a alma é parte do feto desde a sua concepção, transformando o aborto em crime.

Estudos feitos na área da história e da teologia nos mostram que a punição do aborto, durante os seis primeiros séculos do cristianismo, não era referida em primeiro lugar ao feto cuja vida seria tirada, mas ao adultério que o aborto revelaria. A preocupação central - da igreja como do Estado - era a constituição do casamento monogâmico como regra para toda a sociedade. No Império, estabeleceram-se leis que desencorajavam o concubinato. O primeiro concílio do Ocidente realizou-se no séc. IV, antes mesmo da oficialização do cristianismo por Constantino - o Concílio de Elvira - estabeleceu penas religiosas severíssimas para as transgressões a fidelidade conjugal. As penas impostas pelo Estado e pela Igreja eram mais duras para os casos de adultério do que para os de homicídio (NUNES, 2006, p. 24).

Para a autora, pode se dizer que, tanto diante das leis religiosas, como das leis romanas, a afirmação do casamento monogâmico como união legítima era mais importante como fundamento social do que o direito à vida. Durante todo o período medieval, as discussões teológicas se davam em torno do momento da “hominização”⁸, ou como a autora prefere denominar, “pessoalização”, prevalecendo a teoria de Tomás de Aquino⁹, segundo a qual o aborto seria criminoso apenas quando o feto estivesse completamente formado. Para ele, formação se dava oitenta dias após a concepção, argumentando que até esse momento a alma não havia sido implantada no feto no útero da mulher.

Ainda que a regra geral se voltasse para a severidade legal, que punia a mulher, na prática imperava quase sempre a impunidade. Com o advento do Cristianismo, entretanto, o aborto passou a ser definitivamente condenado, com base no mandamento "Não Matarás". Essa posição é mantida até hoje pela Igreja Católica.

Antes desse período, no entanto, já se tem notícia de como a prática do aborto era

⁸ Hominização – Implantação da alma em um corpo, ocorre quarenta dias após a concepção, nos homens e oitenta dias após a concepção nas mulheres (LUFT, 2001).

⁹ Tomás de Aquino – Considerado o maior teólogo do cristianismo (SCHOR E ALVARENGA, 1994).

pensada, de acordo com Costa (1986) durante a antigüidade o aborto não era criminalizado, pois se considerava o feto parte das vísceras da gestante, sendo que esta poderia dispor de partes do seu corpo. O mesmo ocorria no Antigo Oriente, na Grécia e no Egito, sendo que entre os hebreus havia punição quando o aborto ocorria com emprego de violência. Na Roma republicana o aborto não era considerado crime, mas, tornou-se crime durante o regime imperialista, que punia quem ajudasse nessa prática com pena capital, caso a gestante, em função do aborto, viesse a óbito.

Schor e Alvarenga (1994) explicam que em Roma, onde o aborto era uma prática comum, embora interpretada sob diferentes óticas, dependendo da época, quando a natalidade era alta, como nos primeiros tempos da República, ela era bem tolerada. Com o declínio da taxa de natalidade a partir do Império, a legislação tornou-se extremamente severa, caracterizando o aborto provocado como delito contra a segurança do Estado.

Na cultura da Índia, o aborto passou a ser crime após a aplicação da Lei de Manu. Para Luft (2001), segundo esta Lei, se o aborto resultasse em morte da mulher e se esta mulher fosse da casta dos páreas, o responsável seria punido como se houvesse ceifado a vida de um Brâmane, isto é, com torturas, que, em grau máximo, o levaria à morte. O mesmo ocorria na cultura dos assírios, que puniam com a morte o causador do aborto em uma mulher primigrávida¹⁰ e a própria mulher com a morte se não houvesse o consentimento do marido.

Na Pérsia, o código de conduta do povo era determinado pelo Livro Zend Avesta. Nele se estabelecia que o aborto deveria receber punição tanto a jovem, quanto dos pais da jovem que o praticasse, os últimos com pena de morte.

Tal ordenamento, afirma Luft (2001), diferenciava-se das demais previsões da época, já que nas outras Leis que dispunham sobre o aborto, predominava apenas o castigo da mulher ou a quem efetivamente realizasse a manobra. No caso dos persas, havia repreensão pelo crime tanto do pai quanto da mãe da gestante, que eram considerados conjuntamente responsáveis pelo procedimento, e, sua pena era a execração pública seguida da execução.

Mas, a idéia de punição, como se percebe, não era uma regra geral entre as

¹⁰ Primigrávida - Mulher grávida pela primeira vez (GUIMARÃES, 2002).

grandes civilizações (gregos, romanos, estóicos e cínicos). Grandes pensadores da época chegaram a orientar a prática ilimitada do aborto, mas foram reprimidos pelos legisladores, que visando os interesses paternos, salvaguardavam seus direitos. O mesmo não ocorria com os direitos da gestante, pois as mulheres nesse período eram objetos sem valor dentro do casamento. Quando a constatação da gravidez ocorria fora do matrimônio a situação mudava, pois tanto gregos como romanos aconselhavam a prática do aborto.

De acordo com Matielo (1994), entre os pensadores da época alguns não compartilhavam dessa idéia e, posicionavam-se favoráveis em relação ao aborto, pois nele, encontrava um meio de conter o aumento populacional, representação de fonte inesgotável de miséria. Aristóteles sugeria que o aborto fosse praticado antes do feto ter recebido “sentido a vida”, mas não determinava quando isso ocorria. Sócrates, no entanto, admitia o aborto, sem restrições, sustentando acima de tudo a liberdade de opção em interromper ou não a gravidez. Platão concordava com o aborto, por motivos eugênicos, alegando a importância de manter a pureza da raça dos guerreiros.

No século XIX, a proibição do aborto passou a expandir-se com toda força, por razões econômicas, já que a sua prática nas classes populares podia representar uma diminuição na oferta de mão-de-obra, que, na concepção de Schor e Alvarenga (1994) era fundamental para garantir a continuidade da revolução industrial.

Os autores explicam também que essa política antiaborto continuou forte na primeira metade do século XX, com exceção da União Soviética onde, com a Revolução de 1917, o aborto deixou de ser considerado um crime. Mas, na maioria dos países europeus, por causa das baixas sofridas na Primeira Guerra Mundial, o aborto continuava não sendo tolerado. Na verdade, com a ascensão do nazifacismo, as leis antiabortivas tornaram-se severíssimas nos países em que ele se instalou, com o lema de se criarem "filhos para a pátria". O aborto passou a ser punido com a pena de morte, tornando-se crime contra a nação, a exemplo do que ocorreu em certo momento no Império Romano.

Após a Segunda Guerra Mundial, as leis continuaram bastante restritivas até a década de 60, com exceção dos países socialistas, dos países escandinavos e do Japão (país que apresenta lei favorável ao aborto desde 1948, ainda na época da

ocupação americana)

Somente no século XX, precisamente, na década de 1960, as mulheres passaram a se organizar em grupos feministas e a pressionar setores da sociedade no sentido de permitir à mulher a decisão de continuar ou não a gravidez, numa atitude de controle sobre o próprio corpo. A primeira conquista histórica aconteceu nos Estados Unidos, no começo dos anos 70, quando foi determinado pela Suprema Corte Americana que as leis contra o aborto violam um direito constitucional à privacidade e que a palavra “pessoa” no texto constitucional não se refere ao “não nascido”. Outras conquistas, em nível mundial, com o mesmo argumento seguiram-se a esta. A Europa foi exemplo de como o tema, nesta mesma época, ganhou espaço e as discussões ganharam maiores dimensões.

A França discutiu o aborto em 1975 e decidiu pela possibilidade de a mulher realizar o aborto, em uma série de casos, acompanhada por seu médico. Num primeiro momento, decidiu que a mulher deveria ser acompanhada por um serviço de aconselhamento prévio e mais recentemente, já em 2001, decidiu que isto é opcional”. A Alemanha também discutiu o aborto e, embora mantendo a inconstitucionalidade do aborto, decidiu que o aborto poderia ser regulado por leis que não o criminalizassem, ou seja, o aborto poderia ser regulado por uma série de leis, desde que não fossem criminalizados. Então a Europa como um todo e os Estados Unidos, já há muito tempo resolveram a questão do aborto com decisões muitas bem fundamentadas, todas baseadas em direitos fundamentais. Todos são países democráticos que têm o direito a vida em suas compor, assim como também tem os direitos da mulher: o direito à privacidade, o direito à intimidade, o direito a liberdade, etc. De modo que, posso dizer com segurança que a maior parte desses países fez uma ponderação entre os direitos a vida do feto e os direitos da gestante. E decidiu que nestes casos, os direitos da gestante deveriam prevalecer. Não houve uma negação ao direito a vida do feto; houve uma ponderação e nessa ponderação decidiu-se que os direitos da gestante deveriam prevalecer. Isto inclusive dentro de um contexto - e até hoje podemos dizer também com segurança muito maior - em que os direitos sexuais e reprodutivos são reconhecidos como direitos humanos (SEMINÁRIO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 2005, p.5).

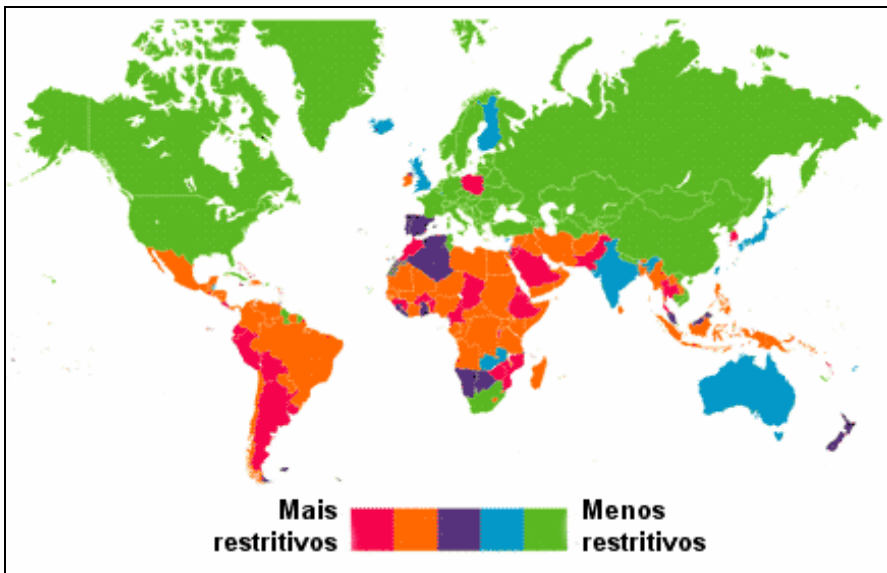


FIGURA 1 - Situação do aborto legal no mundo atualmente.
Fonte: Center for Reproductive Rights.

Segundo a jurista, Dra. Maria Fernandes, na 2ª Audiência Pública da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher (APCDDM), se hoje no Brasil fosse aprovada uma lei descriminalizando o aborto, essa lei teria total condição de ser constitucional, pois estaria respeitando todos os outros princípios que também são resguardados pela Constituição, e estaria fazendo uma ponderação entre o direito à vida do feto e os direitos da gestante (SEMINÁRIO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 2005).

Se a Constituição Federal, nos moldes atuais, dá as condições necessárias para a descriminalização do aborto, o mesmo não ocorre com o Código Penal brasileiro, que com as mudanças ocorridas ao longo do tempo, ao contrário de ampliar direitos relacionados ao tema, suprimiu de seu texto algumas conquistas.

Baseado no Código Penal francês, o Código Penal brasileiro, na época do Império, conforme afirma Costa (1986), tipificava o aborto como crime em seu artigo 199, e, tal crime era punido quando praticado por terceiros, com ou sem consentimento da gestante. A pena era de dois a seis anos de prisão com trabalho e dobrava caso tivesse sido praticado por médico, boticário, cirurgião ou praticante de tais artes. Este código, no entanto, não punia o auto-aborto.

Segundo o autor a denominação auto-aborto, no Código de 1890 é dividida em

aborto voluntário e aborto *honoris causa*¹¹, ambos passíveis de pena, a última, no entanto com atenuantes. Nesse documento também são estabelecidas pena celular de vinte e quatro anos de prisão caso ocorra morte da gestante.

Para Luft (2001) este dispositivo na lei, que aumenta a penalidade, em caso de morte, destoava da regra geral da época, pois demonstra a preocupação com a gestante e não só com o feto. O que gerou, na época, muitas críticas de juristas inconformados com a condescendência dada às mulheres e a severidade com quem as ajudasse nesse evento. Sendo considerado pelos mais críticos como a Lei que não protegia os inocentes, já que o feto não era referenciado de forma direta em seus artigos.

Muito embora os moralistas da época assim como os juristas proferissem frases enfáticas de repulsa a proteção que o Código de 1890 dava à mulher, as modificações ocorreram somente cinqüenta anos depois, no Código de 1940, que prevê em seus artigos o aborto provocado pela gestante como passível de pena. Também é nesse Código que fica prevista a isenção de culpa do médico que pratica o aborto necessário, quando há risco de vida para a mulher, ou por gravidez resultante de estupro, na forma dos artigos 124 e 128 do código citado.

O aborto por honra e o aborto paterdoloso de acordo com Fragoso (1987), foram previstos no Código de 1969, que o autor denomina de “código frustrado”, pois manteve o caráter repreensivo comum na legislação brasileira, e suprime de sua redação o aborto em caso de estupro.

A Lei do Planejamento Familiar, Lei 9.263/96, no Brasil, atualmente, garante que a decisão quanto ao tamanho de sua prole cabe ao homem, à mulher ou ao casal, mas não permite que o aborto seja usado como forma de garantir a autonomia reprodutiva (BRASIL, 1996).

Afirmam Schor e Alvarenga (1994), que, apenas, 26% dos países não permitem o aborto legal, exatamente os que têm maior número de mulheres pobres e marginalizadas.

Entre esses países encontra-se o Brasil, que segundo dados do Dossiê Mortes Preveníveis e Evitáveis, elaborado pela Rede Nacional Feminista de Saúde, em 2005

¹¹ *Honoris causa* - Em causa própria, neste caso para ocultar a própria desonra (LUFT, 2001).

dá conta que varia entre 705 a 1000 o número de aborto clandestino no Brasil por dia. A pesquisa foi elaborada usando o método do Instituto Alan Guttmacher, extremamente respeitado, com base no cálculo de curetagem pós aborto que chegam ao sistema Único de Saúde (SUS) (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2005).

E esses números, do aborto são contestáveis, pois de acordo com a Dra. Gleyde Selma, advogada, somente os que chegam ao SUS são computados.

Quando se fala em aborto clandestino no Brasil, não se fala dos que são efetuados em clínicas particulares de saúde, em que a mulher paga de R\$1.500,00 a R\$3.350,00 e o realiza com certas condições de higiene, também não estão incluídos nessas estatísticas o efetuado em casa com verduras ou objetos pontiagudos ou remédios que não são para esse fim, com seqüelas gravíssimas (SEMINÁRIO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 2005).

Atualmente no Brasil, existem leis que garantem o direito ao aborto em casos especiais, entre eles o aborto por estupro, mas sabe-se que o processo é tão constrangedor para a vítima que, muitas vezes, as mulheres desistem e acabam recorrendo ao aborto clandestino.

O aborto induzido é considerado crime quando não se trata de risco para a vida da mulher ou de gravidez resultante de estupro, conforme dispõe o artigo 28 do Código Penal brasileiro (BRASIL, 1998).

Contudo, além de não impedir que a prática do aborto continue sendo realizada, a ilegalidade é a causa provável de muitos óbitos e seqüelas, pois a clandestinidade apenas contribui para piorar as condições em que os abortos são feitos, agravando os riscos à saúde da mulher e dificultando o atendimento médico.

Para Diniz (2003), se por um lado, há um crescente discurso sobre o anacronismo ético e sociológico desta regulamentação, que data de 1940, por outro lado há também um movimento que visa o retrocesso legislativo que propõe a proibição total do aborto, questionando a adequabilidade e a legalidade de uma legislação que versava sobre o comportamento e práticas biomédicas do início do século XX.

A autora afirma ainda que dada a atual configuração política brasileira, a expectativa para que a situação legislativa sobre as políticas do aborto se modifique são tímidas. Primeiro por tratar-se de debate violento que por vezes é movido por paixões e, segundo, porque o projeto de lei que tramita no Congresso Nacional não revela nenhum avanço, e nem discute a diversidade moral existente na população

brasileira.

Há várias críticas com relação à condução da discussão do tema do aborto. As críticas mais fortes se referem aos três poderes: o Executivo, o Legislativo e o Judiciário, que devem atuar pautados em razões públicas – razões que sejam aceitas por uma coletividade em respeito ao pluralismo e ao princípio laico do Estado brasileiro.

Recentemente alguns passos foram dados em resposta às críticas que vinha sofrendo o Estado, o primeiro foi dado pelo Ministério da Saúde que encomendou pesquisa sobre o aborto no Brasil feita nos dias 18 e 19 de junho de 2005 em 131 municípios de 25 estados. A pesquisa revelou, segundo Formenti (2006), diversas contradições quando o assunto é legalizar o aborto no País. Enquanto só 11% dos 2.100 entrevistados foram a favor da descriminação da prática, 29% acharam correta a prisão da mulher que faz aborto ilegal e 66% concordam que a decisão sobre a continuidade ou não da gravidez seja da mulher, não da lei. A pesquisa mostrou claramente que a população está dividida sobre a mudança nas regras: 41% avaliaram que a lei não deveria ser alterada e 36% foram favoráveis à ampliação dos casos em que a prática é permitida.

De acordo com a mesma fonte, houve proposta de uma comissão do governo com representantes do Executivo, do Legislativo e da sociedade civil e no dia 30 de junho de 2005, foi apresentada uma minuta de projeto de lei prevendo que o aborto deixe de ser crime. Na minuta da comissão, o aborto é descriminado até a 12ª semana de gravidez e permitido para casos de estupro até a 20ª semana. Nos casos de malformação do feto ou risco de vida, o prazo para permissão não foi determinado. A minuta também estabelece regras para o procedimento médico, que poderá ser feito na rede pública ou na particular. Os integrantes da comissão, na época, afirmaram convicção de que não seria fácil aprovar o projeto no Congresso, sabendo da polêmica que traria o tema ao legislativo.

Lórea (2006) vai mais além e amplia a crítica ao judiciário, afirmando que alguns juristas brasileiros que não contemplam em seus textos decisões internacionais sobre o aborto, afirmando que isso empobrece a análise, tornando-a juridicamente superficiais, e contribuindo erroneamente para a interpretação da Constituição Federal (CF) e de textos internacionais. Segundo essa corrente o aborto seria juridicamente inadmissível

em face da proteção jurídica da vida desde a sua concepção, prestando limitada ou nenhuma contribuição em tão relevante questão.

Para o autor este equívoco ocorre na interpretação do artigo 5º da Constituição, que estabelece: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros nascidos no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Como se percebe, o texto deixa claro o direito à vida aos **nascidos** no País e não aos **concebidos** no País.

Para suprir a ausência de proteção à vida desde a concepção na Constituição Federal, alguns juristas utilizam o argumento, de que esta proteção está prevista no Pacto de São José da Costa Rica, documento que data de 1969, em seu artigo 4º inciso 1, que prevê a proteção à vida desde a concepção, tornando o aborto no Brasil inconstitucional, já que este Pacto tem força Constitucional no Brasil.

No entanto, Lórea (2006) argumenta que se o valor do pacto realmente fosse tão relevante, os casos de aborto previsto por lei, anteriores ao pacto, seriam inconstitucionais.

Outro passo importante dado nessa direção é mais recente, data do mês de abril de 2007, ocasião em que o diretório do Partido dos Trabalhadores (PT) aprovou resolução que expressa a posição do partido com relação ao aborto, no item “a defesa da saúde da mulher”. Orientado por suas posições históricas, pelas necessidades da Saúde Pública e pela preservação do caráter laico do Estado e defende o debate público sobre o tema.

Hoje, o aborto é a quarta causa de morte de mulheres no Brasil. Então se conclui que existe uma legislação que pune o aborto e esta legislação não está conseguindo ser suficiente para proteger nem a vida do feto e nem a vida das mulheres. O que se tem, então, é uma legislação que não funciona, não protege a mulher e não reduz o número de abortos. Portanto, essa legislação precisa ser revista. E já o teria sido, não fosse a intransigência de alguns setores conservadores da sociedade brasileira. Que penalizam e condenam as mulheres em nome de uma suposta divindade de um ser em formação.

Segundo Cólón et al (1997), no discurso antiaborto, estão presentes as definições

conservadoras dos papéis de gênero, da sexualidade, da reprodução, da família e dos problemas sociais; defende-se a preservação da moral sexual e familiar já estabelecidas. Para a proibição do aborto, o principal argumento é a defesa da “vida do feto”, que se torna superior aos direitos das mulheres.

Esse argumento, baseado em dogmas, alimenta a posição contrária ao aborto em varias religiões, que dependo do credo podem ter uma postura mais ou menos flexível.

Acerca dessa flexibilidade afirma Schor e Alvarenga (1994), em geral as igrejas protestantes como a batista, a luterana, a metodista, a presbiteriana, a episcopal e a unitária são menos rígidas, uma vez que admite o aborto terapêutico, embora jamais encare o aborto como método de controle da natalidade. De qualquer forma, dá-se grande importância à vida da mãe, devendo a questão ser resolvida entre médico, pastor e paciente. A igreja unitária-universalista é uma facção protestante que mais ousou em relação ao tema do aborto, defendendo, desde 1963, o procedimento em caso de perigo físico ou mental para a mãe, gravidez resultante de estupro ou incesto e defeito físico ou mental da criança que está para nascer.

O judaísmo também tem apresentado uma postura mais flexível no que diz respeito à questão do aborto, provavelmente por apresentar concepções teológicas diferentes em relação à alma e ao "pecado original". Para os judeus, o feto só se transforma em ser humano quando nasce e em pessoa um mês após o nascimento. Além disso, o fato de não existir uma autoridade máxima ditando todas as regras de conduta faz com que os judeus possam ter liberdade sobre sua própria consciência.

Já o cristianismo condena a prática do aborto, ainda que a interrupção da gravidez se dê por razões de ordem terapêutica ou sentimental.

Em fins do século passado interrompeu-se a discussão em torno da animação tardia do feto e atualmente a Igreja apresenta restrições quanto à prática do aborto terapêutico como caminho para se salvar a vida da mãe. Ou seja, condena todo tratamento que vier atentar diretamente contra a vida do feto (Schor; Alvarenga, 1994),

Chaves (2007), observa que sendo o Brasil um país de maioria católica, mostra-se clara e radical a posição que condena o aborto em qualquer circunstância, até mesmo nos casos hoje admitidos pela Legislação brasileira. Ficando muitas vezes tanto o Judiciário, quanto o Legislativo adstrito a aprovação ou não da Igreja em suas decisões.

Dessa forma Igreja Católica tem interferido fortemente nos debates e aprovações de projetos de lei e implementação de outras, no cenário do Congresso, Senado e Judiciário Nacional. Geralmente sob o tema “da defesa da vida”¹² a Igreja exerce influência com uma poderosa força política, “com capacidade de formar opinião pública, na medida em que possui uma rede nacional de púlpitos, influência na grande imprensa e setores governamentais” (PRADO, 1985).

De acordo com Cólón et al (1997) todos os outros discursos e retóricas antiaborto relaciona-se, de uma ou outra maneira, à defesa da vida do feto. Ao estabelecerem o aborto como crime, os setores antiaborto, argumentam que o poder das mulheres de pôr fim a uma gravidez equivale a reconhecer que se pode reivindicar o poder de decidir quem tem valor social para viver. Ou, então, que se é possível pôr fim à “vida do feto” pelo fato de que ele é totalmente dependente do corpo da mulher, também se pode dar fim na vida de um doente, pois ele depende de outras pessoas, ou mesmo de uma criança já nascida uma vez que ela também é dependente de outras pessoas.

Por sua vez, nas retóricas pró-aborto, os defensores da descriminalização completa do aborto, fundamentam seu principal argumento na reivindicação do direito ao aborto como mais um dos direitos reprodutivos das mulheres e todos os outros argumentos perpassam esse entendimento, inclusive a igualdade de gênero.

É exatamente a igualdade que não pode ser defendida pelos conservadores, pois defender a igualdade de gênero significa, para os que são contra o aborto, contrariar a ordem natural da sociedade e da biologia.

Dessa forma as desigualdades nas relações homem e mulher são naturalizadas e a maternidade define as funções femininas. Existem padrões de comportamento pré-estabelecidos a serem seguidos e que dizem respeito a sua condição nas relações de gêneros. Baseia-se no discurso sócio-biológico, e não apenas condena a autonomia reprodutiva feminina como também se opõe à igualdade entre os sexos e, sendo o corpo humano uma obra da natureza, alegando a doutrina da pessoalidade do feto está intrinsecamente ligada à visão da mulher-mãe levantando, com isso, a culpa nas mulheres que decidem pelo aborto.

Nessa visão restrita de autonomia fazer o aborto de um feto – que já foi concebido

¹² Defesa da Vida – é o tema da campanha da fraternidade de 2008, promovido pela igreja católica.

– não deve sequer ser levado à discussão. E estabelece que as mulheres deveriam ter controle absoluto sobre sua reprodução, ficando completamente imune a qualquer forma de violência sexual, falha anticoncepcional e anomalias congênitas do feto. Sabe-se que isso não ocorre, pois o cotidiano das mulheres não permite o controle que lhe é imposto.

Esse determinismo imposto à mulher gera ainda maiores problemas ainda quando a gravidez é de feto com anomalias incompatíveis com a vida, sejam elas morfologias ou funcionais. Uma dessas anomalias mais comum que inviabiliza a vida do feto fora do útero materno é a anencefalia que na seqüência é trazida para o debate.

2.4 Anencefalia

A disponibilidade de novas tecnologias de acordo com Costa (2006) possibilitou o diagnóstico, intra-útero, precoce e preciso de anomalias fetal incompatível com a vida após o nascimento, isto tem levado no Brasil, à solicitação da interrupção da gravidez, mediante autorização judicial, visto que a interrupção da gravidez por anomalia fetal não é condição de legalidade pelas leis vigentes no país.

A história mais uma vez mostra que a falta de tecnologia não foi empecilho para a eugenia¹³. Em tempos remotos da civilização humana, o sacrifício ocorria após o nascimento, quando a criança possuía malformação física.

Algumas culturas tinham essa prática por questões de sobrevivência dos demais. Os brâmanes, por exemplo, abandonavam ou matavam os recém-nascidos que lhes pareciam de má idole, relata Hungria (1942), afirmando também que o Código de Manu¹⁴ proibia o casamento entre membros de famílias com doenças mentais e que na Grécia, as crianças malformadas eram levadas para o alto da montanha, e lá abandonadas. Havia quem defendia que a morte de bebês mal formados fosse imposta pelo Estado, Platão e Aristóteles, Licurgo e Sólon compartilhavam essa idéia.

¹³ Eugenia – Ciência que estuda a melhoria física e mental da raça (Guimarães, 2002).

¹⁴ Código de Manu - Escrito em sânscrito e elaborado entre o século II aC. e o século II dC., o Código de Manu é a legislação mais antiga da Índia.

Nogueira (1995) explica que em outras civilizações essa prática também ocorria. Devido ao forte espírito bélico que envolvia as ações do povo de Esparta, era vetada a família possuir um filho que não servisse aos interesses do Estado. Eram, então, retiradas de sua família e jogadas do alto do Monte Trajeito.

Em Roma o mesmo acontecia com qualquer recém nascido que fugisse aos padrões de aparência humana, sob o pretexto de não serem pessoas (Matielo, 1994).

Aqui mesmo no Brasil e em outras culturas indígenas, na América Latina, eram mortas as crianças que apresentassem qualquer malformação, os gêmeos e os ilegítimos, sob pena de trazer má sorte para a tribo, atrapalhar na caça e atrair animais selvagens (Mammana, 1959).

Entre as malformações fetais mais graves e mais freqüentes, encontra-se a anencefalia, ausência de cérebro. Para Neto (2007), seu diagnóstico pode ser realizado com muita precisão a partir da 12ª semana de gestação, por meio de ultra-sonografia (US), quando já é possível a visualização do segmento cefálico fetal. De modo geral, os médicos preferem repetir o exame em uma ou duas semanas para a confirmação do diagnóstico.

A evolução ou não da gestação tem sido foco de discussões, tanto em nível científico como na esfera do direito, tendo atingido recentemente o Supremo Tribunal Federal (STF), última e mais importante instância jurídica do Brasil.

Anencefalia consiste, de acordo com Neto (2007), em malformação congênita caracterizada pela ausência total ou parcial do encéfalo e da calota craniana, proveniente de defeito de fechamento do tubo neural durante a formação embrionária, entre os dias 23 e 28 da gestação e ocorre com maior freqüência em fetos femininos, pois, parece estar ligado ao cromossomo x.

Estimativas apontam para incidência de aproximadamente 1 caso a cada 1.600 nascidos vivos. A cada ano o número de registros de crianças nascidas vivas no Brasil tem oscilado entre 2,7 e 3,0 milhões/ano. Também o número de casos comprovados de anencefalia tem aumentando significativamente, exigindo práticas adequadas ao seu manuseio. O risco de incidência de anencefalia aumenta 5% a cada gravidez subsequente. Inclusive, mães diabéticas têm 6 vezes maior probabilidade de gerar filhos com este problema. Há também maior incidência de casos de anencefalia em mães muito jovens ou nas de idade avançada. Fatores nutricionais e ambientais podem influenciar indiretamente nesta malformação. Entre elas estão: exposição da mãe durante os primeiros dias de gestação a produtos químicos e solventes; irradiações; deficiência materna de ácido fólico, alcoolismo e tabagismo. Presume-se que a causa mais freqüente seja a deficiência de ácido fólico. O melhor modo de prevenir esta

malformação é que toda mulher em idade fértil utilize ácido fólico três meses antes da concepção e nos primeiros meses de gestação, na dose de 5,0mg, via oral por dia (NETO, 2007, p. 4).

A ressonância magnética, ao lado do exame de US de nível três, tem se mostrado importante meio diagnóstico na identificação desta e de outras malformações dos fetos. Ainda, constitui valioso auxiliar na identificação de outras afecções associadas, como a espinha bífida¹⁵ e a raquisquise¹⁶, presentes em grande parte dos casos. Outras malformações freqüentemente associadas a anencefalia são as cardiopatias congênitas e as alterações do sistema gênito-urinário fetal.

O diagnóstico de anencefalia é sempre seguido de grande angústia por parte de médicos e das pacientes. A equipe precisa estar suficientemente preparada para notificar o casal ou a mulher, dando tempo suficiente, após a comunicação médica, para que as pessoas envolvidas tenham tempo para assimilar o problema e se conscientizar do mesmo, a fim de que possam tomar uma decisão segura, quer pela interrupção da gestação, quer pela sua manutenção.

A orientação deve sempre ser esclarecedora, demonstrando que se trata de patologia fetal letal em 100% dos casos, e que o recém-nato poderá falecer minutos após o parto. A perda de um "ente querido e próximo" deve ser gradativamente absorvida pelo casal e psicologicamente compreendida. Os serviços devem se valer de suporte psicoterápico. "Desfazer os sonhos" e derrubar o castelo que estava sendo construído são situações difíceis, encruzilhadas perigosas, e o médico neste momento não deve atuar como um fator complicador de decisão. A ele não cabe impor sua opinião, pois deve a família tomá-la. Deixá-los decidir livremente após a conscientização do problema é uma boa prática obstétrica. Alguns fatores, entretanto, servem como subsídio à tomada de decisão, dentre as quais fazem parte as complicações obstétricas. É freqüente a associação da anencefalia a polidramnio (50%) e a apresentação fetal anômala (pélvico transverso, de face e oblíquos) devido à dificuldade de insinuação do pólo fetal no estreito inferior da bacia. Também não é desprezível a associação com doenças hipertensivas específicas de gravidez (DHEG), comprometendo o bem-estar físico da gestante. Justifica-se a alta incidência de polidramnio ao fato de que parte do líquido amniótico não é deglutido pelo concepto. Neste caso, a perda da deglutição ocorre por falta de controle pelo SNC (NETO, 2007, p. 3).

De acordo com dados da OMS o Brasil é o 4º país no mundo com nascimentos de RNs com anencefalia (Organização Mundial da Saúde, 2007). Existem outras malformações incompatíveis com a vida, mas até então, os casos que receberam

¹⁵ Espinha bífida – Não ocorre o crescimento conjunto de ambos os lados da coluna vertebral, onde iria ficar alojada a medula espinhal (GUIMARÃES, 2002).

¹⁶ Raquisquise – Ausência do envoltório que protege os elementos neurais (GUIMARÃES, 2002).

autorização para interrupção foram os de anencefalia comprovada, outras anomalias incompatíveis com a vida, não tiveram a mesmo desfecho.

Segundo Diniz (2003), o processo brasileiro de revisão da legislação, ocorre com muita cautela, mesmo com o crescente aumento do consenso em torno do aborto por anomalia fetal grave. Enquanto a mudança na legislação não se concretize, os pedidos de autorização devem ser analisados pelo Poder Judiciário ou pelo Ministério Público, e infelizmente, alguns pedidos são negados.

A autora afirma que os processos cuja autorização foram negadas tiveram amparo em três argumentos: o primeiro é que o aborto voluntário no Brasil é crime e os permitidos no Código Penal não reconhecem a anomalia fetal incompatível com a vida como excludente de penalidade; o segundo é o reconhecimento do status moral do feto humano como pessoa, portanto possuidor do direito à vida; o terceiro é a classificação do aborto por anomalia fetal incompatível com a vida como uma forma de aborto eugênico. Estas, por sua vez, partem da premissa, considerada indiscutível, por aqueles que se opõe às modalidades de aborto em geral, que é a premissa da santidade da vida humana, a premissa da ladeira escorregadia e a premissa da potencialidade.

A premissa da santidade da vida humana tem base no ciclo natural de vida, que vai do nascimento até a morte. Qualquer intervenção no ciclo vital seria um atentado à ordem divina, portanto inaceitável. A premissa da ladeira escorregadia sustenta que uma maior tolerância da legislação que rege o aborto provocaria uma flexibilização moral no campo da reprodução, nessa premissa, agora a discussão é o aborto, em seguida, por exemplo, seria a eutanásia neonatal, o infanticídio e aí por diante. A premissa da potencialidade defende que entre o feto, a criança e o adulto há uma relação de continuidade, isto é o feto já seria um indivíduo e, numa relação de reciprocidade qualquer dano à vida do feto seria um dano a vida do indivíduo, este com prerrogativas sociais.

Felizmente a maior parte da população brasileira não é dogmática, nem intolerante e, também felizmente há em todo o Brasil, um grande número de juizes, promotores de justiça e operadores da lei em geral que compreendem que a mulher, ao gerar um feto que nunca poderá viver, tem o direito de não correr os riscos da continuação desnecessária de tal gravidez (FAUNDES, 2003, p.19).

Entre os grupos que mais se destacam em lutas pelo direito da mulher de conduzir o destino de uma gravidez encontra-se o movimento das Católicas pelo Direito de Decidir. Trata-se de uma ONG, formada por mulheres de uma facção contestadora da igreja católica representada por Dulce Xavier que vem lutando pelo direito das mulheres em decidir, entre outras coisas, se querem ou não ter um filho em determinado momento de suas vidas.

É por se contar no Brasil com grupos que têm uma visão não dogmática do tema que, com mais freqüência, chega ao judiciário inúmeros pedidos de interrupção da gravidez por anomalia fetal incompatível com a vida. Esta conquista veio por meio do debate em torno do tema e tem história própria.

Para Diniz (2004), o processo brasileiro até a chegada ao Supremo Tribunal Federal foi longo, onde foi reconhecida a primeira autorização que protegia os direitos reprodutivos da mulher grávida de feto anencefálico a ter o direito a interrupção. Esse o marco histórico e ocorreu há quinze anos atrás. Nesse período os parceiros das mulheres foram os médicos e os promotores de justiça. Foi uma iniciativa corajosa e solitária de alguns médicos que primeiro levou o caso aos tribunais. Estima-se que três mil processos foram autorizados no país desde 1989, não sendo esse número representativo do total de casos, uma vez que nem todas as mulheres anteciparam o parto. Grande parte das mulheres era pobres e usuárias do Sistema Público de Saúde, onde a legalidade era condição para a execução do procedimento médico. De acordo com a autora, há registros de pedido de autorização em todo o país, com uma concentração maior em São Paulo, Distrito Federal e Rio de Janeiro.

São cada vez mais comuns no Brasil as ações judiciais em que gestantes de fetos com anencefalia buscam autorização para interromper a gravidez, sendo significativa a jurisprudência a partir do número de autorizações obtidas até agora, mesmo assim, há muita resistência de Grupos ligados à Igreja Católica que têm pressionado contrariamente à possibilidade de o STF corresponder à demanda feita por meio do instrumento jurídico denominado Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF).

Este instrumento jurídico, explica Diniz (2004), relativamente novo, foi criado em 1999 e permite que a sociedade por meio de instâncias legítimas se pronuncie

diretamente ao STF sem cumprir todo o itinerário jurídico. Entre essas instâncias, por exemplo, têm-se as Confederações Sindicais ou entidades de classe com atuação em âmbito nacional.

De acordo com o Jornal Eletrônico Mulheres de Olho, em 2004, um desses casos chegou ao Supremo Tribunal Federal. Tratava-se do caso de uma jovem de 18 anos, que em novembro do ano anterior havia tido seu pedido indeferido liminarmente pelo juiz de direito do município de Teresópolis (RJ). O Ministério Público do Rio de Janeiro recorreu, distribuindo apelação a 2ª Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do estado. Em novembro de 2003, uma desembargadora concedeu liminar autorizando a interrupção da gravidez. Entretanto, um desembargador aposentado do Tribunal de Justiça e o presidente da União dos Juristas Católicos do Rio de Janeiro interpuseram um agravo regimental na 2ª Câmara Criminal, conseguindo em 21 de novembro a suspensão da liminar expedida pela desembargadora, decisão mantida pelo colegiado (FREITAS, 2007).

Esta mesma fonte noticia que quatro dias antes de o procedimento ser realizado, o presidente da Associação Pró-Vida de Anápolis impetrou habeas-corpus em favor do feto junto ao Superior Tribunal de Justiça (STJ/ HC 32159-STJ) e a autorização foi sustada até apreciação final. Este habeas-corpus só foi julgado – e concedido – pelo STJ no dia 18 de fevereiro de 2004. Foi então impetrado habeas-corpus com pedido de liminar, junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), em favor da jovem. O relator chegou a divulgar seu voto favorável à interrupção da gestação, mas não houve tempo de os ministros do STF fazerem o julgamento final. Em torno do oitavo mês de gestação, a jovem teve o bebê anencefálico, que morreu sete minutos após o parto.

Em junho de 2004, este caso motivou o Conselho Nacional dos Trabalhadores em Saúde (CNTS) e a organização não-governamental Instituto da Bioética, Direitos Humanos e Gênero (ANIS) a apresentar uma ADPF ao STF, por meio do qual se demandava a autorização para que serviços de saúde pudessem realizar a interrupção da gravidez nos casos de anencefalia do feto, desde que pedida pela mulher e sem necessidade de autorização judicial.

Em julho do mesmo ano, uma liminar autorizando o procedimento foi concedida pelo ministro Marco Aurélio de Mello, provocando fortes reações da Confederação

Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). No dia 20 de outubro, o STF decidiu revogar a liminar deferida pelo ministro, adiando a votação sobre o mérito da questão para 2005.

De acordo com Diniz (2004), a liminar do ministro Marco Aurélio, assim como a ADFP, não impõe a antecipação do parto, mas garante o direito de escolha da mulher a interromper ou não a gravidez. A liminar garante, que se a mulher desejar a antecipação do parto e garante também que o Estado dê suporte para que o procedimento ocorra em condições sanitárias de saúde ideais, ou que a gravidez, que é de risco, seja mantida á termo com acompanhamento médico especializado. A ADFP, garantia aos profissionais de saúde executarem esses procedimentos sem risco de punição.

Punição e aborto, seja qual modalidade de aborto for, é convergência simbólica que não está claramente colocada, se esconde nas subjetividades.

Acerca disso, Ribeiro (2003), afirma que em algumas civilizações o aborto era livre de pena, mas suas práticas não eram livres de riscos à vida e à saúde da mulher, logo o aborto nunca foi livre de pena, sempre houve “pena de morte” para o aborto. Alguns Sistemas Jurídicos encontraram soluções mais lógicas: para preservar essas mulheres, bastava proibir o aborto, realizados sem as condições sanitárias adequadas, se praticasse em condições clínicas ideais, não haveria razão para a proibição. Não havia proteção para homens e mulheres em potencial, isto é, aqueles que não haviam nascido. Atualmente com as técnicas seguras, não há mais motivos para a proibição. As razões são outras.

Para a autora as razões são o dogmatismo e o fanatismo, ambos ligados entre si, vão significar a crença em uma verdade ou num sistema de verdades, que uma vez aceitas, não devem ser mais postas em discussão. Com isso o sistema judiciário brasileiro se tornou um instrumento de desamparo, abandono e preconceito, baseado no princípio da vida, que nem o próprio judiciário define com exatidão.

O Código Penal brasileiro, estrutura-se em ordem decrescente de relevância de bens jurídicos protegidos pela norma, Assim, os crimes tipificados entre os artigos 121 e 127 compõe o Capítulo 1- dos crimes contra a vida -, que por sua vez, insere-se no Título 1 - dos crimes contra a pessoa - o que permite concluir que o Código Penal pune os crimes contra a vida das pessoas, o que é um tanto óbvio. Menos óbvio, entretanto, é o que venha a ser vida em um contexto jurídico penal (RIBEIRO, 2003, p.95).

O conceito de vida para o judiciário, ainda segundo a autora, não pode ser baseado na moral, na religião, e na emoção, não pode ser dom, nem alma, nem santificado. A vida deve ser um bem jurídico integrante da personalidade, sujeito a tutela penal. Nesse sentido se um feto não é sujeito jurídico, pois só ganha esse status após o nascimento, não podendo haver pena para o aborto de um sujeito destituído de direito. Já que o Código não prevê pena na proteção de uma fusão genética, nem a identidade genética nova, nem o ato sagrado da fecundação. Ou seja, a única tipificação de crime, que pode ser punida seria a conduta que frustra o surgimento de uma pessoa.

Com base nas afirmações da autora, entende-se que, quando essa expectativa de vida é frustrada por uma patologia, no caso específico, a anencefalia, não haveria crime em interromper a gravidez, já que do ponto de vista jurídico não haverá frustração na conduta. Então porque não tornar legal o aborto por anencefalia, ou outra qualquer malformação incompatível com a vida? Já que o caminho para se chegar a esse objetivo é tão doloroso quanto constatar que o feto que traz no útero não “vingará”.

Neto (2007) explica que como esta possibilidade não está contida no Código Penal brasileiro, decide-se entre os profissionais de saúde se a interrupção é ou não um ato benéfico para a gestante. Dessa forma a primeira decisão é médica, conduta que suprime direitos reprodutivos, que deve ser baseado na liberdade de escolha, no direito à saúde e na dignidade da pessoa humana. A segunda decisão é judicial, a liberdade de escolha aqui se assemelha ao princípio da autonomia reprodutiva. Para exercê-la nestes casos a mulher necessita de autorização judicial; portanto, vê-se aqui clara restrição à liberdade de escolha de seu tratamento médico.

O direito à saúde é também um direito constitucional, e um dever do Estado promovê-lo. Não se restringe simplesmente a atender uma necessidade, mas de promover um completo bem-estar físico e psíquico. Também neste caso o acesso ao melhor tratamento médico encontra-se restrito pela necessidade de documentação judicial.

Neto (2007) coloca também que a dignidade da pessoa humana é outro princípio onde se sugere que as ações do Estado e ações coletivas não devem intervir de modo a reduzir a dignidade da pessoa. Na Anencefalia não há sequer interesse da

coletividade em preservar um sofrimento na esfera psíquica das mulheres. Aplica-se também aqui a idéia dos tratamentos indignos e desumanos, já que intervêm na decisão. Limitação da autonomia implica em tratamento digno.

Deste modo, visto pelo lado dos direitos humanos e, dentro destes, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, é urgente que se normatize a atenção a anencefalia sem necessidade de autorização judicial, que claramente restringe a autonomia e o poder de decisão da gestante.

Ribeiro (2003) analisa essa urgência na atenção a anencefalia sob dois pontos de vista: do ponto de vista dos direitos sexuais e reprodutivos, buscando não restringir a autonomia das mulheres, onde a atenção deve ser favorável à livre decisão pela antecipação do parto na anencefalia; do ponto de vista clínico e obstétrico onde há evidências muito claras de que a manutenção da gestação pode elevar o risco de morbi-mortalidade materna, justificando-se, deste modo, a livre decisão de médicos e pacientes pela antecipação terapêutica do parto.

“Antecipação terapêutica do parto” é a nomenclatura que deve substituir a atual, “aborto por anencefalia” e que já foi discutida em reuniões com segmentos sociais de relevância no assunto, como os portadores de deficiência e as mulheres.

Diniz (2004) afirma que, entendendo não existir crime de aborto diante da inviabilidade fetal essa terminologia não caberia mais aos casos de anencefalia, chegou-se a termos éticos, jurídicos e médicos mais precisos, passando a denominar-se antecipação terapêutica do parto.

2.5 O Serviço Social na demanda do aborto voluntário e por anencefalia

As condições histórico-econômicas do Brasil contribuíram de forma decisiva para caracterizar o contexto da saúde na atualidade. Estas condições históricas podem ser relatadas desde a colonização, mas é no início do século XX, com o avanço do modelo agroexportador, que o controle sobre a saúde ganha novos contornos.

Para Polignano (2006), esse modelo exige uma política de saneamento que se destine aos espaços de circulação de mercadoria exportáveis. Sendo assim desde o

final do século XIX até a década de 1960, impera no Brasil o modelo de sanitarismo campanhista em combate às epidemias e endemias.

O autor também afirma que somente na década de 1970, a saúde passa a ser prestada pela previdência social com financiamento do Estado. Prevalece, nesta época, o modelo hegemônico médico-assistencial-privatista, contribuindo, significativamente, para que parcela da população permaneça excluída da assistência à saúde.

De acordo com Soares (2004), data dessa época as mobilizações da reforma sanitária no Brasil, aproveitando os ventos da abertura política e as transformações ocorridas no âmago do Serviço Social, com o Movimento de Reconceituação, que apontava agora para uma atuação profissional claramente envolvida nos projetos de emancipação coletiva. Desde a reforma sanitária, então, o Serviço Social vem se comprometendo entre outras coisas, com a saúde reprodutiva no Brasil.

Mas a coroação da assistência social vem por meio da Constituição Federal quando se torna componente básico do tripé da Seguridade Social, juntamente com a previdência e a saúde.

Para Bravo e Matos (2004), é evidente que esta conquista não foi fácil, visto que, durante o processo que levou a ela, foi visível a polarização da discussão em dois blocos antagônicos, um que pregava a privatização dos serviços de saúde e a outra que pediam a democratização ao acesso, a universalização e a descentralização com controle social aos serviços de saúde.

Nos anos de 1990, no entanto, de acordo com Soares (2004), a garantia de unidade prevista na Constituição foi rompida, e o tripé da seguridade social passa a ter seu orçamento separado e sua ação isolada setorialmente, a assistência deixou de contar com recursos previdenciários, limitando-se aos escassos recursos fiscais disponíveis. Essa fragmentação trouxe graves conseqüências, tanto no âmbito do financiamento, nas políticas, nos projetos e nos programas. Além de ter afetado também os planos políticos e ideológicos. A política social apresentava programas focados de combate à pobreza, de cunho emergencial e não permanente.

Sabe-se que a pobreza tem sua origem na relação trabalho/capital e que as políticas sociais têm por função diminuir a lacuna existente entre a acumulação capitalista e o trabalhador. A fragmentação das políticas, que segue os ideários

neoliberais, que exime o Estado de suas funções, transferindo-as ao terceiro setor, torna cada vez maior essa lacuna e evidencia novas e velhas expressões da questão social, entre elas, o aborto.

Várias são as áreas do conhecimento que estão direta ou indiretamente envolvidas na discussão das questões relacionadas ao aborto. O Serviço Social, enquanto profissão que tem como objeto de ação as expressões da questão social não poderia ficar de fora da discussão da questão do aborto. A prática do aborto traz consigo uma gama de necessidades sociais, as quais o Serviço Social é chamado a atuar.

De acordo com Lolatto (2004), em meio a essas necessidades sociais que envolvem o aborto, uma série de fatores poderá influenciar a intervenção do Assistente Social. Dentre esses fatores, podem ser citados: a ética, os valores, a formação sócio-cultural, a sua passagem pelo curso universitário, a sua visão acerca da moral, a sua leitura e utilização do código de ética, os preceitos da instituição em que exerce a profissão e vários outros.

Para a autora, o mais importante a ser ressaltado é que a sua intervenção não estará descolada da própria construção sócio-cultural do profissional enquanto pessoa e de sua postura ético-política enquanto profissional.

Assim, compreende-se que na práxis profissional perpassam, a todo o momento, questões relativas a ética, a moral, a liberdade, os valores, próprios da construção social do indivíduo; e, ao mesmo tempo, existe o Código de Ética Profissional do Assistente Social, que possui um claro comprometimento com um projeto de sociedade diferente desta sociedade capitalista, em sua fase neoliberal (LOLATTO, 2004, p.13).

Muito embora, admita-se que o assistente social traga traços morais e éticos de sua construção histórica, acredita-se que tais construções não devem implicar em dificuldade para o devido distanciamento da questão a qual ele é chamado a atuar, principalmente no caso do aborto por anencefalia, que envolve também princípios e dogmas religiosos, pois estaria incorrendo no risco de não privilegiar o usuário com as informações e, até mesmo, ao acesso aos direitos.

Sendo o aborto voluntário e o aborto por anencefalia, dramáticas expressões da questão social, o profissional que vai estar na linha de frente dessa expressão e das conseqüências que se agregam a ela é o assistente social, profissional da saúde, que

se estabelece a partir da resolução 218/97 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). por intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços que envolvam a proteção e/ou recuperação da saúde.

Como tal torna-se promotor da saúde em seus aspectos sócio-assistencial e sócio-educativo, portanto tem de estar preparado para romper com princípios pessoais e com preconceitos que, em certa medida, diminuem a capacidade de reflexão e não contribuem para a prática.

Para Barroco (2001), o preconceito é uma forma de discriminação que reproduz o conformismo que impede os indivíduos de assumirem criticidade diante dos conflitos que se baseia na não-aceitação do que não é adequado aos padrões de comportamento estereotipados como corretos.

Romper com estereótipos foi um dos desafios na reconceitualização do Serviço Social que pretendeu ultrapassar as barreiras impostas pelo tradicionalismo e analisar de forma crítica a realidade a qual estava inserido. Vindo dessa forma a tornar-se, acima de tudo, defensor e promotor de direitos.

A inserção do Serviço Social no conjunto de processos de trabalho que produz bens de serviço para a população na área da saúde é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (COSTA, 2002).

Agrega-se a este desenvolvimento os avanços científicos na área da saúde reprodutiva e os novos conceitos éticos políticos e jurídicos os quais se modificam com os novos conhecimentos. Associa-se ainda a esses fatores o frágil terreno em que se desenvolve a ação do profissional de Serviço Social na área da saúde, espaço conflituoso, pois a prática de garantir direitos, não raro, vai de encontro com o pouco compromisso que permeia as instituições em garantir esses direitos. A questão é: até que ponto a prática do assistente social alcança os objetivos de garantir a autonomia feminina estabelecida nas conferências do Cairo e de Bejing?

Diante desse contexto, como é determinada a postura de um profissional do Serviço Social frente à questão do aborto? Seja ele legal ou ilegal. Que tipos de

intervenção profissionais são desenvolvidos pelo profissional assistente social?

Essas questões são levantadas por Lolatto (2004). Para a autora existe uma grande contrariedade que impregna a realidade do trabalho do assistente social, na forma de atuação desse profissional, quando por um lado acredita que a mulher tem direitos sobre o seu corpo e sua vida e, por outro lado, o aborto é proibido.

Com o objetivo de dar respostas a esse e outros questionamentos a autora analisou a intervenção do profissional de Serviço Social frente à solicitação e possível solicitação do aborto pelas mulheres usuárias dos serviços de saúde em hospitais e maternidades da rede pública de saúde da Grande Florianópolis. Concluiu que não há qualquer orientação ou normatização por parte da instituição para essa demanda.

Os atendimentos feitos, a partir da entrada na emergência, de abortos em curso, com imprevistos e abortos mal sucedidos, são realizados sem nenhum tipo de atenção especial frente a essa situação. Qualquer reflexão ou encaminhamento é tomado a partir do entendimento da Assistente Social (LOLATTO, 2004, p. 105).

Outros problemas vêm à tona nessa pesquisa, um deles é a falta do profissional de Serviço Social em clínicas particulares e a falta de preparação desses profissionais existentes no serviço público.

Em relação à questão do aborto não possuem qualquer qualificação no nível informativo para preparação das suas Assistentes Sociais. Essa realidade está em acordo com a existência do Estado mínimo (e mercado máximo) fazendo com que os gastos para a saúde pública diminuam vertiginosamente, sejam cortados em todas as instâncias, contribuindo ainda mais para dificultar o acesso e o direito à saúde (LOLATTO, 2004, p.109).

Outro problema que a autora apresenta é a falta de opção, de locais adequados na Grande Florianópolis para encaminhar com segurança uma mulher que necessite fazer um procedimento desta natureza.

A falta de locais adequados para a realização dos procedimentos cirúrgicos de um aborto gera inseguranças para a Assistente Social, mesmo que ela concorde que a melhor alternativa para a usuária é o aborto, mesmo que seja favorável a esse direito como um direito reprodutivo das mulheres, a situação de ilegalidade limita a intervenção profissional e mantém as contradições conforme depoimento a seguir: É essa contradição do direito sobre o corpo, o direito de escolha e a lei que é o direito escrito proibindo; então fica a questão: qual direito? E o assistente social tá aí nesse meio. “É bem complicado, por que entram a ética profissional, e a religiosa que todos têm, isso influencia e dificulta um atendimento sem preconceitos nos casos de abortos só aquelas assistentes sociais que defendem o direito de aborto podem trabalhar melhor isso com uma paciente que quer fazer ou já fez o aborto” (LOLATTO, 2004, p 99).

Diante da falta de locais adequados e salubres para o exercício dessa prática, a

mulher, desamparada pelos serviços públicos e sem orientação, é alvo fácil de aproveitadores querendo levar vantagens ou de procedimentos caseiros que podem levar à infecções graves e a óbitos.

A indústria clandestina do aborto torna-se, ao mesmo tempo, altamente lucrativa e inimputável em relação ao que acontece com a saúde e com a vida dessa mulher ao realizar o aborto nessa situação. A clandestinidade põe fora do alcance dos órgãos de vigilância sanitária e dos órgãos de controle social as clínicas e os profissionais que o realizam, nivelando seu serviço por baixo, no sentido da qualidade, sabendo que a mulher que vai lá, nem como consumidora, nem como cidadã, pode reclamar seus direitos perante esses serviços profissionais.

Outra descoberta feita pela mesma autora, diz respeito as associações equivocadas que muitas das assistentes social entrevistadas fazem acerca da ética profissional com as leis vigentes contribuindo para que olhem o aborto como um atentado a vida.

Souza (2002) tenta desfazer essa associação quando afirma que a ética, para o Serviço Social, é o fundamento de todo o processo de sociabilidade, necessária para o processo de construção de uma nova organização social e política. O profissional tanto pode voltar suas atividades profissionais no sentido de adaptar a população à realidade de exclusão social, de fragmentação do acesso, de aceitação das normatizações a qual estão sujeitas ou em ações que assegurem o acesso ao direito universal concreto, relacionado à realidade, às necessidades e à cultura dos usuários, neste caso sua práxis estará vinculada às orientações do projeto ético-político presentes no atual Código de Ética Profissional.

Para o autor é no espaço construído no cotidiano que o profissional deve explorar as reais possibilidades, reconhecendo os limites de seu trabalho, fazendo uso, consciente, dos meios e estratégias para a concretização do que é planejado. Planejar as ações em saúde pressupõe ter comprometimento com os preceitos básicos da reforma sanitária de implementação do SUS, além de assegurar os direitos a autonomia reprodutiva, prerrogativa que fundamenta o PAISM e foi reivindicação do movimento feminista. Qualquer atitude que se choque com tais princípios, mesmo que tenha origem na construção social que cada indivíduo sofre, deve ser alvo de preocupação

pelo Serviço Social.

É provável que a resistência de alguns profissionais em entender o aborto como um caso de saúde pública relacionada a gênero, encontre subsídios na origem da profissão, que se compunha basicamente de “mocinhas” da classe abastada da sociedade brasileira ligadas à igreja e que após a Reconceituação passou a atuar junto aos trabalhadores e sindicatos.

Lolatto (2004) ressalta que durante toda a trajetória da profissão no Brasil, não houve uma integração das Assistentes Sociais junto aos movimentos feministas que surgiram com os novos movimentos sociais da década de 1960; suas raízes, na formação da profissão estavam ligadas às doutrinas da Igreja. Posteriormente com o Movimento de Reconceituação e os debates das correntes marxistas/gramscianas pautou-se no mundo do trabalho e as contradições de classes persistindo até os últimos anos quando têm início um novo ciclo de debates sobre as novas facetas da exclusão social e as diversas formas de discriminações.

Dentro dessas novas facetas da exclusão social encontra-se as questões relacionadas a condição da mulher na sociedade em seus vários aspectos, mesmo assim existem resistências nas discussões na área da saúde sobre as questões de gênero e pouca produção teórica do Serviço Social sobre o tema.

Esta afirmação de que não há muita produção acerca do tema gênero é confirmada por Sposati (2007), em recente pesquisa sobre a produção científica em Serviço Social dando conta de que, apenas 12% da produção feita pelo Serviço Social são relacionadas a gênero.

A partir dessa afirmação, é relevante que se conclua, que haja pouca produção também acerca do aborto, já que pela linha teórica que norteia o Serviço Social não há como falar do aborto sem levantar a questão de gênero implícita ao tema. Em certa medida, deve-se à falta de produção a dificuldade encontrada para garimpar documentos que relacionassem o Serviço Social ao tema do aborto, que serviria para enriquecer com mais informações este trabalho.

Não é somente sobre o aborto criminalizado, que o Serviço Social se comporta de forma tímida tanto nas produções escritas como nas ações, o mesmo acontece quando o assunto é aborto legal ou aborto por malformação fetal incompatível com a vida extra-

útero. Este último com farta produção pela área Médica e a área do Direito.

O aborto por malformação fetal é assunto que vem sendo pauta de acaloradas discussões, tanto na mídia como no Congresso Nacional e entre atores sociais como o movimento feminista e a igreja. Exigindo uma postura do profissional de Serviço Social que tem de estar atento aos rumos que o legislativo está dando às solicitações desse segmento social formado por mulheres que desejam interromper a gravidez com essas características.

Nos últimos anos a demanda de gravidez com feto anencéfalos vem aumentando. O HU/UFSC é um hospital capacitado para atender casos de abortos seletivos, no caso os que estão previstos em lei como gravidez com risco de vida para a paciente e gravidez originada por estupro e também a gravidez por anencefalia, este último via alvará judicial. Sendo o Serviço Social da instituição e o responsável por orientações e encaminhamentos dados as mães que solicitam esse procedimento junto a justiça.

A próxima seção desse trabalho terá como foco a análise da pesquisa realizada no HU/UFSC.

3 CONTEXTO E APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

3.1 Local e sujeitos da pesquisa

Esse trabalho foi desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, sediado no município de Florianópolis. Muito embora, atenda a toda a população de Santa Catarina, principalmente pequenos centros urbanos e municípios do interior, a grande demanda de consultas, exames, cirurgias e partos vêm mesmo da região da Grande Florianópolis.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a região da Grande Florianópolis apresentou, nas últimas décadas, transformações significativas na sua estrutura e dinâmica populacional, formando, de acordo com dados, o fenômeno de conurbação entre a capital e três outros municípios vizinhos: São José, Palhoça e Biguaçu. Ao longo do tempo os limites geográficos das cidades conurbadas vão se perdendo, em virtude do seu crescimento horizontal. Em geral, esse processo dá origem à formação de regiões metropolitanas e para o litoral centro-sul de Santa Catarina. Há uma tendência de conurbação que se estende de Florianópolis à cidade de Balneário Camboriú (IBGE, 2006).

Entre os problemas mais graves que se pode verificar com a conurbação, destacam-se: a ampliação dos problemas sociais, onde se incluem os problemas de moradia e de violência urbana e as questões de saúde individual e coletiva.

De acordo com esse mesmo órgão o crescimento populacional em Florianópolis coincidiu tanto com o empobrecimento de segmentos da classe média, como com a mudança do modelo de gestão. Desde 1991, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), há um crescente aumento no atendimento do HU/UFSC.

O Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina se insere na rede de serviços públicos em Florianópolis, totalmente financiados pelo Sistema Único de Saúde e, vinculado ao Ministério da Educação, teve sua fundação em maio de 1980 e tem sua atenção voltada para o Ensino, a Pesquisa, a Extensão e a Assistência em Saúde, dentre as quais, o atendimento médico-cirurgião, serviços de emergência, internação e ambulatório, garantindo a todos o acesso universal e serviços em saúde disponíveis na instituição sob a premissa da humanização (BEZERRA, 2006).

Ao abraçar esta filosofia a instituição propõe englobar, ampliar e qualificar o conceito biomédico e resgatar na pessoa sua condição humana. Essa premissa de humanização do atendimento se expressa enquanto prática, por meio de uma série de condutas e atividades que buscam dar conta de diversos aspectos relacionados ao processo de saúde/doença da comunidade estudantil e da comunidade como um todo.

Em outubro de 1995, ocorre a inauguração da maternidade, tornando-se referência em todo o Estado, no atendimento à gestação, ao parto, ao recém-nascido e à família, ultrapassando o binômio mãe/criança. Entendendo que a assistência em saúde deve ser ampliada aos familiares das mulheres que buscam atendimento, o setor de Serviço Social tornou-se estratégico nessa conduta. As rotinas e os projetos diferenciados desenvolvidos na maternidade fez com que em 2000 o HU recebesse o título de Hospital Amigo da Criança (BILLAR, 2006).

Atualmente a maternidade é reconhecida nacionalmente como centro de excelência em assistência obstétrica, atendendo, de acordo com Bezerra (2006), uma média de 1.700 parto/ano, destes 31% são partos por cesarianas e 69% partos normais, sendo 50% deles partos verticais¹⁷ o que conferiu a maternidade o prêmio Galba de Araújo no ano de 2007.

Localizada no 2º piso da instituição, a maternidade é formada por cinco setores: Triagem obstétrica (TO); Centro Obstétrico (CO); Unidade de Neonatologia (UN); Alojamento Conjunto (AC) e Unidade de Ginecologia (UG) Conta também com serviços de: Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Fonoaudiologia, Neonatologia¹⁸ e Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM). Essa composição - espaços e profissionais - visa atender de forma integral as mulheres e seus RNs.

O Serviço Social junto à maternidade segue as diretrizes do Serviço Social do HU como um todo, que objetiva conhecer a realidade sócio-econômico-cultural das pessoas atendidas, buscando com isso contribuir principalmente de forma sócio-assistencial com um trabalho voltado para a orientação filosófica de um parto humanizado que se dá por um atendimento personalizado e integral à mulher, ao recém-nascido e à família,

¹⁷ Parto vertical - Modalidade de parto no qual a mulher fica na cadeira ou de cócoras (REY, 2003).

¹⁸ Neonatologia - Especialidade médica composta por um conjunto de ações que visam atender as necessidades médicas de um recém-nascido desde o seu nascimento até o 28º dia de vida (REY, 2003).

considerando seus aspectos socioeconômicos e culturais, estimulando o protagonismo masculino no processo da paternidade.

Nesse sentido, o Serviço Social intervém na maternidade/paternidade, enquanto uma questão social, numa perspectiva de assegurar e ampliar direitos sociais, bem como, uma dimensão assistencial e educativa que venha ao encontro da saúde reprodutiva. Norteados a ação profissional, entre outras leis, pelo Código de Ética da profissão, pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) Leis 8.080/90 e 8.142/90 e pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei 8.742/93, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), pela Declaração dos Direitos Humanos e pela Constituição Federal de 1988.

Esse aparato judicial, assim como a percepção da realidade vai dar base para se assegurar à gestante autonomia com relação a vida reprodutiva, com direitos aos esclarecimentos e encaminhamentos que se fizerem necessários para que lhes sejam assegurados o que está previsto na legislação.

Os sujeitos da pesquisa são mulheres com diagnóstico positivo de gravidez com feto portador de anencefalia atendidas no Serviço Social da maternidade do HU/UFSC no período de janeiro de 2006 a outubro de 2007. Período em que foi vivenciada a experiência de estágio do Curso de Serviço Social nessa Instituição.

O referencial teórico sustenta-se em relatos que dão localização histórico-geográfica aos temas da saúde reprodutiva, do aborto e do aborto por anencefalia e da prática do Serviço Social.

A amostra é proposital e visa trazer exclusivamente os casos atendidos nesse período que se caracterizam por trazerem diferenças entre si no que tange ao rumo que cada gravidez de feto portador de anencefalia tomou. Considerando que gravidez é o encontro entre o gameta feminino, denominado óvulo, e o gameta masculino, denominado espermatozóide, e que nesse encontro ocorra a fecundação do primeiro pelo segundo, necessitando ainda da implantação satisfatória no endométrio, tecido esponjoso que reveste o útero (GUIMARÃES, 2002). E considerando que anencefalia consiste, de acordo com Neto (2007), em malformação congênita caracterizada pela ausência total ou parcial do encéfalo e da calota craniana, proveniente de defeito de fechamento do tubo neural durante a formação embrionária.

Este trabalho constitui-se de estudo de casos, categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente e que de acordo com Ponte (1994) tem sempre um forte cunho descritivo. O pesquisador não pretende intervir sobre a situação, mas conhecê-la tal como ela lhe surge. Para tanto, pode valer-se de uma grande variedade de instrumentos e estratégias.

Optou-se então por uma pesquisa de natureza qualitativa de cunho descritivo e analítico. A modalidade qualitativa, segundo Minayo (2001) tem lugar no campo das subjetividades e Bogdan e Biklen (1994) definem de acordo com cinco características básicas: o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento; os dados coletados são predominantemente descritivos; a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto; o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial do pesquisador; a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo.

A coleta de dados deu-se mediante análise documental do cadastro sócio assistencial, do prontuário médico e por meio de entrevista não estruturada que consiste em determinar como foi vivenciada do ponto de vista das subjetividades a o processo de gravidez de feto portador de anencefalia e a intervenção do Serviço Social nesse processo. Sorio (2005) afirma que a entrevista não estruturada é um processo de coleta de dados que não apresenta uma estrutura dirigida. É informal e dá maior abertura ao entrevistado por meio de solicitações ou perguntas gerais feitas pelo entrevistador. No que se refere aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e aprovado com o N° 0292/07.

3.2 Apresentação e análise dos resultados

3.2.1 Estudo de casos

Durante o período de inserção no Serviço Social da maternidade do HU/UFSC, vários aspectos relacionados a profissão do assistente social foram exercitados, além

das já previstas nas Diretrizes do Estágio Curricular do Departamento de Serviço Social da UFSC. Não foi apenas a conciliação teoria-prática e o uso dos instrumentos técnico-operativo que visa capacitar o acadêmico para compreender, analisar e intervir na nulidade social que se fundiu ao conhecimento trazido da academia. Dois instrumentos, esses sensoriais foram otimizados nesse período, a audição e a visão, qualificando, dessa forma a escuta e a observação.

A observação enquanto instrumento técnico-operativo não atua sozinha, mas, é sempre forte aliada de todos os outros, já que é por meio de um olhar apurado que se trás elementos da realidade que tentam dar conta da subjetividade dos sujeitos.

Wellfort (1996) afirma trata-se de um movimento de trazer para dentro de si a realidade observada, registrada, para assim poder pensa-la, interpreta-la. Nesse movimento podemos nos dar conta de que ainda não sabemos e construir um planejamento do que falta observar, compreender e estudar.

Com base na observação feita nos atendimentos do Serviço Social da maternidade, é possível adiantar que se trata de um atendimento voltado para a integralidade e a garantia de direitos. O profissional que atua no setor tem um comprometimento com a cidadania e com o projeto ético-político da profissão e uma bagagem teórica e prática excepcional, que lhe garante respaldo junto aos seus superiores e demais colegas, característica esta, que lhe permite ultrapassar os limites institucionais na busca pelo melhor atendimento ao usuário.

Saber se essas características observadas são compartilhadas por usuárias do serviço, portadoras de gravidez com anencefalia, tornou-se importante a medida que é um atendimento relativamente novo na instituição e que nos casos escolhidos tem aspectos internos e externos que vão definir a forma do atendimento e por conseqüência o rumo da gravidez.

Tentando dar conta do objetivo da pesquisa, buscou-se nos estudo de caso e na entrevista, conhecer mais profundamente esta mulher e determinar quais foram os critérios que cada uma das mulheres, individualmente, usou para decidir sobre a interrupção ou não da gravidez, procurou-se detectar nos relatos elementos que justifiquem discutir o aborto por anencefalia como um problema de saúde pública e como uma antecipação terapêutica do parto, além de elaborar de que forma o

desdobramento de cada caso repercutiu nas mulheres com gravidez de feto portador de anencefalia. Tentou-se também analisar a forma e os instrumentos técnico-operativos utilizados pelo Serviço Social da instituição no atendimento dessas mulheres.

Os nomes usados são fictícios e fazem uma analogia às pedras brasileiras que tanto quanto as mulheres brasileiras são de uma força nata e de uma beleza única. Se as pedras brasileiras precisam ser lapidadas para alcançar brilho, a mulher brasileira, por sua vez, precisa ser respeitado em suas reivindicações para alcançar direitos e cidadania.

1º Caso – Foi atestado a anencefalia. Houve manifestação de interesse pela interrupção, ocorreu o processo judicial sem custos e foi expedido o alvará para o procedimento na 32ª semana de gestação.

Esmeralda, 44 anos, católica, união consensual, doméstica, ensino fundamental incompleto, 2º gestação. Foi encaminhada pelo médico do ambulatório de atendimento, devido à gestação de alto risco, ao Serviço Social da maternidade em 05 de abril de 2007, ocasião em que solicitou informações e encaminhamento judicial para a interrupção da gravidez com feto comprovadamente portador de anencefalia.

Relatou que no início a falta da menstruação não a assustou devido a idade. Imaginou ser menopausa. Com o passar das semanas ocorreram mudanças em seu corpo o que a levou a investigar uma possível gravidez. A gravidez foi constatada e mesmo não fazendo parte de seus planos, foi bem aceita. Iniciou o pré-natal na Unidade Local de Saúde (ULS) do bairro onde mora, local em que após exame de US foi constatado a anencefalia fetal. Foi encaminhada para o Hospital Universitário para atendimento de gravidez com alto risco, onde novos exames ultrassonográficos mais sofisticados foram feitos e novamente confirmada a anencefalia fetal.

O Serviço Social da maternidade atendendo às exigências judiciais solicitou aos médicos da instituição mais dois laudos que comprovassem a anencefalia, a idade gestacional e a letabilidade da patologia, avaliação psicológica e declaração de ciência do casal. Toda a documentação foi providenciada com firma reconhecida em cartório.

Três dias após a solicitação da gestante todos os documentos estavam prontos e foram encaminhados para a advogada no Escritório Modelo de Atendimento Jurídico (EMAJ), localizado no Centro de Ciências Jurídicas da UFSC, onde é feito o encaminhamento pelo Serviço Social de gestantes que pretendem interromper a gravidez com autorização judicial sem custos do processo.

Enquanto aguardava a decisão judicial para a interrupção da gestação, Esmeralda deu entrada na maternidade com edemas nas pernas e pés, pressão arterial alterada e polidramnio severo. Ao Serviço Social relatou que estava sofrendo muito, não conseguia dormir e temia perder o emprego, pois trabalha como doméstica e não conseguia mais ir para o trabalho. Tabagista, a gestante relata ter aumentado muito o consumo de cigarros, após a descoberta da inviabilidade de seu feto.

Diante das circunstâncias, o Serviço Social solicitou ao médico obstetra que acompanhava a paciente que fosse fornecido relatório do caso para ser entregue à advogada para que a mesma juntasse aos autos do processo visando uma maior rapidez na concessão da autorização. A advogada solicitamente fez a intervenção cuja resposta foi um documento enviado pelo juiz sugerindo que os médicos fizessem o procedimento alegando risco de vida para a paciente. Sugestão que foi descartada pelo médico, haja vista que se fosse o caso de risco eminente não haveria necessidade de autorização judicial, o procedimento nesse caso está previsto no Código Penal brasileiro. Foi levada a decisão médica ao conhecimento do judiciário e o processo seguiu seu trâmite.

No dia 08 de maio de 2007 foi expedido o alvará para a interrupção da gestação. No dia seguinte, o Serviço Social foi informado e a informação foi repassada à gestante que se internou para indução com medicamentos do parto.

A interrupção ocorreu no dia 15 de maio, devido a falha na indução, por meio de uma cesariana, o RN nasceu com vida, ao oitavo mês de gravidez, pesava 1.180 kg e veio a óbito 20 minutos depois, apresentava além da anencefalia anomalias cardiovasculares, intestinal, retal e sexo indefinido.

O Serviço Social orientou os familiares quanto aos trâmites legais para o funeral, como certidão de nascimento e óbito e forneceu urna para o sepultamento. A mãe recusou-se a participar da cerimônia. Devido a presença de leite materno, o que pode

levar ao ingurgitamento e posterior mastite, a mama da puérpera¹⁹ foi enfaixada para inibir a lactação.

Outra peculiaridade, neste caso, foram os problemas para os registros. Como o sexo do RN era indefinido e esse dado consta na Declaração de Nascido Vivo (DNV), documento fornecido pelo obstetra que faz o parto, não foi possível registra-lo com nome feminino, e nem com nome masculino, pois não era comprovadamente uma menina ou um menino, o cartório apresentou o problema para os pais, mas não a solução, o pai então procurou o Serviço Social mais uma vez em desespero buscando uma solução. Como também esse serviço não havia vivenciado caso semelhante, foi feito contato com o ministério público para saber qual conduta adotar. Recebeu-se a orientação do judiciário que fosse dado à criança um nome comum aos dois sexos, como Valdecir, Clacir, por exemplo.

A situação de Esmeralda é a mais comum, a mulher chega decidida a interromper a gravidez, mas pouco sabe a respeito dos tramites para a instauração do processo judicial. O serviço social, nesses casos faz uso de seu conhecimento da legislação para explicar em detalhes todos os procedimentos e intervem indicando o suporte jurídico por meio do EMJ.

O Serviço Social da maternidade na busca constante pelos direitos coletivos procura exercitar a categoria Aliança de Gramsci por meio de acordos com alguns setores político e sociais, tanto dentro da Universidade como fora dela. Abreu (2002) afirma que a formação de alianças é entendida como parte constitutiva da luta pela alteração da relação de força.

A aliança entre o EMAJ e o Serviço Social da maternidade, visa romper essa relação de força, dando maior agilidade no andamento dos casos de interrupção da gestação por anencefalia, já que o fator tempo é determinante nesses casos. Além de privilegiar com essa ação um número maior de mulheres, que por vias normais demoraria mais que o dobro do tempo.

¹⁹ Puérpera - Denominação dada às mulheres que acabam de dar a luz (GUIMARÃES, 2002).

Essa relação de força existe dentro dos setores da UFSC e se manifesta mais intensamente quanto maior for o status do profissional. Os cursos de Medicina e de Direito são os de mais status. Por isso, no episódio da internação de Esmeralda, quando não houve um acordo entre a medicina e o judiciário pela interrupção da gestação, acredita-se que, em grande escala, aliada a moral religiosa, que envolve o tema, a pressão existente dentro do próprio espaço de trabalho exercido por colegas de profissão e a polemica em torno do aborto está também a relação de força estabelecida entre as duas profissões que não cederam diante dos argumentos sociais e terapêuticos elencados pelo Serviço Social.

Um dos argumentos o qual se valeu o Serviço Social foi a interrupção terapêutica do parto, entendendo que uma mulher com os graves sintomas que levou a gestante a uma internação, quando foi cogitada, inclusive, uma intervenção cirúrgica, processo invasivo e de grande risco, pelo qual seria extraído o excesso de líquido amniótico visando a diminuição do edema e da pressão artéria, deve ser tratado pela medicina como um aborto em que a mãe corre risco de vida. O mais indicado, nesse caso seria a interrupção da gravidez. Mas, pelos motivos já relacionados, a medicina entende que é um caso para a justiça e a justiça entende que é um caso para a medicina. O fato é que ninguém quer assumir a decisão final de interromper uma gestação dessa natureza.

Entre os argumentos sociais elencados para subsidiar o pedido informal feito pelo Serviço Social ao obstetra para interrupção da gestação estava a insegurança relacionada ao trabalho que preocupava a gestante e, que envolve a questão do esvaziamento dos direitos trabalhistas. Percebe-se como a informalidade está presente na vida das mulheres e quem tem emprego formal não têm direitos assegurados, percebe-se também o modo como essa situação gera insegurança. Mostrando, claramente, como estão estabelecidas as relações no mundo do trabalho para as mulheres, diante da atual configuração econômica. Evidencia a fragilidade dessa relação e a importância do trabalho como práxis humana no estabelecimento das relações sociais entre os seres sociais.

Para Barbosa (1990), o Assistente Social, tem trabalhado historicamente com esse ser social em sua prática profissional, possui, portanto, competência técnica para identificar a dinâmica dessa problemática, podendo nesse processo, elaborar reflexões

acerca das repercussões sociais implícitas nas relações humanas e encontrar a melhor forma de lidar com a questão.

2º Caso – Foi atestado a anencefalia. Houve manifestação de interesse pela interrupção, não foram conseguidos os documentos necessários para dar entrada ao processo judicial e ocorreu aborto voluntário na 31ª semana de gestação.

Safira, 17 anos, católica, casada, estudante, ensino médio incompleto, 1ª gestação. O primeiro contato entre o Serviço Social e a gestante foi no dia em que chegou à maternidade com aborto em curso. Entrava no oitavo mês de gestação e estava visivelmente abalada. Diante do quadro apenas um contato de apresentação foi feito entre a paciente e a Assistente Social da maternidade.

Após o parto de feto morto (FM), foram dados aos familiares os esclarecimentos e encaminhamentos para o funeral e condições para o sepultamento, com fornecimento de urna - esse serviço é oferecido a todos que têm dificuldades de lidar com essa compra, tanto dificuldades financeiras como emocional. A puerperas continuava muito abalada. Foram feitos procedimentos para inibir a lactação e foi acompanhada pelo serviço de psicologia.

O segundo contato foi 35 dias depois, quando veio ao Serviço Social e solicitou ajuda para conseguir o resultado na necropsia, pois o mesmo deveria sair em 30 dias. Ocorre que ela havia feito contato telefônico e o resultado não estava pronto na data marcada. Na ocasião, comentou também que estava arrependida de permitir a necropsia e muito preocupada que o resultado do exame genético apontasse para a impossibilidade de uma outra gravidez com feto saudável.

Como não houve pedido ao Serviço Social de encaminhamento judicial pouco se sabia sobre os acontecimentos que envolveram a gravidez e o aborto voluntário. Foi questionado o motivo pelo qual estava arrependida de permitir a necropsia. Safira então relatou que a autorização foi pedida logo após o parto e ela estava relutante em assinar a autorização, mas alguém da equipe explicou que a necropsia evitaria que ela tivesse outro filho com anencefalia. Sem vontade, mais com medo de ter uma outra gravidez

com o mesmo problema, resignada assinou e, arrependeu-se logo depois, afirmando que não confiava nos médicos e que eles poderiam ter tirado partes de seu filho para estudos.

O caso parecia complexo e no decorrer da conversa ela relatou que engravidou sem planejar, mas havia se casado há um ano e dois meses e tanto ela quanto o marido aceitaram felizes a gravidez.

Iniciou o pré-natal e, na 14ª semana, foi constatada a ausência do tubo neural e do cérebro em seu concepto no primeiro exame de US. Iniciou o atendimento de alto risco no Hospital Universitário, mas o médico que a atendeu também clinicava em um hospital próximo de sua casa e ela optou por continuar as consultas lá. Afirmou também que foi informada pelo médico que poderia interromper a gravidez via alvará judicial somente na 3ª consulta e que foi orientada também que precisaria de outros laudos médicos além do que ele forneceria para comprovar a morbidade da patologia, e indicou-lhe uma clínica particular para que a mesma fizesse uma US e pedisse o laudo.

O conselho dado pelo médico foi seguido e o exame marcado e feito. Durante o exame foi confirmado novamente a anencefalia e a inviabilidade do feto. Dois dias depois foi chamada na clínica para uma nova US. Foi ao local e um dos médicos disse que gostaria de fazer um novo exame, e que este não lhe custaria nada e que depois então ele daria a ela os dois outros laudos que precisava para dar entrada ao processo para interromper a gestação.

Relatou que achou estranho e perguntou o motivo de repetir o exame, já que o exame anterior havia confirmado a patologia do feto e o laudo apenas seria o relato do que a US já mostrava. O médico falou que estava com dúvidas sobre um determinado aspecto da doença – este aspecto a jovem não soube reproduzir em seu relato.

Continua, então, relatando que na sala de exame para a qual foi encaminhada havia mais dois médicos além do médico que a acompanhou e juntos repetiram o exame, desta vez bem mais demorada e com comentários em baixo tom de voz. Marcaram para o outro dia a entrega dos laudos, mas quando foi buscá-los falaram que não podiam dar-lhe, pois não tinham certeza da anencefalia. Desconfiada pediu as imagens do segundo exame e também isso lhe foi negado sob a alegação que não havia sido cobrado dela o valor do exame, portanto não lhe pertencia.

Desesperada, ela e seus familiares passaram a desconfiar que estavam usando sua gravidez para estudos e perdeu a confiança nos médicos, não indo mais às consultas de pré-natal e desistindo de tentar interromper a gravidez. Justificou ser a falta de confiança, o motivo que a levou ao arrependimento em ter permitido a necropsia.

O Serviço Social explicou as irregularidades ocorridas no atendimento e fez orientações de como proceder para denunciar à clínica judicialmente, caso fosse o seu desejo. Em seguida, procurou o laboratório de análise anátomo-patológica da instituição para responder pelo atraso no resultado da necropsia. O atraso foi atribuído à reforma pela qual passava o setor.

Uma das análises que pode ser elaborada a partir desse estudo de caso é a gravidez em adolescentes. Ágata completava o 2º grau, acabava de completar 17 anos na época em que engravidou, e amadureceu precocemente para lidar, não apenas com uma gravidez inesperada, o que já é difícil, mas também cercada de luto, como é o caso da gravidez de feto anencéfalo.

Na instituição pesquisada, nos casos em que as mães são adolescentes é feito um acompanhamento permanente pelo Serviço Social durante sua estadia na maternidade, desde sua chegada até o momento da alta, quando se tomam providências para um retorno seguro da adolescente e seu conceito para casa. Nesse sentido, são tomadas Medidas como acionar a rede de apoio familiar e a rede de saúde local visando dar condições para o desenvolvimento saudável de ambos.

Essa atitude ocorreu diante do aumento da demanda e vem como medida preventiva às negligências, ao abandono e a desnutrição de crianças de mães adolescentes que se observa e que é confirmado por Terres (2005), quando afirma que além da maior possibilidade de apresentarem baixo peso ao nascer, os RNs, filhos de adolescentes têm um risco aumentado de morrer por desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida, sendo geralmente criados por avós ou abandonados.

A falta de comprometimento do médico com a situação da adolescente também

merece análise e, está feita, leva a crer que houve má fé, afinal não é comum ser oferecido, gratuitamente, exames caros, como é o caso da US. Os casos de anencefalia, de forma geral, são objetos de estudos, pois muito se tem que desvendar sobre as causas que levam um feto a não desenvolver o tubo neural. Quando um caso dessa natureza apresenta uma característica ainda não explorada pela ciência torna-se objeto de observação. Por isso, não é raro ocorrer tentativas de convencer os pais de FM com anomalias congênitas em permitir a necropsia. De um lado, a equipe médica visando o conhecimento científico e, do outro lado, pais sofridos que acabaram de perder um filho, geralmente depois de horas de um parto difícil. Até que ponto a ética médica regula as ações desse profissional além das fronteiras corporativista? É pergunta que fica para reflexão.

3º Caso - Foi atestado a anencefalia. Não houve manifestação de interesse pela interrupção, o RN nasceu a termo no nono mês de gestação.

Ágata, 26 anos, Kardesista, união consensual, funcionária pública, nível superior, 2º gestação. Paciente com gravidez de alto risco foi atendida no ambulatório do Hospital Universitário, onde deu andamento ao pré-natal já iniciado no posto de saúde de seu bairro.

Relatou ao Serviço Social que foi orientada quanto a inviabilidade de vida de seu filho e da possibilidade de interrupção da gravidez por meio de alvará judicial, tão logo recebeu o diagnóstico de malformação fetal múltiplas, mas que por convicções religiosas e em consenso com seu companheiro resolveu levar a gravidez até o fim.

Em uma de suas consultas, novas imagens do feto foram feitas e devido à disformia facial houve dificuldade de visualizar ausência ou presença de estruturas cerebrais. O obstetra chegou a cogitar a possibilidade de tratar-se da síndrome de Apert, forma rara deacrocefalosemdactilia o que acendeu as esperanças dos pais, que mesmo sabendo da gravidade viram nesse novo diagnóstico um prognóstico favorável.

Na 38ª semana houve internação para tratamento por um aumento muito acentuado do líquido amniótico (polidramnio) e contrações que evoluíram para um

parto. O bebê do sexo masculino nasceu com 3.915 kg, com disformia facial, anencefalia, malformação cardíaca e outros. A síndrome de Apert foi descartada e veio a óbito horas depois, após sofrer várias paradas cardio-respiratórias.

Já se sabia que o RN teria poucas horas de vida diante do diagnóstico comprovado após o nascimento de anencefalia. Diante disso, questões práticas relacionadas ao funeral deveriam ser providenciadas pelo Serviço Social junto aos pais. A questão era como falar de velório, de enterro com um pai e uma mãe que ainda estavam a espera de um milagre que salvasse seu filho. Era fundamental que tais questões fossem resolvidas, pois passava das quatro horas de uma sexta feira e os encaminhamentos junto à prefeitura não podem ser feitos no fim de semana, implicaria em ter que deixar o recém-nascido (RN) na câmara fria até a segunda feira, o que causaria mais sofrimento aos pais, visivelmente inconformados com a inviabilidade do RN.

O Serviço Social fez contato com a prefeitura explicando o caso, que por sua vez fez contato com a funerária autorizando o funeral no fim de semana. Foi separada urna e informações sobre os encaminhamentos passados a irmã da mãe, para que pudesse valer-se deles quando o RN viesse a óbito. O que ocorreu no sábado pela manhã.

Muito embora a base da construção teoria do Serviço Social após a reconceituação seja o materialismo histórico, que rompe com os dogmas e a influência da igreja em suas ações, partindo da análise que as determinações atuais são construções históricas e não determinadas pela intervenção divina, respeita-se quem não compartilhe desse pensamento.

O caso acima exposto traz elementos importantes para a análise e diz respeito a questão de foro íntimo. Trata-se do direito de decidir e esse direito, nesse caso, é com base em preceitos religiosos, que deve ser respeitado pelo profissional como um direito individual e que reforça o caráter democrático que envolve o debate sobre anencefalia. A luta que se trava pela descriminalização não obriga ninguém a fazer o aborto, mas garante que as mulheres que desejam façam o procedimento.

No que diz respeito aos encaminhamentos, o Serviço Social, nesse caso, experimentou momentos de tensão, pois de antemão sabia-se que, diante da situação apresentada algum direito seria desrespeitado em prol do outro. Para contemplar família com os direitos materiais (enterro, urna, etc) teria que, inevitavelmente, antecipar o luto do casal. Nesse caso, após fazer avaliação e compartilhá-la com os demais profissionais envolvidos, a decisão foi de expor a situação tal qual ela se mostrava no momento. A entrevista, meses depois com a paciente, mostrou que a decisão foi a mais correta.

Não é rara a ocasião em que na prática interventiva, principalmente nos serviços de saúde, depara-se com situação em que para respeitar o que está estabelecido na legislação passa-se por cima de desejos pessoais naquele momento, funciona como um “banho de realidade”. São escolhas que tem que ser feitas pelo profissional e que infelizmente não há tempo para amadurecer a decisão.

4º caso - Ocorreu o diagnóstico de anencefalia fetal, houve manifestação de interesse pela interrupção ocorreu processo por vias particulares, e a gravidez foi interrompida na 18ª semana.

Turmalina, 26 anos, casada, nível superior, católica, 1º gestação foi atendida em uma maternidade pública estadual. Foi constatada a anencefalia no primeiro exame de US. Deu entrada na maternidade do HU para interromper a gravidez de feto com anencefalia, possuía alvará judicial conseguido por processo instaurado por via particulares.

A mãe da gestante, juntamente com a advogada, procurou o Serviço Social do HU, mostrou-se muito aborrecida com a inviabilidade da gravidez de sua filha e relatou que o diagnóstico foi dado pelo médico da medicina fetal, de uma outra maternidade, ao analisar as imagens contidas no exame de US. Relatou também que ao ser informada da inviabilidade do feto, o que ocorreu na seqüência da consulta, não foram informadas acerca dos procedimentos para a interrupção da gestação e só recebeu essa informação porque fez contato com a advogada, amiga da família, que teceu as

orientações e deu entrada ao processo.

O Serviço Social explicou como ocorriam essas providências no HU e os trâmites para o funeral e forneceu o que a família solicitou.

Chama a atenção o fato que alguém que porte gravidez de feto com anencefalia tenha passado por um serviço de saúde, seja particular ou público, e não receba orientação acerca das possibilidades conhecidas para o caso, tirando da mulher o direito de decidir se quer ou não continuar com a gravidez. Demonstra o descomprometimento de classes com profissionais predominantemente femininas como é o caso da Enfermagem e do Serviço Social, ambas presentes nos serviços de saúde, em atuar nas causas referentes ao seu próprio gênero.

Chama a atenção, também, a precocidade da interrupção, e que tem relação direta com a forma que foram feitos os encaminhamentos. Nesse caso, tanto os exames quanto o processo foi por vias particulares. O que difere na rede pública e que vai determinar um prolongamento da gravidez é a demora no diagnóstico da anencefalia fetal, pois esse diagnóstico é obtido pelo exame de US e as vagas disponíveis, na rede pública, não suprem a demanda do SUS, contribuindo para um prolongamento da gravidez uma vez que, desses laudos, depende a instauração do processo para concessão do alvará que permita a interrupção. A atuação do Serviço Social nesse caso foi mais restrita, no entanto, não menos importante. Outro fato que chama a atenção é que mesmo sabendo que a família tinha um poder aquisitivo razoável, lhe foram oferecidos os Serviços funerários gratuitos. Esse fato demonstra que o Serviço Social da Instituição busca a universalização de suas ações.

3.2.2 Entrevistas

Os resultados seguintes se baseiam nas informações obtidas das pacientes por meio de entrevista não estruturada com questões abertas, já que os casos diferiam

entre si. Foram esboçados os tópicos que seriam abordados, questões como: forma do recebimento do diagnóstico, motivos para a decisão de interromper ou não a gravidez, apoio profissional recebido no processo, forma como vê a necessidade de processo judicial para interrupção e a forma como vê o Serviço Social na Instituição. Para classificar o atendimento do Serviço Social 9 itens foram relacionados em uma lista. Esta lista continha itens diferentes para cada caso e, na relação que coube a cada uma, elas deveriam apontar quais itens foram atendidos. Entre 1 e 3 item atendido classificava o serviço como ruim, entre 4 e 6 classificava como satisfatório e entre 7 e 9 classificava como ótimo.

a) Quanto a forma que recebeu o diagnóstico:

Esmeralda afirma que o recebimento da notícia foi durante o exame de US. Conforme via a imagem no monitor, o médico lhe explicava a situação. No início foi difícil, teve receio de falar ao companheiro, que por ser mais jovem poderia responsabilizá-la pela inviabilidade do feto.

“Era uma fase difícil no casamento, primeiro falar que tava grávida, na minha idade, sabe como é! Depois dizer que a criança tinha defeito, foi bem difícil [...] quando soube que poderia tirar, fiquei aliviada, também estava com medo de perder o emprego” (Esmeralda).

Safira qualificou como o pior momento de sua vida, seu marido estava presente e segurava-lhe a mão e ela teve momentos de vertigem em que somente sentia a mão dele na sua, mais nada.

“A sensação é que um buraco está abrindo no teu pé, só a mão do (nome do marido) me segurava para eu não cair lá dentro e nunca mais voltar [...] “ Ele me olhava e só dizia: porque com a gente?” (Safira).

Ágata chorou várias vezes durante a entrevista, sacudia a cabeça e repetia para si mesma a frase “Já passou, já passou”.

“Quando o médico do ultra-som me falou da anencefalia, não falou que era incompatível com a vida. Fui ver na internet, então soube que a criança morre logo depois que nasce. Quando o meu obstetra colocou a situação para mim e meu marido, já sabíamos de tudo” (Ágata).

Turmalina, ciente de que fez a coisa mais correta a ser feita, afirma que o médico da medicina fetal que a atendeu explicou a real situação do feto e a gravidade da anencefalia.

“O doutor explicou que de 20 a 30% dos casos a gravidez não chega ao fim, a criança morre dentro do útero. Disse, que os que nascem, morrem poucas horas depois [...]. Saí de lá, desesperada. Não fui orientada pelo médico, nem por ninguém da psicologia e do Serviço Social sobre a possibilidade de interromper a gravidez. Achei que teria de seguir adiante com a gravidez e não conseguia mais me sentir grávida. Foi muito estranho” (Turmalina).

b) Quanto a decisão de interromper ou não a gravidez:

Esmeralda relata que soube pela enfermagem do posto de saúde onde fazia o pré-natal que teria problemas na gravidez, tanto pela idade quanto pela característica da gravidez.

“Simplesmente pensei: não quero passar pelos problemas da gravidez, e não ter a criança para criar no final dela [...] Já tenho um filho de 21 anos, e nem pensava em ter outro, muito menos com problemas [...] De noite, perdia o sono, pedia a Deus para não ter um filho daquele jeito” (Esmeralda).

Safira refere que, mesmo estando emocionalmente confusa nos dias que sucederam à notícia de anencefalia fetal, na sua cabeça já estava decidido, não queria dar continuidade à gravidez. Safira refere-se ao caso de uma mulher nos Estados Unidos que teve paralisia cerebral. O caso tornou-se conhecido na mídia porque o marido pediu e ganhou judicialmente o direito a eutanásia.

“Muita coisa passou na minha cabeça. Eu tinha medo. Tinha mais medo de nascer com vida e de conseguir viver sem cérebro, do que de morrer por causa disso. Não queria que meu filho ficasse em aparelhos pro resto da vida, como aquela mulher que passou no Fantástico” (Safira).

Ágata não acreditou, e confessa que quando fica chocada com algo ou alguém, fica distante como se não fosse com ela, por isso, mesmo sabendo da gravidade do caso, demorou em assimilar as conseqüências da gravidez e isso associado às suas crenças religiosas, protelou a decisão do casal.

“Depois do diagnóstico, dedicava o dia inteiro pra minha filha. Tenho uma filha de 2 anos, que mamava no seio, isso me fazia esquecer da gravidez. A

psicóloga disse que é a forma que meu corpo tem de se defender da dor e do sofrimento [...]. Meu marido sofreu muito, bem mais do que eu [...] Pensamos em interromper, depois ficamos em dúvida e finalmente decidimos não interromper. Cada um tem de cumprir sua missão na terra, mesmo que por pouco tempo. A decisão foi acertada, pois no outro exame o médico achou que podia ser síndrome de Apert, que pode até ser feito cirurgia para amenizar os problemas [...], mas, quando nasceu ele não tinha cérebro mesmo” (Ágata).

Turmalina tomou a decisão tão logo a advogada e amiga da família falou da possibilidade da interrupção via alvará judicial.

“Quando (nome da advogada) soube da gravidez, me ligou e falou do alvará que o juiz dá para o aborto, pedi que ela entrasse com o processo. Foi ela que me orientou como conseguir os laudos médicos e os outros documentos” (Turmalina).

c) Quanto ao apoio de profissionais recebido durante e após o período de gestação:

Esmeralda recorda que recebeu muito apoio, dos profissionais do posto de saúde, do obstetra de alto risco, do Serviço Social e da Psicologia do HU. Mas salienta que houve momentos positivos e negativos nesse processo.

“A (nome da enfermeira do posto de saúde) foi quem me falou que no HU. O Serviço Social encaminhava para o juiz. Marquei médico de alto risco e ele me encaminhou para (nome da assistente social) e ela me falou tudo que tinha que fazer, os documentos, o cartório, essas coisas. Acho que esses foram pontos positivos. [...] De negativo posso dizer que poderiam ter feito o aborto antes, eu tinha muito inchaço e a pressão tava alta, o tempo de internação foi horrível, queria ir pra casa, acabar com tudo aquilo” (Esmeralda).

Safira reclamou muito da forma como foi conduzida a orientação. Falou que mesmo tendo passado em consulta pelo HU, não foi orientada a falar com a assistente social da instituição, Por esse motivo preferiu continuar o pré-natal na instituição mais próxima de sua casa, já que o médico atendia nas duas. Optou por fazer a US em clínica particular, pois pelo SUS iria demorar muito.

Confessou também que diante da negativa do médico da clínica particular em fornecer os laudos, não viu outra alternativa, e optou em fazer um aborto com remédios, fato este que, no primeiro contato com o Serviço Social, não foi revelado. Foi esse ato que a levou ao hospital com aborto em curso e contribuiu para que se arrependesse de autorizar a necropsia. Temia que descobrissem que provou o aborto.

Seus familiares não tinham, na época, e continuam não tendo conhecimento desse fato, foi uma decisão do casal. Esses fatos vieram durante apenas na entrevista feita em sua residência.

“[...] o tempo passava, a barriga aumentava, não queria mais fazer pré-natal, só chorava. Uma noite o (nome do Marido) acordou, eu chorava muito, daí ele disse: “vamos acabar com isso, não tá dando mais pra agüentar” [...] Sabia que tinha um remédio para aborto, uma menina do (nome do colégio) usou e deu certo. Decidimos que no outro dia ele compraria o Citotec²⁰. Achei que era difícil encontrar, mas não, foi bem fácil [...] Graças a Deus não apareceu nada no resultado da necropsia” (Safira).

Como elemento que justifique, nessa pesquisa, incluir o aborto por anencefalia, assim como já é o aborto voluntário, como questão de saúde pública, tem-se o depoimento de Ágata que, levada pela falta de informação, associada com a burocracia que envolve os trâmites para a solicitação de Um alvará de permissão para o aborto, optou por interromper a gravidez com medicamentos que poderiam tê-la levado à morte, principalmente pelo estado avançado da gravidez. Mulheres que vêem suas expectativas frustradas com relação à interrupção da gravidez, seja pela dificuldade em atender as exigências documentais, seja pela negação do alvará pelo juiz, optam por interromper a gravidez em clínicas clandestinas, por meios medicamentosos ou ainda na falta do acesso a ambos introduzindo objetos para esvaziamento do útero.

Acerca desse fato, pondera Tessaro (2002), ante a intransigência da lei em proibir esse tipo de procedimento, muitas gestantes sentem-se obrigadas a socorrer-se em aborto clandestino. Muito embora não se tenha ainda uma estimativa oficial dos motivados por anencefalia sabe-se que esse procedimento ocorre com freqüência.

Ágata relata que recebeu muita atenção da equipe médica, principalmente da neonatologia do HU, tanto do médico como da enfermeira.

“Fomos avisadas que o bebê não teria muitas horas de vida, mas que teria conforto para amenizar o sofrimento. Fiquei pouco tempo lá dentro. Minha irmã e meu marido é que ficaram mais tempo com ele. Fomos atendidos pela psicologia e o Serviço Social esteve o tempo todo conosco” (Ágata).

²⁰ Citotec - Medicamento para tratamento de ulcera gástrica. (GUIMARÃES, 2002).

Obs: É de venda proibida pois é usado como abortífero.

Turmalina diz ter sido muito bem atendida, na primeira instituição em que iniciou o pré-natal. Lamenta, no entanto, a falta de profissional capacitado para orientá-la sobre a possibilidade e os trâmites da interrupção. Afirma que pagou pelos USs e consultas para aquisição dos laudos médicos, com objetivo de acelerar o processo e que no HU recebeu muita atenção, ficou em quarto individual, onde a família ficou ao seu lado, e recebeu remédio para inibir a lactação.

“[...] não é todo mundo que passa por esse problema que tem amigos advogados. Devia ter um serviço que esclarece a gestante. Se ela quiser vai saber o que fazer” (Turmalina).

d) quanto a forma como vê a necessidade de alvará judicial para a interrupção da gravidez:

Nesse aspecto todas concordam que a decisão deve ser do casal e não da justiça. Apenas Esmeralda acha que a mulher deve decidir sozinha. Safira questiona se não deveria ser tratada como gravidez com risco de vida para a mulher.

“[...] uma gravidez normal, tudo bem que o marido decidisse, mas assim. Acho que a mulher deve decidir sozinha, é a gente que fica toda inchada, pressão nas alturas e com medo de morrer [...]” (Esmeralda).

“[...] fui atendida como gravidez de alto risco, se não corresse nenhum risco seria por um médico comum lá no posto de saúde não é? Então porque eles não fazem o aborto, se a lei diz que pode nesses casos” (Safira).

Fala-se muito na decisão do casal ou da mulher na ausência de parceiro decidir sobre o destino da gravidez. Mas, quando o conflito se estabelece entre o casal, pela discordância de posicionamento sobre a situação. Neste caso, deve prevalecer a decisão de quem? A afirmação de Esmeralda, leva a refletir sobre o direito da mulher de decidir sobre o que ocorre dentro de seu corpo e o quanto se tem que brigar para garantir esse direito.

No relato de safira percebe-se uma confusão que é comum entre algumas gestantes, quando recebem a notícia que possuem gravidez de alto risco, outras levam um choque quando são internados em quartos que levam o mesmo nome: quarto de alto risco. A terminologia gravidez de alto risco é muito ampla e envolve uma série de

aspectos da gravidez e, que por vezes, leva a mulher a ter uma idéia errada acerca da sua real condição de saúde durante a gravidez. A nomenclatura mais adequada seria gravidez que exige cuidados especiais ou nomenclatura que o valha.

Para Reis e Ribeiro (2006), a gestação pode tornar-se uma gravidez de alto risco por várias razões, por exemplo: se a gestante viver numa região onde não exista água corrente nem sistema de esgoto isto - condições ambientais e sociais precárias - pode agravar problemas comuns da gravidez, trazendo perigo tanto para ela quanto para o feto; se ela fumar ou beber durante o período da gravidez isto também pode vir a prejudicar o bom desenvolvimento e crescimento da criança.

Entretanto, nem todos os fatores dependem das condições de vida ou do comportamento da mulher. Alguns dependem de fatos totalmente alheios a seu controle. Um deles, exemplificando, é quando a mulher descobre estar grávida de gêmeos. A partir desse momento ela entra automaticamente no grupo de gestação de alto risco, pois pode vir a ter anemia, pressão alta e outros problemas que trarão ameaça à sua saúde e à vida dos fetos, provocando um parto prematuro ou bebês muito pequenos e fracos.

Segundo os mesmos autores, existem outros problemas próprios da gravidez e que podem trazer complicações para a saúde da mãe e do feto, como a pré-eclâmpsia. Doença hipertensiva, específica dos últimos três meses de gravidez, a gestante apresenta inchações, dores de cabeça e problemas renais. Caso sua pressão não seja bem controlada, pode evoluir para a eclampsia durante ou após o parto, gerando convulsões, estados de coma e até mesmo a morte. Há, igualmente, casos em que uma mulher já apresentava um problema de saúde anterior à gravidez, como o câncer de colo do útero ou doenças do coração, moléstias estas que podem se agravar com a gravidez, trazendo grandes danos à mãe.

O Serviço Social atua na identificação das causas sócio-econômicas como causadoras da gravidez de Risco e no acolhimento da gestante e do familiar, dentro de uma lógica de direitos e cidadania.

A gravidez de anencéfalos dado as suas características e a exigência de cuidados especiais entra também nesse grupo. A diferença entre este caso e os outros é a inviabilidade do feto, não há porque manter durante nove meses uma gravidez

problemática para no fim o feto ter poucas horas de vida e muito sofrimento para a mãe.

e) Quanto a forma como vê a atuação do Serviço Social na instituição:

Todas concordam que no episódio vivenciado por elas foram atendidas de forma satisfatória, quando foram feitos esclarecimentos e encaminhamentos pelo Serviço Social para atender suas necessidades.

“Se não fosse a (nome da assistente social) não sei o que faria, teria que marcar mais duas consultas com médicos diferentes para conseguir os laudos. Ia demorar mais tempo. [...] Forneceram caixãozinho e o funeral e ajudaram meu marido com o cartório, que não queria registrar a criança. Diz que tinha dois sexos [...] Não quis ver, achei melhor assim” (Esmeralda).

Novamente aqui aparece a característica tão marcante do profissional de Serviço Social que é a capacidade de articular as redes de apoio. Para agilizar os trâmites legais da interrupção da gravidez, o serviço conta com a colaboração de alguns médicos que fornecem os laudos necessários para dar entrada ao processo. Essa e outras redes articuladas pelo serviço visam otimizar o atendimento em respeito ao cidadão alvo dessas ações.

“Depois do aborto a moça foi no quarto e chamou minha mãe. As duas saíram e conversaram. Depois minha mãe disse que ela perguntou se eu queria uma urna para enterrar minha filha e se a família tinha túmulo no cemitério. Foi tudo acertado com ela e minha mãe. Foi bom porque não se tem cabeça para resolver estas coisas. Só fiquei sabendo que poderia ter dado a entrada no pedido judicial pelo HU quando voltei para pegar o laudo. Fui ao Serviço Social, eu e minha mãe e conversamos contigo [...] não tinha contado ainda tudo para alguém, sempre minha mãe é que falava me senti aliviada, só não falei que tinha provocado o aborto porque minha mãe estava perto” (Safira).

Aqui aparece um fato interessante, a mãe da adolescente sabia que ela pretendia interromper a gestação legalmente, no entanto, quanto ao aborto provocado a garota não compartilhou a decisão com a mãe. Talvez por temer ser julgada pelo ato, isso demonstra como este ato ganha novo sentido quando pelos mesmos motivos que poderiam ter se tornado um aborto legal tornou-se a um aborto ilegal.

Parece que mais do que o ato em si, o fato de estar às margens da legislação faz toda a diferença. Numa análise menos democrática, mas, bem mais realista, conclui-se

que ao contrário de buscar apoio popular para a aprovação dever-se-ia procurar a aprovação que por consequência ganharia o apoio popular.

“[...] não participei muito da conversa com a assistente social, meu marido é que cuidou dessas coisas [...] Ele falou que a assistente social ficou toda a tarde envolvida com o nosso caso. Foram todos fantásticos, ficou tudo acertado entre o Serviço Social e a Neonatologia, caso o bebê não resistisse no fim de semana, como de fato aconteceu” (Ágata).

O depoimento de Ágata reforça que a decisão tomada pelo do Serviço Social em optar pelos direitos materiais do casal foi a mais acertada.

3.3 Discussão do resultado

Pelos estudos dos casos verificou-se que, ao contrário do que traz a literatura, quando afirma que a ocorrência de feto anencéfalos é maior em gestante da classe mais pobre da sociedade, o que em certa medida justificaria a falta de ácido fólico, devido a deficiência nutricional como causadora da malformação. Dos quatro casos estudados, apenas um tinha origem nessa classe social. Isto indica que mesmo nas classes sociais com maior poder aquisitivo a alimentação não é a mais adequada, pois esse elemento nutricional poderia ser absorvido pelo organismo pela simples ingestão de frutas como a laranja e todos os vegetais de folhas verdes como couve, brócolis, etc.

Como se pôde constatar por meio da entrevista, a notícia de possuir uma gravidez com feto inviável, foi recebida pelas 4 mulheres com dor e sofrimento, que por diferentes motivos, viram naquela gravidez inviável a frustração de seus anseios. Também foi verificado que nem sempre os critérios para a decisão ou não da interrupção da gravidez via judicial foram determinados pela mulher, como religião, temor pela própria vida, etc, mas sim por questões externas, alheias a ela, como a falta de orientação e encaminhamento adequados.

Em apenas um dos casos estudados a opção foi pela manutenção da gravidez, confirmando os dados trazidos por Diniz (2004) de que a estimativa de casos que levam a gestação a termo fica em torno de 2 a 5% e a decisão está relacionada com

questões religiosas. Nesse caso houve dois fatores que moveram a decisão: a imprecisão diagnóstica, que hora mostrava a ausência de cérebro e em outras a síndrome de Apert e a religião kardesista²¹ a qual a família é devota. De acordo com seus preceitos a união da alma com o corpo tem início na concepção com autorização prévia dos pais, que são avisados durante o sono, se ocorrer a interrupção essa alma procura outro corpo e este ato se constitui de violação ao direito à vida.

O Jornal Opinião, que enfoca o espiritismo sob uma visão progressista, crítica em seu editorial estes fundamentos, explicando que se baseiam na infração a um severo direito penal humano e divino e podem oferecer inconvenientes, pois desloca o eixo central da argumentação espírita, que deve ser eminentemente filosófica e pedagógica, para a dureza do binômio crime-castigo (JORNAL OPINIÃO, 2005).

Martinelli (1994, apud Prates, 2003) referindo-se ao materialismo histórico, base da atual formação teórica do Serviço Social, afirma que não dispõe de um conjunto específico e exclusivo de instrumentos e técnicas, utiliza sim preferencialmente o instrumental técnico criado pela ciência, privilegiando o acesso a explicações categoriais, logo, priorizam-se as técnicas coletivas tais como as reuniões, as assembleias, os seminários, as negociações, sem, contudo negar a importância de intervenções no plano individual.

Ressaltando também que são priorizados os instrumentos, recursos e técnicas que conduzam às suas finalidades, iluminados por sua intencionalidade. A relevância dada às estratégias coletivas de intervenção deve-se ao reconhecimento da efetividade da dinâmica grupal, da possibilidade mais significativa de desenvolver processos sociais a partir de identificações entre sujeitos que vivenciam situações similares, de fortalecer alternativas de organização e enfrentamento conjunto, de possibilitar processos de mútua ajuda, partilha de sofrimentos e estratégias de superação, cooperação, solidariedade, veiculação de informações em seus aspectos coletivos e individuais.

Nesse sentido o Serviço Social da instituição por meio das reuniões firma o propósito de chamar os demais profissionais para o debate da questão do aborto e do aborto por anencefalia. Dessa forma as ações do Serviço Social, na área da saúde, devem ultrapassar os imediatismos, ações que tendem a dar conta apenas dos

²¹ Kardesista - Religião fundada por Allan Kardec, responsável pela difusão do espiritismo (JORNAL OPINIÃO, 2005).

aspectos imediatos das questões social apresentada, criando condições de ampliar sempre os acessos na área da saúde indo ao encontro dos aspectos coletivos estabelecidos pelo materialismo histórico que norteia a profissão do assistente social.

Ressaltando o atendimento no plano individual no dia a dia do Serviço Social alguns instrumentos são usados como facilitadores da ação profissional. Esses instrumentos associados á bagagem teórica aprendida ao longo do curso e dos eventos de capacitação vão qualificar o atendimento desse profissional.

O estudo de casos trazidos nesse trabalho deixa claro que instrumentos como a entrevista, feita por meio de escuta qualificada revela mais sobre a realidade do entrevistado e orienta o profissional para um atendimento que vá ao encontro da integralidade tão desejada pelo usuário.

A entrevista, na instituição, é um dos instrumentos mais utilizado. É por meio desse instrumento que se explora a realidade e as varias facetas apresentada por essa realidade. Muito embora, essa técnica não esteja isenta de problemas.

Para Souza (1998), um dos maiores problemas da utilização da entrevista na área social é a questão da objetividade, de conseguir separar as informações dos sentimentos que surgem durante a abordagem, O entrevistador, na busca pela objetividade, esforça-se por ignorar as sensações, a imaginação, a arte e o lúdico, ao realizar e analisar a entrevista, deixando na maioria das vezes de abordar ou mesmo de referir-se à 'arte' e ao 'sentir' como processos de ação-reflexão-ação.

Os elementos trazidos pelo autor potencializam a ação, qualifica a escuta e a análise e facilita decodificar a realidade, avaliando-a de forma crítica, prevendo maiores possibilidades de ação, aumenta consideravelmente o raio de sua intervenção.

Segundo Vasconcelos (2003) a apropriação do referencial teórico que possa proporcionar uma análise teórica critica da sociedade na sua historicidade, possibilita a previsão, projeção e a realização de um trabalho que rompa com as práticas conservadoras, qualificando a atuação, transpondo-se, dessa forma, a restrição do que a autora coloca como a humanização do instante, onde a extração da verdade, em uma entrevista não seja o intuito principal em uma entrevista com os usuários.

Com base na experiência de estágio vivenciada na instituição, bem como a análise do cadastro sócio-assistencial que traz informações detalhadas - resultado do cuidado

com a escuta qualificada - e a opinião das mulheres com gravidez de feto anencéfalos atendidas no serviço conclui-se que Serviço Social da maternidade é fonte permanente de manutenção e acesso aos direitos da mulher. A frente desse serviço essencial tem-se uma profissional qualificada e de grande bagagem teórico-metodológica, cujo comprometimento com o projeto ético político leva a ações que visem, acima de tudo, os interesses das usuárias, interesses esses que são analisados no âmbito de sua construção histórica e que norteia as ações, bem como as reflexões dessas ações.

Subjetivamente, as entrevistas mostram que essas mulheres saíram mais maduras da experiência, sentiam após a interrupção um misto de alívio e remorso. Remorso este, que, quando solicitadas a explicar, ganhou contorno de um sentimento de incompetência por não ter concebido uma criança perfeita. Esse sentimento foi mais forte nas primigestas e se materializavam no temor por outra gravidez. Para duas delas a vida sexual ficou comprometida nos primeiros meses, mas com o tempo tudo voltou ao normal. Para outras duas esse comprometimento não ocorreu.

Entenderam a importância que informações corretas e profissionais atentos têm nos desfechos dos casos. Encontraram no Serviço Social da maternidade profissional que demonstra preocupação com as solicitações feitas pelo usuário e em informar sobre as que lhes cabe de direito. Com base na contabilização dos números de itens solicitados pela paciente ao serviço e números de itens atendidos, incluindo informações corretas. Estas informações classificaram o serviço como satisfatório e devem servir para se criar um protocolo de atendimento aos casos de anencefalia que chegam na instituição e que diferem entre si.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel da mulher na sociedade é definido, pela temporalidade e pelas características de cada sociedade. Dessa forma, em vários momentos da história em algumas sociedades houve avanços e retrocessos nas conquistas femininas pela cidadania. Com o pano de fundo da Revolução Francesa, as mulheres por meio da rebelião promovida pelo movimento feminista garantiram alguns direitos.

No entanto, somente nas primeiras décadas do século XX, é que a mulher se apropria do próprio corpo e quebra o paradigma que biologiza o feminino no social e dá início a um processo que leva a reivindicação da autonomia e que se desdobra, em serviços voltados para atender a saúde sexual e reprodutiva da mulher. Essas reivindicações são levadas às conferências internacionais e nelas se cristalizam enquanto direito sexual e reprodutivo.

Data desta mesma época a explosão demográfica brasileira. No sentido de controlar a natalidade, são criados programas que remontam ideais malthusianos. Essas medidas de controle, associadas à falta de discussão de gênero desqualificam o atendimento e geraram descontentamento nos serviços de saúde reprodutiva.

Esse descontentamento levou as mulheres a iniciarem um processo de lutas em 1970 e teve como aliado, o movimento da reforma sanitária e culminou com um capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Mesmo sendo identificado como uma demanda pública e aclamada pelo movimento feminista, o aborto voluntário não entra no texto constitucional como um direito reprodutivo, mas se torna tema fundamental em discussões de grupos que tratem da sexualidade e reprodução.

O que vai diferir entre um grupo e outro que discute o assunto é a fundamentação ideológica. Podendo ter caráter motivador ou inibidor das conquistas até então alcançadas. Entre esses grupos que contribuem para o retrocesso dos direitos e a não conquista de outros estão os movimentos religiosos, principalmente a Igreja Católica, que usa a argumentação da defesa da vida que se baseia principalmente na divindade e na potencialidade do feto para legitimar a defesa pela criminalização da prática.

Mais tolerado, mas não menos polêmico nas agendas de discussão encontra-se o aborto por anencefalia ou numa versão conceitual mais atual a antecipação terapêutica do parto. O aborto por anencefalia não está previsto no Código Penal brasileiro. A solução, para quem não quer levar a termo uma gravidez dessa natureza é recorrer à justiça em busca de um alvará que autorize o procedimento. O Brasil é o 4º país em índices de anencefalia e são pedidos por ano cerca de 30.000 alvarás (Neto, 2007).

Entendendo que cada ser humano tem potencial para decidir sobre sua vida reprodutiva e que a decisão de manter ou não uma gravidez de feto anencéfalos deve ser exclusiva do casal ou da mulher grávida, estudos de casos com diferentes situações dão conta de discutir a temática e auxiliar na construção da prática do Serviço Social da maternidade do HU/UFSC. Justificando-se tanto pelo aumento de morte materna que a prática clandestina do aborto vem provocando como pela incipiência do assunto no Serviço Social brasileiro, que trinta anos após a reconceituação, nem coloca em discussão o tema na pauta de seus debates, pecando, dessa forma, pela superficialidade e incorrendo no risco de basear sua prática em conceitos incompletos, superados e até antijurídicos.

Ao apresentar a temática no Serviço Social sob a ótica do feminismo, há pretensão, mesmo que sutil, de se posicionar a favor do aborto voluntário, primeiro porque o aborto por anencefalia se diluiria na descriminalização do aborto voluntário e segundo, visando introduzir essa questão tão polêmica entre os demais profissionais da instituição pesquisada, que ainda trazem impregnados no pensar e no agir, dogmas de

doutrinas que pregam a fatalidade e o maniqueísmo relacionado ao tema, que levam, não raro, à violência institucional. Partindo do princípio que, enquanto prestadores de serviço público, representam o Estado e, como tal, devem assumir um caráter verdadeiramente laico. Propõe-se discussão do tema pela equipe a partir do Serviço Social, pois há reconhecimento de que somente a informação e a discussão podem ser fonte segura de formação de opinião. O estudo confirma que o Serviço Social do HU/UFSC está apto a exercer a função de introdutor do tema e atender a demanda do aborto bem como fazer o debate que envolve diferentes situações.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. M. **Serviço Social e Organização da Cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2002, p. 50-161.

ALVES, B. M; PITANGUY, J. **O que é feminismo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

ÁVILA, M. B; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direito reprodutivo no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L; DÍAZ, J. (Org) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 70-103.

BALLONE, G. J. **Gravidez na Adolescência**. Artigo revisado em 2003. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc.3html>. Acesso em: 04 maio 2006.

BARBOSA, M. C. A práxis do Serviço Social nas Instituições. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, nº 34. Cortez, dezembro de 1990.

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. São Paulo: Cortez, 2001.

BEZZERRA, A. I. **Relatório de estágio obrigatórios I e II**. Florianópolis: UFSC/DSS, 2006.

BILLAR, A. Z. **O serviço Social e as demandas das famílias dos recém-nascidos prematuros internados na unidade de neonatologia da maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago**. 2006. 75 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução a teoria e aos métodos**. São Paulo: Porto, 1994.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**: artigo 28 dispõe sobre os casos legais de aborto. São Paulo: Saraiva, 1998.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**: artigo 124 define o que é aborto. São Paulo: Saraiva, 1998.

BRASIL. Lei n. 9.263/96, de 12 de janeiro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, **15 dez.**1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9263.htm>>. Acesso em: 14 fevereiro 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde. Resolução do n. 218, de 06 de março de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, **05 maio** 1997. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=CNS+resolu%C3%A7%C3%B5+218&meta=>>. Acesso em: 14 fevereiro 2008.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 25-45.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CHAVES, O. M. S. **Aborto Eugênico: a sua descriminalização em face da exclusão de ulpabilidade por enexigibilidade e conduta diversa**. 2007. 76 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em direito) – Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

COELHO, C. C. O Sistema Único de Saúde: filosofia, história e visão panorâmica da atualidade. In: **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde**. Belo Horizonte: Maza edições, 2003, p. 33-50.

COLÓN, A; D´AVILA, A. L; FERNÓS, M. D; VICENTE, E. Tentativas de deslegitimação do direito ao aborto em Porto Rico. In: COSTA, A. O. (org.). **Direitos Tardios – Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina**. São Paulo: Prodir/FCC, 1997.

COSTA, A. **Política de saúde, equidade e gênero: atualizando a agenda**. São Paulo: Cortez, 1997.

COSTA, A. M. **Direito penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

COSTA, A. M; GUIMARÃES, M. C. L. **Saúde é assunto para as mulheres**. Minas Gerais: Hamburgo, 2003.

COSTA, H. Entrevista concedida ao movimento das católicas pelo direito de decidir. CAVALCANTE, A; CHAVIER, D. (Org). **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos**. São Paulo: Publicações CDD, 2006, p. 65-68.

COSTA, S. G. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde Reprodutiva. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 5-23. Jul/dez 2002.

DINIZ, D. Antecipação terapêutica do parto: uma releitura bioética do aborto por anomalia fetal no Brasil. In: DINIZ, D; RIBEIRO, D.C. (Org) **Aborto por anomalia fetal**. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 21-92.

DINIZ, D. **Liminar do STF que autoriza a antecipação do parto nos casos de anenalia fetal no Brasil**. São Paulo: Reflexão e Opiniões, 2004.

DINIZ, S. G. **O que Funciona e o que é Justo: notas sobre violência no atendimento ao parto**. São Paulo: FMUSP/CFSS, 1996.

DUBY, G; PERROT, M. A política dos corpos: entre procriação e continência em Roma. São Paulo, Ebradil, 2001.

FAUNDES, A. In: DINIZ, D; RIBEIRO, D. C. (Org). **Aborto por anomalia fetal**. [Prefácio] Brasília: Letras Livres, 2003, p. 3-19.

FAUNDES, A. BARZELATO, J. O significado das palavras. In: FAUNDES, A. BARZELATO, J. **O drama do aborto em busca de um consenso**. São Paulo: Komed, 2004, p. 42-60.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAIMS. In: GALVÃO, L. DÍAZ, J. (Org). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999, p.151-162.

FORMENTI, L. A sociedade e o aborto. **Jornal estado de São Paulo**, 28 de junho 2006. Disponível em: <www.estadao.com.br>. Acesso em: 23 outubro 2007.

FRAGOSO, H. C. **Lições de Direito Penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

FREITAS, A. Aborto: voz das feministas. **Mulheres de olho** [periódico on line], 18 de janeiro 2007. Disponível em: <<http://www.mulheresdeolho.org.br/?=196>>. Acesso em: 12 setembro 2007.

GALVÃO, L. DÍAZ, J. In: GALVÃO, L. DÍAZ, J. (Org). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. [introdução]. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 5-21.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. DÍAZ, J. (Org). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999, p.165-179.

GAMA, A. S. Gênero e a Avaliação da Qualidade de Atenção em Serviços de Saúde Reprodutiva. In: BRAVO, M. I. S.; et al. (Org). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2004, p. 79-96.

GOLDANI, A. M. O Regime Democrático Brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições, e oportunidades demográficas. In: GALVÃO, L; DÍAZ, J (Org). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 25-69.

GRANDE DICIONÁRIO LARROUSE CULTURAL DA LINGUA PORTUGUESA. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

GUIMARÃES, D.T. **Dicionário de termos médicos ABC**. 1ª. ed. São Paulo: Rideel, 2002.

HUNGRIA, N. **Comentários ao Código Penal**. v. 5. Rio de Janeiro: Forense, 1942.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Composição populacional de Florianópolis**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

JORNAL OPINIÃO. Direito e razão. Jornal opinião [editorial]. Porto Alegre, ano XI, no. 119. Maio 2005. Disponível em: <<http://www.espiritinet.com.br/>>. Acesso em: 19 dezembro 2007.

LIMA, M. J. Conferência: gênero, poder e democracia. In: **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde**. Belo Horizonte: Maza edições, 2003, p.15-32.

LOLATTO, S. **A Intervenção do assistente social frente a solicitação do aborto**. 2004. 154 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

LÓREA, R. A. Aborto e direito no Brasil. In: CAVALCANTE, A; CHAVIER, D. (Org.). Em defesa da vida: aborto e direitos humanos. São Paulo: Publicações CDD, 2006, p.169-180.

LUFT, S. **Aborto eugênico: uma discussão necessária**. 2001. 133 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

MAMMANA, C. Z. **O aborto ante o direito, a medicina e a moral e a religião**. v.1. São Paulo: Letras, 1959.

MATIELO, F. Z. **Aborto e Direito Penal**. Porto Alegre: Sagra- DC Luzzatto, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2001.

NETO, J. A. **Anencefalia: posição da FEBRASGO**. 2007. Disponível em: <www.febrasgo.org.br/Documentos/ResidênciaMédica/ResidênciaMédicaLinksÚteis/tabid/115/Default.aspx - 53k>.. Acesso em: 12 maio 2007.

NOGUEIRA, P. L. **Em defesa da vida: aborto, eutanásia, pena de morte, suicídio, violência/ linchamento**. São Paulo: São Paulo, 1995.

NUNES, M. J. R. Aborto, maternidade e a dignidade da vida das mulheres. In: CAVALCANTE, A.; XAVIER D. (Org.). **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos**. São Paulo: Publicações CDD, 2006, p. 23-39.

OLIVEIRA, M. C; ROCHA, M. I. S. **Saúde reprodutiva na esfera pública e política**. Campinas: NEPO/UNICAMP, 1999. Disponível em: <http://72.232.29.50/~fnepo/usuario/gerencia/navegacao.php?caderno_id=0018nivel=0> . Acesso em: 21 setembro 2007.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. **Saúde: contexto mundial** . Disponível em: <www.omsbrasil.com.br/ - 3k>. Acesso em: 24 junho 2007.

PIMENTEL, S. In: CAVALCANTE, A; XAVIER D. (Org). **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos**. [Prefácio]. São Paulo: Publicações CDD, 2006, p. 5-9.

PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2003.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.medicina.ufmgbr/dmps/internato/saude_no_brasil.rtt> Acesso em: 24 julho 2007.

PONTE, J. P. **O estudo de caso na investigação em educação matemática**. Disponível em: <[http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Quadrante\(Estudo%20caso\).doc](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Quadrante(Estudo%20caso).doc)>. Acesso em: 28 dezembro 2007.

PRADO, D. **Maternidade: opção ou fatalidade?** In: Seminário sobre direitos da reprodução humana ,10 a 13 set. 1985, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: ALERJ/Comissão Especial dos Direitos da Reprodução, 1985. p. 26-29.

PRATES, J. C. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de inspiração marxiana*.Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, dez. 2003.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAUDE. **Dossiê Aborto: mortes preveníveis e evitáveis**. Dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005. 48 p. Disponível em: <rruda.Rits.org.br/rets/servlet/newstorm.notitia.apresentacao.ServletDeSecao?codigoDaSecao=9&dataDoJo...-36k>. Acesso em: 23 setembro 2007.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

REIS, A. O. RIBEIRO M. A. A. **Gravidez de alto risco**. 2006. Disponível em: <http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br.noticias> . Acesso em: 28 Março 2007.

RIBEIRO, D. C. Antecipação terapêutica do parto: uma releitura jurídico-penal do aborto por anomalia fetal no Brasil. In: DINIZ, D; RIBEIRO, D.C. (Org.). **Aborto por anomalia fetal**. Brasília: Letras Livres, 2003, p. 93-141.

SALLUM, J. A. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. **Revista Latino Americana**, Venezuela, v.2, f.6, 4-9, Abril 2005. Disponível em: <www.scielo.php?script=sci>. Acesso em: 12 junho 2007.

SCHOR, N.; ALVARENGA, A. T. **O aborto: um resgate histórico e outros dados**. São Paulo: USP/FSP, 1994. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/>>. Acesso em: 21 agosto 2007.

SEMINÁRIO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. 2, 2005, Brasília. **Anais** [S.l]: CDDM, [2005].

SOARES, L.T. In: BRAVO, M. I. S.; et al. (Org.). **Saúde e serviço social**. [Prefácio] São Paulo: Cortez, 2004, p. 11-13.

SOIO, W. **Entrevista passo a passo**. São Paulo: Máster, 2005.

SOUZA, A. M. C. A ética e o trabalho cotidiano do assistente social. In: **Revista Presença Ética**. (org) Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Ética PGRSS/UFPE. Ética Política e Emancipação Humana. Ano II, nº 2, Vol. 2. Recife: Unipress, 2002.

SOUZA, L. S. **A entrevista, o imaginário e a intuição**. In: GAUTHIER, J. H. M, et al. Pesquisa em Enfermagem. Novas Metodologias Aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.1998, p. 30-50.

SPOSATI, A. Pesquisa e produção de conhecimento no campo do serviço social. **Revista Katalyse**, Florianópolis, v.10, no. Esp. p. 1-13 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300002&lng=en&nrm=iso&tl... - 81k>. Acesso em: 15 dezembro 2007.

TERRES, B. M. **A gravidez de alto risco e a contribuição do serviço social na perspectiva dos direitos reprodutivos e da consolidação da cidadania**. 2005. 76 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

TESSARO, A. **Aborto Seletivo: descriminalização e avanços tecnológicos da medicina contemporânea**. Curitiba. Juruá, 2002.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

WILFFORT, M. F. **Educando o Olhar da Observação**. 2° ed. Rio de Janeiro: Copasa, 1996.

WIKIPEDIA. **Feminismo**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Feminismo>>. Acesso em: 16 agosto 2007.

WIKIPEDIA. **Thomas Malthus**. Disponível em: <pt.wikipedia.org/wiki/Thomas_Malthus>. Acesso em: 14 setembro 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO - DSS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Eu, Arlete Jocelina Adriano, estou desenvolvendo a pesquisa: **O Serviço Social na discussão do aborto por anencefalia** com o objetivo de contribuir, a partir do relato e da respectiva análise das experiências de mulheres com gravidez de feto com anencefalia da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, para a reflexão da temática e a construção da prática desse atendimento no Serviço Social.

Este estudo justifica-se por trazer a tona uma temática complexa e atual, ainda incipiente no Serviço Social, cuja discussão, por vezes, é pautada pelo dogmatismo e pela intolerância, tanto quando se refere ao aborto por anomalia fetal quanto ao aborto voluntário.

Serão utilizadas as informações obtidas na entrevista, bem como as contidas nos prontuários médicos e cadastros socioassistenciais. Assegura-se que esses procedimentos não trarão risco nem desconforto, mas espera-se que traga subsídios para a construção da prática interventiva na questão do aborto por anencefalia a partir das experiências vivenciadas pelas pacientes. Se ocorrer alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo fone: (48) 91024576. Se você estiver de acordo, terá garantia que as informações contidas no estudo serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Pesquisadora principal: Arlete Jocelina Adriano.....

Pesquisador responsável: Dra. Eliete Cipriano Vaz.....

Eu, -----, fui esclarecido sobre a pesquisa: **O Serviço Social na discussão do aborto por anencefalia** e concordo que dados da minha entrevista e de meu prontuário médico, exceto o nome, sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura:- ----- RG: -----

Florianópolis,...../...../ 2007

APÊNDICE B - DECLARAÇÃO LIVRE DE CONFLITOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO - DSS**

DECLARAÇÃO LIVRE DE CONFLITOS

Declaro que no desenvolvimento do projeto de pesquisa: **O Serviço Social na discussão do aborto por anencefalia** cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Declaro, ainda, que não há conflitos de interesses entre o/a (os/as) pesquisador/a (es/as) e participantes da pesquisa. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

Florianópolis, 24./08./2007.

.....
Pesquisadora Responsável (Orientadora)

.....
Pesquisadora Principal (Orientanda)

ANEXOS

ANEXO A - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

Declaração

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **O Serviço Social na discussão do aborto por anencefalia** e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis,...../...../2007

ASSINATURA
CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL