

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA**

EDÉSIA DE SOUZA SATO

**QUESTÕES SOCIOECONÔMICAS: O IMPACTO SOBRE O PLANEJAMENTO DA
PARENTALIDADE**

CURITIBA

2013

EDÉSIA DE SOUZA SATO

**QUESTÕES SOCIOECONÔMICAS: O IMPACTO SOBRE O PLANEJAMENTO DA
PARENTALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teologia, Área de concentração: Teologia Sistemático-Pastoral, da Escola de Educação e Humanidades, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Teologia.

Orientador: Prof. Dr. Mário Antônio Sanches.

CURITIBA

2013

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

S253q Sato, Edésia de Souza
2013 Questões socioeconômicas : o impacto sobre o planejamento da
parentalidade / Edésia de Souza Sato ; orientador, Mário Antônio Sanches. –
2013.
137 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2013
Bibliografia: f. 121-124

1. Teologia. 2. Família - Aspectos sociais. 3. Família - Aspectos
econômicos. 4. Mães - Mortalidade. 5. Mortalidade infantil. 6. Aborto.
I. Sanches, Mário Antonio. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Programa de Pós-Graduação em Teologia. III. Título.

CDD 20. ed. – 230



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Teologia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Teologia

**ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE EXAME DE DISSERTAÇÃO N.º 043
DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE**

EDESIA DE SOUZA SATO

Aos vinte dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e catorze, às nove horas, reuniu-se na Sala de Defesa da Escola de Educação e Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, a Banca Examinadora constituída pelos professores :Mário Antonio Sanches, Maria del Carmen Massé Garcia e Clélia Peretti, para examinar a Dissertação da candidata **Edesia de Souza Sato**, Ingressante no Programa de Pós-Graduação em Teologia – Mestrado, no primeiro semestre de dois mil e doze. Linha de Pesquisa Teologia e Sociedade. A mestranda apresentou a dissertação intitulada “QUESTÕES SOCIOECONÔMICAS: O IMPACTO SOBRE O PLANEJAMENTO DA PARENTALIDADE”. A candidata fez uma exposição sumária da dissertação, em seguida procedeu-se à arguição pelos membros da banca e, após a defesa, a candidata foi APROVADA pela Banca Examinadora. A sessão encerrou-se às 11:17. Para constar, lavrou-se a presente ata, que vai assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Prof.^a Dr.^a Mario Antonio Sanches _____
Presidente / Orientador

:
Prof.^a Dr.^a Maria del Carmen Massé Garcia _____
Convidado Externo

Prof.^a Dr.^a Clélia Peretti _____
Convidado Interno

CIENTE

Prof. Dr. Agenor Brighenti
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Teologia - Stricto Sensu
PPGT/PUCPR



Dedico à minha família, porto seguro ao qual retorno após cada jornada e posso ancorar minha vida. Por todo amor que existe entre nós e pela forma como participam da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus Pai, por seu amor incondicional, sem o qual não estaria aqui hoje.

Ao coordenador do curso por todo o apoio demonstrado pela condução do curso com maestria e sapiência.

Durante todos os processos e itinerários que vivi até agora, sempre tive presente em minha memória as imagens daqueles que fizeram parte do meu caminho. Não seria diferente no instante em que concluo este trabalho.

Gostaria de destacar em especial o meu orientador professor e Doutor Mário Antônio Sanches, o seu reconhecimento, do seu saber, suas experiências e suas referências, compromisso e confiança, permitiram-me encontrar formas de um saber que todavia não imaginava, pudessem realizar este sonho.

Também fez parte da minha construção com os demais professores com quem convivemos; Professores(a) e Doutores(a): Clélia Peretti, Agenor Brighenti, Waldir Souza e Clodovis Boff.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para o sucesso desta dissertação, o meu muito obrigada!

RESUMO

A presente dissertação, intitulada “Questões socioeconômicas: o impacto sobre o planejamento da parentalidade”, tem como objetivo, elaborar e validar um instrumento que permita uma ampla análise das causas da presença ou ausência de projeto de parentalidade em pessoas que já tiveram filhos. Visa a construir um instrumento que permita identificar o impacto dos *fatores analisados* sobre o projeto de parentalidade, a partir de estudos sobre o aborto, a mortalidade e morbidade materna, a violência contra a criança, o acesso aos serviços de saúde da mulher, o cuidado da mulher e da criança na doutrina social da igreja e as questões socioeconômicas envolvidas, e pelas contribuições dos participantes dos debates do grupo de pesquisa, com relação às questões sociais. Utilizou-se, para tanto, uma metodologia que permitiu o emprego de um instrumento de pesquisa, que se desdobrou na elaboração do projeto à técnica de grupo nominal e na aplicação de um instrumento, que pudesse ser validado pelos resultados, os quais foram ao encontro do proposto na presente pesquisa, seja no projeto de parentalidade – opinião e notas – comparativo das duas etapas, seja nos descritores que indicam parentalidade, ou nos descritores relacionados com a questão social, os quais mantêm relação entre si e com o conteúdo desta dissertação.

Palavras-chave: Parentalidade. Questões socioeconômicas. Aborto. Mortalidade materna e infantil.

ABSTRACT

This dissertation, entitled Socioeconomic subjects: the impact on the planning of parenting, has as objective to elaborate and to validate an instrument that allows a wide analysis of the causes of the presence or absence of parenting project in people that already had children. It seeks to build an instrument to allow to identify the impact of the factors analyzed on the parenting project, starting from studies about the abortion, the maternal mortality and morbidity, the violence against the child, the access to the services of the woman's health, the care of the woman and the child in the social doctrine of the church and the socioeconomic subjects involved, and by the contributions of the participants of the debates of the research group, regarding the social subjects. It was used, for so much, a methodology that allowed the use of a research instrument, that was unfolded in the elaboration of the project to the technique of nominal group and in the application of an instrument that could be validated by the results, which corroborated the research's proposal, in the parenting project – opinion and notes – comparative of the two stages, and also in the descriptors that indicate parenting, or in the descriptors related with the social subject, which maintain relationship amongst themselves and with the content of this dissertation.

Keywords: Parenting. Socioeconomic subjects. Abortion. Maternal and infant mortality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Apresentação de descritor.....	17
Gráfico 1 – Gênero.....	19
Gráfico 2 – Instituição onde atua.....	19
Gráfico 3 – Graduação.....	20
Gráfico 4 – Área de pós-graduação.....	20
Gráfico 5 – Maior titulação.....	21
Gráfico 6 – Atuação.....	21
Gráfico 7 – Identificação de gênero.....	80
Gráfico 8 – Número de filhos.....	81
Gráfico 9 – Religião.....	81
Gráfico 10 – Estado civil na gravidez do primeiro/último filho.....	82
Gráfico 11 – Escolaridade na gravidez do primeiro/último filho.....	83
Gráfico 12 – Idade em que a pessoa teve o primeiro/último filho.....	83
Gráfico 13 – Identificação da renda familiar na gravidez do primeiro/último filho.	84
Gráfico 14 – Identificação da situação de emprego na gravidez do primeiro/último filho.....	85
Gráfico 15 – Planejamento da gravidez do primeiro/último filho.....	85
Gráfico 16 – Avaliação dos riscos relacionados com a maternidade antes da gravidez do primeiro/último filho.....	87
Gráfico 17 – Avaliação das condições para cuidar dos filhos antes da gravidez do primeiro/último filho.....	88
Gráfico 18 – Clima do anúncio da gravidez do primeiro/último filho.....	92
Gráfico 19 – Acolhimento da criança pelo parceiro na gravidez do primeiro/último filho.....	92
Gráfico 20 – Preocupação com o cuidado do primeiro/último filho.....	93
Gráfico 21 – Descarte de possibilidade de aborto na gravidez do primeiro/último filho.....	94
Gráfico 22 – Acolhimento da gravidez do primeiro/último filho e da criança pelo parceiro.....	95
Gráfico 23 – Mudança de posicionamento do parceiro em relação ao primeiro/último filho.....	95

Gráfico 24 – Ocorrência de aborto no núcleo familiar.	96
Gráfico 25 – Ausência de um dos pais na vida do primeiro/último filho.....	99
Gráfico 26 – Participação da mulher em algum serviço de saúde tido como de planejamento familiar na gravidez do primeiro/último filho.....	100
Gráfico 27 – Participação da mulher em serviço pré-natal na gravidez do primeiro/último filho.....	101
Gráfico 28 – Gravidez do primeiro/último filho com o objetivo de melhorar o relacionamento com o parceiro.....	103
Gráfico 29 – Gravidez do primeiro/último filho com o objetivo de melhorar a situação social e econômica.....	105
Gráfico 30 – Separação do casal devido às dificuldades em cuidar do filho.....	107
Gráfico 31 – Incentivo de acesso aos serviços de saúde pela família/escola/comunidade religiosa.....	108
Gráfico 32 – Ocorrência de violência contra a criança.....	110
Gráfico 33 – Filho considerado um peso/uma sobrecarga.....	112
Gráfico 34 – Morte na família relacionada com o parto.....	113
Gráfico 35 – Morte de criança (antes dos 5 anos) na família.....	115
Gráfico 36 – Dificuldade de a mulher adquirir um emprego por ter filho.....	115
Gráfico 37 – Identificação de quem exerce a chefia da família.....	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIC	Catecismo da Igreja Católica
FC	<i>Familiaris Consortio</i>
GE	Grupo de Especialistas
GP	Grupo de Pesquisadores
HV	<i>Humanae Vitae</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LG	<i>Lumen Gentium</i>
MD	<i>Mulieris Dignitatem</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPGT	Programa de Pós-Graduação em Teologia
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1.1 CONTEXTO DO PROJETO	13
1.2 OBJETIVOS E HIPÓTESES	14
1.3 METODOLOGIA.....	16
1.3.1 Etapas da pesquisa	16
1.3.2 Relatório da técnica do grupo nominal	18
1.4 A QUESTÃO DE 'PROJETO DE PARENTALIDADE'	23
2 PLANEJAMENTO DA PARENTALIDADE E AS QUESTÕES SOCIAIS	30
2.1 O ABORTO	31
2.1.1 Os aspectos econômicos com relação ao aborto	34
2.1.2 A prática do aborto e os aspectos legais.....	37
2.1.4 O aborto como um ato de violência	43
2.2 MORTALIDADE E A MORBIDADE MATERNA.....	46
2.2.1 A vida em primeiro lugar	46
2.2.2 A mulher na família e na sociedade	48
2.2.3 A relação entre educação e morbidade/mortalidade materna.....	50
2.2.4 Fatores que levam à morte materna	53
2.2.5 A questão dos métodos contraceptivos.....	55
2.3 A VIOLÊNCIA RELACIONADA ÀS CRIANÇAS	58
2.3.1 A violência contra a criança e o adolescente	59
2.3.2 Os fatores que causam a violência contra a criança	62
2.3.3 A relação entre a pobreza e a violência	65
2.3.4 A violência doméstica e a qualidade de vida das famílias.....	68
2.4 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA MULHER	72
2.4.1 A realidade da saúde da mulher.....	73
2.4.2 A saúde da mulher e a mulher sem saúde	76
3 DEFINIÇÃO DOS DESCRITORES	81
3.1 DESCRITORES DE IDENTIFICAÇÃO.....	81
3.2 DESCRITORES SOBRE PROJETO DE PARENTALIDADE	87
3.3 DESCRITORES RELACIONADOS COM QUESTÃO SOCIAL	99
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS.....	121
1 INTRODUÇÃO	

Esta dissertação é fruto de muito trabalho individual e, paralelamente, em equipe. Por isso o resultado final será também apresentado de maneira que esta dinâmica esteja bem explicitada. Logo, na introdução constata-se que a pesquisa é parte do projeto do Grupo de Pesquisa Teologia e Bioética. Para isto introduzimos um item que aborda o contexto do projeto e outro item que aborda a questão teórica que perpassa todo o projeto, ou seja, a questão do planejamento da parentalidade.

Também na introdução vamos explicitar a metodologia do projeto geral da parentalidade, suas etapas, uma descrição detalhada da técnica de grupo nominal que possibilitou o levantamento de dados que serão analisados na terceira parte do trabalho. Por fim, apresentaremos a metodologia específica desta pesquisa bem como uma breve descrição dos capítulos presentes ao longo do texto, que se compreende como complementar às outras temáticas que envolvem o projeto como um todo.

1.1 CONTEXTO DO PROJETO

O Projeto desta dissertação é parte do Projeto de Pesquisa *Planejamento da parentalidade no contexto da teologia e bioética*, que conta com o apoio da Fundação Araucária - com bolsa produtividade dada ao coordenador do projeto - e está inserido no Grupo de Pesquisa Teologia e Bioética, que de 2003 a 2013 já obteve 21 bolsas de Iniciação Científica, sendo 9 vinculadas a estudos relacionados com os temas estudados neste projeto.

No estudo da Reprodução Humana em Bioética um dos maiores conflitos surge quando nos deparamos com a situação de pessoas com filhos ou mulheres grávidas sem terem um 'projeto de parentalidade' explícito ou implícito. Os dados indicam que cerca de 30% dos partos são abortados, este talvez seja o resultado mais dramático 'para as mães e as crianças' de uma gravidez sem projeto. Mas certamente, o aborto não é a única consequência, e a gravidez é o centro de situações com fortes implicações para a mãe, para as crianças, para as famílias e para os serviços de saúde. Consideramos que há Projeto de Parentalidade: a) quando a gravidez é planejada cuidadosamente, b) quando se avaliam também as questões de riscos relacionados com a maternidade, c) quando a decisão de ter filhos é compartilhada pelos parceiros, d) quando as condições para cuidar dos filhos é avaliada, e) quando o anúncio de uma gravidez se dá num clima de aceitação e

alegria, f) quando o parceiro acolhe a criança, g) quando o cuidado dos filhos é preocupação constante, h) quando a possibilidade de um aborto deliberado não é sequer considerado, i) quando a criança cresce sem violência.

Quando nos aproximamos do estudo das causas de presença ou ausência de 'projeto de parentalidade' nos deparamos com uma falta de instrumentos adequados para uma análise ampla destas relações. Estudos realizados no âmbito da Teologia focam prioritariamente a defesa da vida e da dignidade da criança. Estudos realizados no âmbito da Saúde focam prioritariamente a defesa da vida e da dignidade da mulher. Um estudo, no campo da Bioética, nos desafia a uma visão mais ampla que possa desvendar a realidade a partir de perspectivas que nos permitam contemplar os dois focos da questão: a dignidade da mãe e da criança.

Devido a este quadro, o Grupo de Pesquisa Teologia e Bioética realizou uma pesquisa qualitativa, por meio de questionário em diferentes contextos do Brasil e constatou que não há um instrumento adequado já elaborado para este estudo. Por isso, o objetivo deste projeto é elaborar e validar um instrumento que possa futuramente ser aplicado em diferentes contextos e permita uma visão mais ampla das questões que envolvem o planejamento da parentalidade.

O Instrumento objetiva identificar as causas da ausência ou presença de 'projeto de parentalidade' em pessoas que já tiveram filhos, que podem apontar para fatores diversos, por isso o projeto buscará investigar a questão relacionando parentalidade com a) sexualidade, b) modelos de família, c) questões sociais, d) e religião. Tais itens passam a ser denominados neste estudo de 'fatores analisados', para os quais foram elaborados descritores específicos, além de descritores de identificação e de parentalidade. A validação deste instrumento (uma escala) é uma tarefa complexa, pois cada descritor precisa ser precedido de uma ampla fundamentação e depois ser testado, ser devidamente validado por especialista nas diferentes áreas e envolve o estudo e ser aplicado - como projeto piloto - em determinadas populações. No item da metodologia explicar-se-á todas as etapas percorridas na validação do Instrumento.

1.2 OBJETIVOS E HIPÓTESES

O estudo se propõe como objetivo geral elaborar e validar um instrumento de pesquisa que permita analisar das causas da presença ou ausência de projeto de parentalidade em pessoas que já tiveram filhos. Trata-se de construir um instrumento que permita identificar o impacto dos *fatores analisados* sobre o projeto de parentalidade.

Os objetivos específicos estão diretamente relacionados com os subprojetos que integram o projeto como um todo, são eles:

- Identificar o impacto dos fatores analisados sobre o acolhimento da gravidez.
- Relacionar os fatores analisados com indícios de existência de aborto no núcleo familiar.
- Relacionar os fatores analisados com a capacidade de se assumir um projeto de parentalidade pós-fato.
- Relacionar os fatores analisados com o fato da tomada de decisão ser compartilhada ou não.
- Relacionar os fatores analisados com o fato de a criança ter sido assumida por ambos os cônjuges.
- Relacionar os fatores analisados com avaliação das condições para se cuidar dos filhos, ou não.
- Relacionar os fatores analisados com a presença de preocupação constante sobre os cuidados dos filhos.

As hipóteses da pesquisa estão relacionadas também aos subprojetos:

- O planejamento na parentalidade humana é impactado pela visão de sexualidade das pessoas envolvidas.
- A decisão sobre parentalidade é predominantemente não compartilhada pelo casal, mas deixada sob responsabilidade da mulher.
- A parentalidade usualmente é pensada no contexto familiar.
- Determinados modelos de família promovem projetos de parentalidade mais conscientes.
- A religião tem forte impacto no planejamento da parentalidade humana.

- As questões socioeconômicas impactam fortemente sobre o planejamento da parentalidade.

1.3 METODOLOGIA

O Projeto como um todo é composto de quatro subprojetos, cada um deles sob responsabilidade de um aluno do Programa de Pós-Graduação em Teologia da PUCPR: a) *Projeto de parentalidade e sexualidade* – mestrando Miguel Fernando Rigoni – ingresso no PPGT em março de 2012; b) *Projeto de parentalidade e modelos de família* – mestrando Juarez Celso Krum – ingresso no PPGT em agosto de 2012; c) *Projeto de parentalidade e questões sociais*- mestranda Edésia de Souza Sato– ingresso no PPGT em março de 2013; d) *Projeto de parentalidade e religião* – mestrando Renato Barbosa dos Santos – ingresso no PPGT em março de 2013. De 2011 a 2013 seis planos de trabalho PIBIC também estão relacionados com o Projeto.

1.3.1 Etapas da pesquisa

O desenvolvimento do projeto se deu em duas etapas, cada uma destas etapas foi acompanhada com submissão prévia ao Comitê de Ética em Pesquisa: a) da elaboração do projeto à técnica de grupo nominal; b) da aplicação do instrumento no projeto piloto à apresentação final dos resultados:

Primeira etapa: Da elaboração do projeto à técnica de grupo nominal

Neste primeiro momento o projeto passou pelas seguintes questões:

- Abordagem teórica do tema: uma revisão de dados da literatura relacionada com a pesquisa. Devido ao caráter complexo do tema estudado a revisão teórica se dá em diversas áreas: teologia, bioética, saúde, psicologia, sociologia, dentre outras. A abordagem teoria sobre o tema será exposto abaixo no item de revisão teórica.
- Elaboração do instrumento da pesquisa: proposição dos descritores feita a partir da revisão teórica.

- Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A submissão do projeto ao CEP da PUCPR ocorreu após ter sido aprovado no Programa de Pós-Graduação em Teologia.¹
- Técnica do Grupo Nominal. É uma técnica de pensamento divergente - convergente para a produção individual e silenciosa de idéias, para discussão e esclarecimento em grupo, bem como para priorização, por meio de votação independente. Consiste em reunir um grupo de especialistas – experts - em um assunto na busca de opiniões consolidadas, priorizando o acordo com criatividade e síntese, numa atitude geradora de ideias (JONES; HUNTER, 1995). O modo como esta técnica ocorreu será explicitado abaixo.

Segunda etapa: Da aplicação do instrumento no projeto piloto à apresentação final dos resultados:

Para atingir plenamente o objetivo do projeto e a validação do instrumento de pesquisa, as seguintes etapas se seguirão:

- Definição do Instrumento de Pesquisa: O Instrumento da pesquisa foi definido como resultado de todas as etapas anteriores do projeto: revisão teórica, técnica do grupo nominal e críticas feitas ao longo do processo de qualificação e defesa dos 4 projetos dos mestrandos envolvidos.
- Aplicação dos Instrumentos em Projeto Piloto - O projeto foi aplicado em três comunidades de diferentes regiões do Paraná: Vila Sabará (Curitiba), Bocaiuva do Sul, Campo Mourão e Pinhais.
- Os dados quantitativos foram analisados com apoio de software utilizado para análise de dados (estatística), já disponível nos sistemas de pesquisa da PUCPR: o SPSS, criado pela IBM.

¹ O projeto foi aprovado pelo CEP da PUCPR no dia 07 de novembro de 2012, de modo que os pesquisadores assumam o compromisso com as questões relacionadas com a Ética em Pesquisa no Brasil, como a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do envolvimento de qualquer sujeito de pesquisa.

- A validação estatística passou pela validação da Consistência Interna: Análise realizada por meio do Coeficiente Alpha de Crombach.

1.3.2 Relatório da técnica do grupo nominal

No projeto original planejávamos ter a participação de ao menos doze especialistas na Técnica de Grupo Nominal que atendiam os critérios definidos no projeto aprovado pelo CEP, pessoas de áreas diferentes e de áreas relacionadas com o tema estudado. Após a aprovação pelo CEP/PUCPR vinte pessoas foram inicialmente contatadas e convidadas a participar da Pesquisa. Depois do contato por e-mail e uma explicação sobre a técnica que seria composta de duas etapas: uma não presencial e também uma segunda rodada presencial, um membro da equipe de pesquisa manteve contato pessoal com cada um dos especialistas, para explicar os objetivos e metodologia da pesquisa. Para aqueles que concordaram em participar da pesquisa fora aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e entregue os descritores para serem avaliados. Cada descritor foi apresentado no formato abaixo:

Figura 1 – Apresentação de descritor.

Ex (descritor 1) : Identificação de Gênero						
Na sua opinião, este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável				Nota <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>		

Fonte: os autores, 2013.

A adesão à pesquisa fora muito boa de modo que dezesseis especialistas concordaram em participar da pesquisa e quinze cumpriram as duas etapas da técnica. Na primeira etapa – não presencial - eles fizeram a avaliação dos cinquenta e oito descritores apresentados. Os descritores avaliados foram recolhidos e analisados por meio do programa SPSS, anteriormente referenciado – cujos resultados serão apresentados a seguir.

A segunda etapa – presencial - da técnica de grupo nominal² fora realizada com a presença destes quinze especialistas, juntamente com os membros da pesquisa. Nesta etapa, foram reapresentados brevemente os objetivos da pesquisa, seguidos de uma apresentação sistemática do resultado da avaliação de cada descritor na etapa não presencial. Após a projeção de cada descritor abriu-se a discussão, com grande interesse e envolvimento dos presentes. Nota-se que o contexto interdisciplinar propiciou manifestação de opiniões em alguns momentos bastante discordantes, mas sempre num clima de complementaridade e cordialidade.

Esta segunda etapa foi gravada, como previa o TCLE, e os aspectos relevantes deste debate foram transcritos e serão utilizados ao longo da pesquisa, principalmente na exposição da avaliação dos descritores. As opiniões dos especialistas foram avaliadas e os pontos divergentes foram destacados para o debate, sem enfatizar, neste momento o perfil dos especialistas. Também há o compromisso em manter o sigilo, no sentido de não revelar o autor das falas usadas neste trabalho. Por tudo isto, optamos por identificar as falas que serão usadas na pesquisa apenas com a sigla (GE), indicando que é uma fala que surge do ‘grupo de especialistas’ sem referências aos sujeitos específicos. Os pesquisadores participaram ativamente do debate, explicitando os objetivos e manifestando as razões que levaram à formulação dos descritores tais como estão. Deste modo, no debate também aparecem transcrições de falas dos pesquisadores que serão identificados apenas como (GP) como sigla de ‘grupo de pesquisadores’.

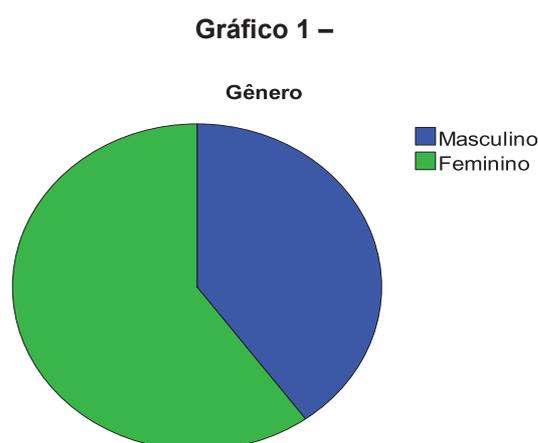
Após a apresentação e discussão de todos os descritores, os especialistas fizeram – de modo individual – uma reavaliação dos descritores, reavaliando a sua posição inicial, manifestando novamente a sua opinião e atribuindo notas. A partir desta segunda avaliação os descritores foram re-organizados. A seguir apresentamos a reavaliação dos descritores.

Perfil dos especialistas:

² Este momento presencial ocorreu no dia primeiro de dezembro de 2012 nas dependências da PUCPR, Campus Curitiba.

O perfil dos 15 especialistas que participaram das duas etapas da técnica de grupo nominal será abaixo apresentado a partir das seguintes variáveis: a) Gênero, b) instituição onde atua, c) primeira graduação, d) área de pós-graduação, e) maior titulação e f) área de atuação.

Quanto a gênero: 60% dos especialistas que participava da pesquisa do gênero feminino e 40% masculino.

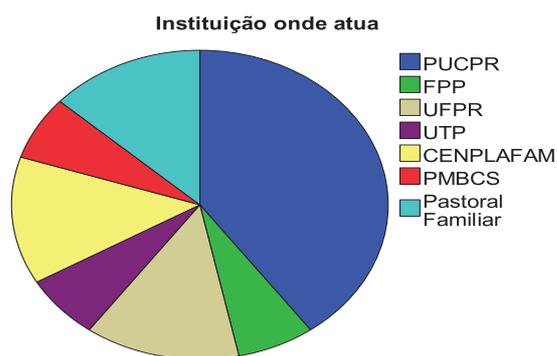


Fonte: os autores, 2013.

Quanto à instituição, sendo a pesquisa realizada no Programa de Pós-Graduação em Teologia da PUCPR, cuidou-se para que a maioria dos participantes não fosse originária desta mesma Universidade, o que resultou uma participação de diferentes Instituições de Curitiba: UFPR, FPP, UTP, CENPLAFAM, PMBCS, Pastoral Familiar.³

Gráfico 2 –

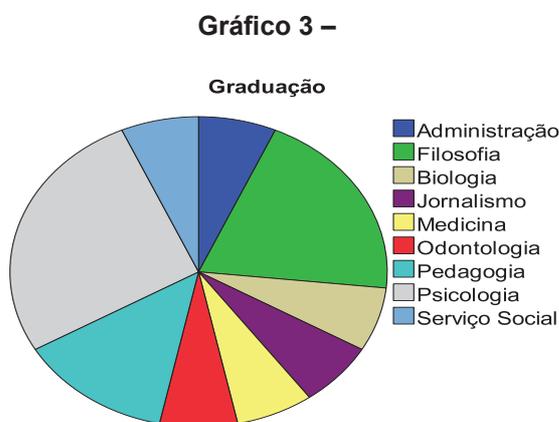
³ FPP: Faculdades Pequeno Príncipe; UTP: Universidade Tuiuti do Paraná; CENPLAFAM: Centro de Planejamento Natural da Família – fundado em 1993 e com ação contínua deste então; PBMC: Província Marista do Brasil Centro Sul; Pastoral Familiar da Arquidiocese de Curitiba.



Fonte: os autores, 2013.

Uma das características da técnica de grupo nominal é a realização de uma avaliação dos descritores na perspectiva interdisciplinar, por isso a escolha dos especialistas fora pautada também a partir deste fator. Buscou-se, assim, reunir pessoas que pudessem expressar a partir de uma diversidade de formação acadêmica dentro da área das ciências humanas e sociais, e que fossem mais afins com a temática estudada.

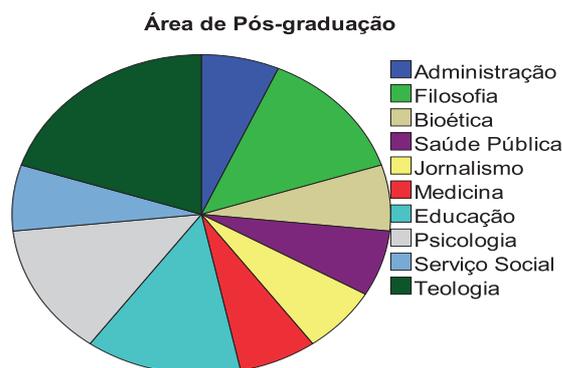
Deste modo, os especialistas reunidos apresentaram o seguinte quadro, no item curso de graduação:



Fonte: os autores, 2013.

Pós-graduação: o perfil dos especialistas, quanto às áreas de pós-graduação apresentou o seguinte quadro, disposto no gráfico 4:

Gráfico 4 –

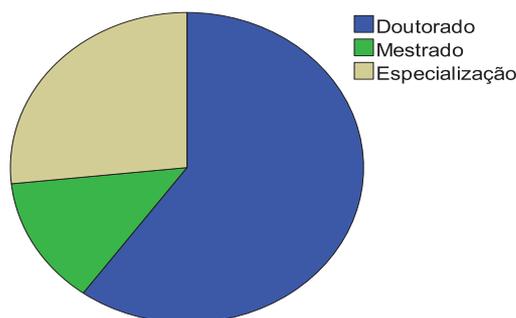


Fonte: os autores, 2013.

Maiores titulações: o nível de estudos dos especialistas apresentou o seguinte quadro, com mais de 50% com doutorado:

Gráfico 5 –

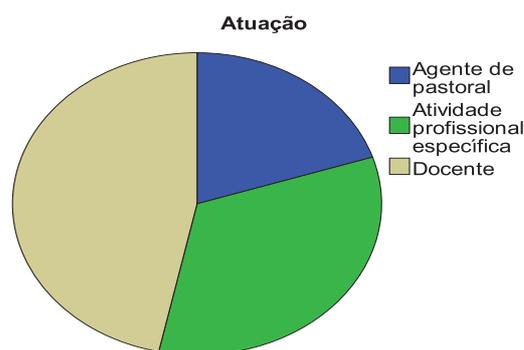
Maiores Titulações



Fonte: os autores, 2013.

Área de atuação: como mais de 50% dos especialistas convidados são doutores isto revelou também que a atividade profissional destes especialistas é a docência. À parte dos especialistas que foram convidados por terem doutorado em áreas de interesse para a pesquisa, os outros foram convidados por terem suas atividades profissionais vinculadas ao atendimento de famílias, seja em consultórios e clínicas ou em atividades voluntárias como na pastoral familiar. Isto é explicitado no quadro abaixo:

Gráfico 6 –



Fonte: os autores, 2013.

1.4 A QUESTÃO DE 'PROJETO DE PARENTALIDADE'

No âmbito da reprodução humana, o projeto de serem pais – projeto de parentalidade⁴ – é situado no contexto do projeto de vida total das pessoas envolvidas e da vida do casal. Mas independentemente do seu conteúdo constata-se um grande avanço para a sociedade quando as pessoas passam a explicitar a parentalidade como projeto, isto porque a transmissão da vida requer uma decisão pessoal e responsável (HAERING, 1971, p. 41), e porque “cada menino ou menina tem o indiscutível direito de ser desejado antes de ser concebido” (BEÑERAF, 2006, p. 58).

Já há mais de 40 anos Bernhard Haering previa que novos contextos sociais exigiam que ter filhos deixasse de ser um ato impensado para se tornar uma ação responsável, planejada. Os motivos desta mudança devem-se: a) a redução da natalidade, que possibilitava aos casais ter o número de filhos que desejavam, sem a contínua ameaça de vê-los perecer; b) a mudança de contexto socioeconômico das famílias que passava da situação de ‘filhos a serviço da família’, para um contexto de ‘família que está a serviço dos filhos’ (HAERING, 1971, p. 42); c) os idosos não esperam mais dos filhos a sua aposentadoria. A sociedade não aplaude mais a família simplesmente numerosa e passa a julgar severamente aqueles que criam filhos sem ser capazes de educá-los devidamente. Deste modo, afirma Haering (1971), o motivo de ter filhos está atrelado ao amor recíproco dos esposos

⁴ “O termo parentalidade foi usado pela primeira vez, em 1961 por Paul-Claude Recamier, psiquiatra e psicanalista francês, permanecendo em desuso por mais de 20 anos. Reapareceu em 1985 com René Clement, no estudo de uma das mais severas patologias da parentalidade: as psicoses puerperais. A partir da década de 1980, no Brasil passamos a usar o neologismo do termo francês parentalité (HOUZEL, 2007). A parentalidade é produto do parentesco biológico do tornar-se pai e mãe” (FERÊS-CANEIRO; MAGALHÃES, 2011, p. 117).

“que os faz desejar os filhos para fazê-los partícipes de seu pacto, de sua comunidade de amor” (HAERING, 1971, p. 44). Além disso, o autor enfatiza que o problema da paternidade e maternidade responsável não brota somente das novas necessidades, mas também de novos conhecimentos como as questões de riscos relacionados com a maternidade, hoje mais bem conhecidos devido ao desenvolvimento das ciências da saúde (HAERING, 1971, p. 47).

Portanto, o tema da parentalidade não é novo e já estava presente na oitava conferência da Fundação da Federação Internacional de planejamento familiar em 1967, em Santiago do Chile, quando a presidente da federação afirma: “lutamos para que todos os filhos que venham ao mundo sejam bem-vindos.” (EGUREN, 1976, p. 54).

Para que cada criança que nasça seja bem-vinda, é relevante que cada gravidez seja planejada, pois quando isto não ocorre, instaura-se uma situação de tensão que nem sempre tem resultado favorável ao acolhimento da criança. Por isso o amadurecimento, sem pressa, dos projetos de parentalidade contribuem para que este se efetive nas melhores condições possíveis, como parte integrada no projeto de vida das pessoas envolvidas, pois: “um dos principais desafios das famílias no século XXI é enfrentar a carência de um modelo confiável e funcional de ser pais no mundo em mudança” (SOLÍS-PONTÓN, 2006, p. xxxvii).

Passa-se, assim, a falar em ‘cultura de parentalidade’ compreendida como a “predominância do amor sobre as pulsões agressivas e sexuais puras” (SOLÍS-PONTÓN, 2006, p. 21). Neste contexto a parentalidade deixa de ser a reprodução biológica que partilhamos com outras espécies animais e se torna um “processo psicológico que se opera no homem e na mulher no caminho de tornar-se pais, que supõem um trabalho interior sobre si mesmos, no qual participam todos os membros da família” (SOLÍS-PONTÓN, 2006, p. xxxvii).

Podemos dizer que nem sempre nascem crianças como frutos de projetos de parentalidade bem definidos como explícitos, implícitos e indesejados. Isto significa que podemos diferenciar os projetos de parentalidade: a) Há projetos de parentalidade propriamente dito: quando os casais refletem, planejam e decidem ter ou não filhos num determinado momento. Nestes casos são projetos de parentalidade explícitos; b) Há situações em que os filhos são aguardados e se inserem nas condições mais amplas do casal e nos seus projetos de vida. Por exemplo, pessoas casadas que constituem famílias, que não planejam

explicitamente ter os filhos em um ou outro determinado momento, mas que acolhem os filhos que nascem neste contexto familiar. Podemos dizer que há nestes casos um 'projeto de parentalidade implícito'. Na verdade, este tem sido o modo de a parentalidade ocorrer na maioria dos casos, criando condições, muitas vezes ótimas, para que ela simplesmente ocorra; c) Há situações em que os filhos são gerados de modo indesejado, mas que os casais ou outras pessoas envolvidas acolhem, assumem a parentalidade. Nestes casos, não havia projeto de parentalidade prévia ao filho, nem as condições usuais para que ela ocorra, mas o projeto se constitui por força das circunstâncias, são 'projetos de parentalidade *pós-factum*'. Os exemplos disto são algumas mães solteiras que não haviam optado pela maternidade naquele momento, mas assumem seus filhos com responsabilidade e passam a integrá-los em seus projetos de vida; e d) Há as situações em que a parentalidade é negada, não desejada. Infelizmente crianças surgem em contextos em que há uma negação da parentalidade – 'ausência de projeto de parentalidade' –, no qual as crianças são eliminadas por aborto e infanticídio ou crescem sendo rejeitadas sistematicamente.

Algumas pesquisas americanas, realizadas em diferentes países, indicam uma ausência generalizada de diálogo no casal no que se refere à fecundidade e ao planejamento familiar, e parecem sugerir que o planejamento realizado pelo casal somente se inicia quando já se há produzido o nascimento de um ou dois filhos (MASSÉ, 2008). Desconhecemos no Brasil pesquisas que indiquem a relação entre o número de crianças que nascem com os diferentes projetos de parentalidade. Gostaríamos de formular uma hipótese de que há uma relação direta entre o 'tipo de projeto de parentalidade' e a 'qualidade de cuidado que a criança recebe'. Outros aspectos poderiam também ser abordados, principalmente os relacionados à saúde da mulher. As condições de ausência total de projeto de parentalidade podem ser uma dentre as muitas causas que levam à mortalidade materna, visto que ela ocorre impactada por muitos fatores (MARSTON; CLELAND, 2004).

Há, sem dúvida, por parte da sociedade como um todo, governo, igrejas, escolas, imprensa, etc. um crescente incentivo ao planejamento familiar, visto como uma necessidade para que os filhos sejam pensados e criados responsavelmente, ou seja, em vista a uma parentalidade responsável. No Brasil, o planejamento familiar é transformado num direito do cidadão, para o qual o cidadão pode solicitar apoio do Estado, conforme a Constituição Federal, artigo 226, § 7º:

fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.⁵

A parentalidade está composta de dois polos que não podem ser considerados separadamente: os ‘pais’ que planejam e os ‘filhos’ que são gerados como fruto deste projeto. O primeiro enfoque – os pais – é complexo e abre-se para a questão dos direitos reprodutivos. Temos ouvido, em Congressos de Bioética, pessoas – profissionais que atuam em Clínicas de Reprodução Assistida – defendendo que parentalidade é um projeto egoísta. As pessoas querem filhos para satisfazer seu próprio desejo, posição esta que também fora relatada por Benagian (2001) quando alguém afirmava: “eu quero um filho, eu quero a todo custo, até mesmo ao custo de não assegurar a ele/ela o melhor futuro possível” (BENAGIANO, 2001, p. 72). Certamente o desejo de ter filhos é um desejo autêntico, que promove e realiza as pessoas, mas sem uma boa dose de amor altruísta ele se afasta do que se entende por parentalidade responsável, que pressupõe algumas exigências para que ela de fato ocorra (RHONHEIMER, 2004).

A parentalidade pressupõe o bem-estar do casal que planeja, mas o seu foco está voltado para o bem dos filhos – o segundo polo de toda parentalidade – pois a “parentalidade é algo maravilhoso: sua grandeza deriva da dignidade pessoal dos filhos” (FORD, 2008, p. 46). Isto é algo evidente, mas que não pode ser esquecido: não há nobreza na parentalidade desvinculada do respeito à dignidade e à vida dos filhos. Parentalidade não é apenas um projeto de crescimento e satisfação pessoal, pois a sua realização implica necessariamente na geração de vidas humanas. Parece-nos razoável dizer que sem o devido cuidado com as vidas que surgirão, este projeto se torna contraditório.

A reprodução humana – ter filhos – se constitui num evento central nas famílias de modo que são elaboradas instituições para expressar a relação que surge com a reprodução e que deve permanecer ao longo de toda a vida. As instituições mais conhecidas são a ‘maternidade’ e a ‘paternidade’. No contexto dos estudos da moral e da ética intensifica-se já na primeira metade do século XX a preocupação com a reprodução humana e para falar da responsabilidade sobre os

⁵ Ver também a Lei nº 9.263/96.

processos reprodutivos surge a expressão “paternidade responsável” compreendida como:

reflexão e a decisão altamente ponderada, à base de um ato de amor autêntico, tomada depois de um diálogo entre ambos os esposos, sobre a oportunidade de ampliar a família ou o dever de espaçar a transmissão da vida de acordo com o bem pessoal das duas partes dialogantes e da adequada educação dos filhos já nascidos (EGUREN, 1976, p. 52).

Assim, o termo paternidade responsável⁶ passa a ser cada vez mais usado como expressão do consenso de que o planejamento familiar é necessário. Evidentemente que o consenso termina aí, pois o conteúdo e o método do planejamento são distintos no pensamento da Igreja e nas organizações internacionais que propõem o tema. Para a Igreja a parentalidade responsável significa: ter os filhos que naturalmente surgem do relacionamento amoroso dos esposos e que o casal possa educar adequadamente. Portanto, é tido como irresponsabilidade: a) gerar filhos sem poder educar adequadamente; b) gerar filhos sem ser de modo natural; c) não gerar os filhos que se poderia ter naturalmente e educar adequadamente; d) gerar filhos fora do casamento; e e) imposição do ato conjugal sem consentimento.

Deste modo, para a Igreja, planejamento familiar não significa necessariamente diminuir o número de filhos simplesmente, mas ter os filhos que se pode assumir com responsabilidade. Neste contexto, ‘planejamento familiar’ passa a ser mais aceito do que ‘controle de natalidade’, visto que este termo pode incluir uma redução das taxas de natalidade a qualquer preço. De fato, muitas vezes o aborto é parte da agenda do planejamento familiar de algumas organizações o que será visto pela Igreja como inadequado: “O aborto é a contradição mais clara contra a paternidade e maternidade responsável, porque é o *não* mais violento contra a vida humana precisamente depois de haver transmitido esta vida” (HARING, 1971, p. 79).

O termo ‘paternidade responsável’ era usado com a compreensão de que este englobava também os cuidados maternos. Por causa da crítica, indicando o viés ideológico patriarcal desse termo, adotamos neste trabalho o termo ‘parentalidade’ – originado na área da psicologia – pois nos parece mais apropriado para manifestar os conceitos expressos em ‘paternidade’ e ‘maternidade’.

⁶ Neste trabalho, quando se usar o termo Paternidade Responsável, ele será considerado como agenérico.

Atualmente, fala-se de parentalidade responsável, e neste projeto temos insistido no conceito de 'projeto de parentalidade', como o primeiro e indispensável elemento do planejamento familiar. No contexto de uma sociedade secular, os projetos de parentalidade podem ter diferentes conteúdos e métodos, mas necessariamente demonstram um padrão ético diferenciado, pois exigem uma tomada de consciência dos processos que envolvem a reprodução humana, e significam a superação do 'ter filhos sem pensar no assunto'.

Investigar as causas da presença/ausência de projeto de parentalidade é um trabalho complexo, pois precisa contemplar uma variada gama de perspectivas. No projeto como um todo queremos investigar a questão situando a relação da parentalidade com quatro questões: sexualidade, modelos de família, questões sociais, religião. Contudo, a ênfase neste trabalho será dada as questões sociais.

Os conteúdos deste estudo serão distribuídos em capítulos sendo que o primeiro capítulo abordará o tema do aborto, especialmente os aspectos legais que o afetam, bem como a questão de gênero e violência.

O segundo trata da mortalidade e da morbidade materna com destaque para a vida em primeiro lugar, para a mulher na família e na sociedade, a relação entre educação e a morbidade/mortalidade materna e a questão dos métodos contraceptivos.

O terceiro aborda à violência em relação à criança e ao adolescente, os fatores que causam essa violência, a relação entre a pobreza e a violência, a violência doméstica e a qualidade de vida das famílias.

No quarto capítulo a reflexão verte sobre o acesso ao serviço de saúde da mulher com destaque para o papel da mulher no século XX, a realidade da saúde da mulher, a bioética e a saúde humana como um direito à luz da ciência e da religião, a compreensão da saúde no decorrer da humanidade, abordagem sobre a saúde da mulher e a mulher sem saúde.

Considerando que para Manzo (1971, p. 32), a bibliografia pertinente "oferece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorará novas áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientemente", permitindo ao cientista "o reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações." (TRUJILLO FERRARI, 1974, p. 230).

Assim, a metodologia utilizada nesta revisão teórica será bibliográfica e de fontes secundárias, abrangendo toda uma bibliografia já tornada pública em relação

ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas etc., até meios de comunicação.

2 PLANEJAMENTO DA PARENTALIDADE E AS QUESTÕES SOCIAIS

A sociedade atual vive uma contradição, ao mesmo tempo em que temos condições de responder algumas questões humanas, como por exemplo a erradicação da miséria, a superação da violência contra a mulher, o acesso às descobertas científicas e tecnológicas pelo Sistema de Saúde Pública. Ao olharmos com critérios objetivos estas mesmas questões nos deparamos com respostas não tão significativas. De maneira específica destacamos as mulheres que engravidam sem ao menos saber o que é planejamento familiar e conseqüentemente, sem noção de saúde e de parentalidade, e os homens que se tornam pais sem a consciência ou a responsabilidade necessária.

Acreditamos existir certo desinteresse dos atores sociais, quanto ao enfrentamento deste problema. Há, na verdade, um jogo de transferência de responsabilidades. Além de causar um déficit por parte do Estado naquilo que é a sua obrigação e que é um direito da cidadania, ainda contribui para a desinformação e para o desinteresse das pessoas.

Se a violência por si só já é algo que merece ser prevenida e combatida, quando ela é praticada contra crianças, deve ser enfrentada como uma questão de toda a sociedade, as famílias, as Igrejas, as escolas, e os governos. Estado e municípios responsáveis de forma e em níveis diferenciados. Contudo os municípios, tem maior responsabilidade, e de acordo com Martins e Jorge (2011, p. 98):

é preciso que os municípios se organizem não somente para planejar ações de prevenção, mas também para melhorar a qualidade do registro, implantando e monitorando a ficha de notificação compulsória, pois o conhecimento das circunstâncias da violência é que podem subsidiar o planejamento de ações futuras.

Precisamos, a partir deste pressuposto, criar formas de se viver a parentalidade, superar as formas de violência que atingem as famílias, sobretudo as mulheres, para não ficarmos reféns de modelos copiados de outros países e continentes e que já dão sinais de falência. Como caso específico, salienta-se a existência do aborto que em muitos casos, pode pôr em risco a vida da mulher.

Nesse contexto a Bioética, como parte da ética, da vida, nos ajuda a ter um olhar exigente e criterioso por um planejamento familiar entendido como a saúde da família na sua totalidade.

A bioética, como parte das Ciências, está inserida num contexto em que a educação e a pesquisa, caminham lado a lado, e de forma interdisciplinar buscam verdades.

Na perspectiva do diálogo entre a teologia e as outras ciências podemos dizer que a bioética pode se tornar uma área especial que faz arder o coração da academia, oxigena o sangue que circula nas veias das pesquisas, desperta para um novo pensamento, a exemplo dos discípulos de Emaús (Lc 24, 32). É um ardor que transforma corações e práticas que geram pesquisas voltadas para os vulneráveis da sociedade e se tornarão políticas públicas que farão novas todas as coisas.

Neste estudo discute-se o planejamento de parentalidade buscando através de um questionário buscar elementos que ajudem a garantir o direito e dignidade das crianças e das mulheres. Não podemos repetir fórmulas que mutilam fisicamente e traumatizam psicologicamente as mulheres, e que podem trazer também implicações no recém-nascido.

Busca-se desta forma, contribuir a partir dos resultados da pesquisa de dados que possam ser úteis ao nosso sistema de saúde. Objetiva-se também o já existe disperso de escrito sobre o tema a fim de oferecer uma maior compreensão e discussão em torno da temática tratada, por meio de dados concretos e referenciais que orientem uma política séria e eficaz é o grande motivo desta pesquisa.

Sabe-se que a falta de suporte diante das dificuldades de falta de planejamento familiar leva muitas mães a realizar muitas ações desumanas, tais como o aborto, o abandono do(s) filho(s) e às vezes a própria morte, desta forma, este tema é imprescindível para se pensar a parentalidade e será abordado no espaço a seguir.

2.1 O ABORTO

O aborto tem sido tema constante de debate e estudo no Brasil e a sociedade tem se encontra dividida em relação ao mesmo. Antes visto apenas como um problema feminino, tornou-se um problema social, e agora se apresenta como um problema de saúde pública a ser discutido por todos. Sem dúvida, o aborto está

diretamente relacionado com o tema da família, que por sua vez envolve as questões relativas a parentalidade.

Tem-se, nesse contexto, com frequência, indignação pelas violências psicológica, física e sexual, por que passam as mulheres; esta última como a forma de violência que congrega em si as outras duas simultaneamente. Além do que, não se pode deixar de destacar o fato de os fetos serem eliminados, sendo eles ainda mais indefesos que suas mães.

É preciso considerar que a violência nos casos de aborto sob dois aspectos: contra o feto, pois é diretamente um ato contra a mãe. A reação primeira da sociedade pode, a princípio, ser um ato em defesa da mãe, pelos sofrimentos físico, sexual e psicológico sofridos, mas é também, mesmo que inconscientemente, um ato de defesa da própria criança, a qual fica totalmente indefesa.

Muitas vezes o aborto é considerado como um ato em si, sem contextualizar e levar em conta a forma que venha a acontecer. Os que acontecem de forma clandestina elevam ao nível máximo os sofrimentos, tanto da mãe como do feto. E os riscos impostos à mãe, inclusive de morte, consequências estas que permanecem para toda a vida, além das consequências imediatas que expõem a mulher, social e moralmente. A isso pode ainda ser acrescentado uma forma de dupla culpabilidade, primeiro por ter engravidado e segundo por ter feito o aborto.

A abordagem sobre o aborto, por um lado, existem desinformações, desinformações e tem motivações excessivamente morais que acabam levando ao preconceito. Por outro lado, acontece a confluência de interesses que podem não ser os interesses da vida e das pessoas envolvidas.

O que nos propomos fazer nesta primeira parte deste trabalho é uma abordagem sobre o aborto que tenha como ponto de partida a defesa incondicional da vida da mãe e da criança, a qual contribua com o debate e ajude na construção de saídas para o tema. Para tanto, serão tratados os aspectos econômicos que afetam o aborto, os seus aspectos legais, como também a questão de gênero e os atos de violência que o caracterizam.

A reflexão sobre o aborto não pode se apresentar como a única e determinante na defesa da vida, no entanto, é uma reflexão necessária, devido ao contexto sociocultural em que vivemos. O aborto tem sido a causa de grandes transtornos para a sociedade, para os seres humanos, especialmente para as mulheres, principalmente para as mulheres que têm condições sociais fragilizadas e

desfavoráveis, deixando-as em estado de maior vulnerabilidade. E isto se deve, em grande parte, às visões e interesses fragmentados e parciais das abordagens do tema. São visões hedonistas e fragmentadas sobre mulher, sobre a vida como objeto de negócio, com determinadas concepções de saúde, de parentalidade e até mesmo a questão demográfica. Tudo isto impacta e pode desvirtuar o debate sobre o aborto. O que se busca é uma visão mais ampla de toda a problemática.

o problema da natalidade, como de resto qualquer outro problema que diga respeito à vida humana, deve ser considerado numa perspectiva que transcenda as vistas parciais – sejam elas de ordem biológica, psicológica ou sociológica – à luz da visão integral do homem e da sua vocação, não só natural e terrena, mas também sobrenatural e eterna. E, por isso mesmo que, na tentativa de justificar os métodos artificiais de limitação dos nascimentos, houve muito quem fizesse apelo para as exigências, tanto do amor conjugal como de uma paternidade ‘responsável’, convém precisar bem a verdadeira concepção destas duas grandes realidades da vida matrimonial, atendo-nos principalmente a tudo aquilo que, a este propósito, foi recentemente exposto, de forma altamente autorizada, pelo Concílio Ecumênico Vaticano II, na Constituição Pastoral ‘Gaudium ET Spes’ (HV 7).

O aborto não pode ser colocado simplesmente dentro do campo das liberdades civis de fazê-lo ou não. As polêmicas surgidas e os dados existentes sobre o aborto no Brasil o tornam um problema ainda mais grave, já que o que temos são estimativas, as quais, muitas vezes nos dão números que nos assustam. Entretanto, ao mesmo tempo em que nos causam espanto também denunciam a distância das políticas públicas de saúde da realidade da vida, de modo especial a vida das mulheres, e entre estas, das mulheres economicamente pobres. “uma das estimativas de aborto induzido mais citadas para o Brasil – 1,4 milhão de abortos induzidos ao ano teve como base informações de profissionais de saúde e registros hospitalares” (OLINTO; MOREIRA FILHO, 2004, p. 331). É um número que diz muito, ainda mais quando sabemos que são estimativas, que aqui são fruto de dados parciais, o que nos induz a pensar que o número pode ser ainda maior.

A realidade que brota das estimativas aponta para o aborto como alternativa para controle de natalidade, como solução para questões econômicas e mesmo como busca por razões terapêuticas e até comerciais.

2.1.1 Os aspectos econômicos com relação ao aborto

O aspecto econômico do aborto é muito avaliado hoje em dia. A maioria das mulheres que engravidam são jovens, que, muitas vezes não têm condições financeiras de criar seus filhos. A prática do aborto seria uma solução, ainda que desumana, para esse problema, já que assim aconteceria um efetivo controle de natalidade, diminuindo a pobreza e conseqüentemente a marginalidade no país.

São os interesses econômicos, que, a nosso ver, divulgam a todos os ventos a ideia do aborto como alternativa para os conflitos pessoais, as crises de identidade e torna importante a discussão da parentalidade.

Muitas vezes isto acontece de forma impensada, o que relativiza a própria vida como valor supremo. Devemos considerar também que, tantas vezes, a falta do essencial à vida leva muitas mulheres ao desespero e conseqüentemente a praticar o aborto. Nestas condições, é importante salientar que também as condições de higiene e salubridade são as piores possíveis, haja vista que o aborto é feito de modo clandestino e assim sem ajuda e apoio, a fim de evitar transtornos e violências à mulher.

Importante ressaltar que muitas vezes a questão econômica não é só o fator predominante, mas pode estar interligado a outros, que podem até ter de alguma forma uma relação com a questão econômica, pois, em muitos casos uma gravidez não planejada torna-se indesejável pela consciência de que dificilmente a família poderá suportar os encargos que uma nova criança trará, e por envolver liberdade e autonomia, a qual está relacionada com a idade. No caso da pouca idade, faz-nos pensar na falta de autonomia econômica e na inexperiência somadas com a falta de confiança na solidariedade ou a ausência de compreensão da família, em caso de gravidez precoce. Nesse caso torna clara a não preocupação com a parentalidade.

Em relação aos fatores abordados saliente-se que a questão econômica também é significativa ao fato de ser a mulher solteira ou muito jovem, o que traz uma preocupação social com políticas públicas que a auxiliassem e dessem sustentação à família, à mulher e a todos que estiverem envolvidos. É o que mostra o Método das Questões Indiretas:

de acordo com o MQI, os motivos mais frequentes para indução do aborto foram questões econômicas (31%) e ser muito jovem ou solteira (24%). Dentre as 107 mulheres que relataram aborto induzido pelo MU, o método

mais utilizado foi curetagem ou aspiração. A droga misoprostol (Cytotec) foi empregada em 13% dos abortos (OLINTO; MOREIRA FILHO, 2004, p. 334).

Somados estes dois motivos, as questões econômicas e o estado civil ou idade, atingimos 55% dos abortos. Estes são dados que certamente, no caso de haver interesse em construir uma política pública de superação desta realidade, ajudam grandemente o Estado e os gestores públicos, especialmente da área de saúde. Ajudam a sociedade a entender, enfrentar, e na superação deste tema significativamente revelador do lugar que ocupa a vida nas decisões políticas.

O Método das Questões Indiretas (MQI) apresenta-nos as motivações que levam ao aborto, já o Método da Urna (MU) utilizado para pesquisar a forma de aborto mais praticado e o tipo de droga, quando esta é a forma adotada. Mais uma vez destacamos a questão econômica explícita já que na venda das drogas está inserida a questão da comercialização, do lucro e conseqüentemente da exploração. É neste momento que os interesses econômicos, de mercado, se encontram com os desesperos que cercam as mulheres que engravidam e não têm um planejamento nem sequer estrutura para acolher mais um membro da família. O resultado deste encontro está visível nos dados da pesquisa citada acima.

Aqui temos o que se define como uma cultura contra a vida. Há motivação explicitamente econômica e pode levar a uma culpabilização dos pobres pela pobreza, inclusive pela sua própria pobreza. No fundo, o que se quer é acabar com a pobreza acabando com os pobres. Exterminando-os e, de preferência, via aborto, os filhos dos pobres ainda no útero. O outro lado das implicações econômicas e sociais nas questões do aborto, especialmente no Brasil, é ausência ou a inexistência de políticas públicas de saúde para as mulheres. Resta-nos estabelecermos as relações existentes entre o intervencionismo estrangeiro nas políticas dos países pobres economicamente e a própria escassez de recursos financeiros e de serviços públicos.

na ausência de um programa efetivo de atenção integral à saúde que ofereça um acesso real aos meios de contracepção, frequentemente, a mulher, particularmente a de baixa renda, defronta-se com uma gravidez indesejada. Pressionada por inúmeros fatores, que podem ser de poder aquisitivo, instabilidade conjugal, dificuldade de conciliar a criação de um filho, face a inexistência de creches, com a necessidade de trabalhar, a mulher recorre ao aborto, solução dramática, pelo menos a nível emocional (MARTINS et al., 1991, p. 265).

O que fica claro a partir desta citação é que a decisão de fazer o aborto passa longe do desejo ou da opção da mulher, tampouco de sua família, antes é uma imposição da situação ou da realidade, além de mais uma vez aparecer a questão socioeconômica como fator presente nas relações e nas decisões familiares. Muitas vezes, como já constatamos, é uma decisão tomada em situação de desespero.

Países desenvolvidos economicamente, como os Estados Unidos, que têm o aborto legalizado, são muitas vezes referência para os que defendem no Brasil a sua legalização. Seria o caso de perguntar: apesar do seu desenvolvimento econômico, são eles referência de civilização em todos os sentidos e para todos os povos? Não seriam eles precários em vários aspectos das relações sociais, interétnicas, familiares...? O fato é que temos muitas vezes a sedução da propaganda dizendo que o desenvolvimento econômico é também sinônimo de desenvolvimento humano, o que não é necessariamente verdadeiro. Liberar o aborto seria um sinal de desenvolvimento? Ou seria o sinal de que uma determinada sociedade não conseguiu superar as causas dramáticas que levam ao aborto?

Uma visão mais crítica da realidade pode apontar para o contrário. Os dados sociais e a qualidade das políticas públicas destes países ricos não são um convite para a legalização do aborto, antes é uma denúncia de que mesmos em seus territórios há a constante negação dos direitos fracos e dos pobres. Um país realmente desenvolvido será aquele onde o aborto não ocorrerá. Assim, países pobres e ricos são ambos orientados pelo referencial da morte. Os pobres pela falta de políticas públicas, especialmente para as mulheres, convivem com altas taxas de aborto. Os ricos por decidirem em suas legislações que é aceitável a eliminação do feto, mesmo que seja em menor.

nos países desenvolvidos, onde usualmente a prática do abortamento é legal e as mulheres têm acesso aos serviços de saúde qualificados, a mortalidade por aborto induzido é baixa, variando de 0,2 a 1,2 mortes/100.000 abortos. Entretanto, nas regiões em desenvolvimento, onde geralmente o aborto é ilegal ou bastante restrito, a mortalidade por aborto é centenas de vezes maior que nos países desenvolvidos, tendo em média 330 mortes/100.000 aborto (SOUZA; ALMEIDA; SOARES, 2008, p. 742).

Portanto, é necessário que as instituições, dentre elas o Estado, respaldadas pelo coletivo humano que as compõe, possa serenamente colocar a ordem dos valores tendo a vida como o bem supremo, pois “o direito à vida constitui o principal dos direitos naturais. Refere-se à própria natureza humana, possuindo caráter

inviolável, indisponível e universal. Caracteriza-se por ser supraestatal, isto é, acima do Estado” (MOURA, 2009, p.1).

A justiça deve ser buscada, entendida e vivida como profecia. A partir do que vimos defendendo, que a questão socioeconômica define e contribui grandemente nas decisões, ou mesmo na impossibilidade de decidir, trata-se de denunciar a injustiça social, pois esta é uma das causas do descaso com a vida: “as opções contra a vida nascem, às vezes, de situações difíceis ou mesmo dramáticas de profundo sofrimento, de solidão, de carência total de perspectivas econômicas, de depressão e de angústia pelo futuro” (EV 18).

O que dizemos é que a sociedade tem o dever de proteger seus membros e dar-lhes suporte nos momentos de queda. Este nos parece ser o centro da mensagem do Papa João Paulo II (EV 18), alertando-nos para os momentos de fragilidade humana, mesmo quando inexista a carência socioeconômica.

2.1.2 A prática do aborto e os aspectos legais

No Brasil o aborto é tipificado como crime contra a vida humana pelo Código Penal Brasileiro em vigor, com previsão de penas que variam conforme o caso. Além desse dispositivo legal, há também a inserção do tema na Constituição Federal brasileira.

Em artigo para o concurso de produção científica do Centro de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual do Piauí – UESPI-2009 – com o título “o direito à vida e a questão do aborto”, premiado em primeiro lugar, o autor afirma:

a Constituição da República Federativa do Brasil estabelece como um dos fundamentos da República a dignidade da pessoa humana em seu Art. 1º, enunciando, assim, proclamação de valor universal e fixando, definitivamente, a inviolabilidade do direito à vida no Art. 5º, como garantia fundamental, firma petreamente o pensamento constitucional brasileiro em relação ao direito de todos à vida e ao respeito à sua dignidade. Com isso, qualquer ação contra a vida ou qualquer medida que permita interrompê-la em seu desenvolvimento intrauterino ou em qualquer fase da existência, seja qual for a justificação, comparece, inequivocamente, como inconstitucional (MOURA, 2009, p. 1).

É importante este referencial porque a Constituição brasileira, em si mesma, já faz parte de um momento novo na conquista de direitos, na liberdade e na autonomia da sociedade como um todo. E a mulher surge como o grande sujeito

portador de direitos antes negados. E na democracia o campo dos direitos se alarga, assim como sua negação gera desconforto na sociedade e mesmo os incapazes de defesa como é o caso do nascituro e do nascido encontram quem os defenda. Do ponto de vista legal, do marco legal brasileiro encontramos o Código Penal Brasileiro.

a prática de abortamento está prevista do Art. 124 ao 128 do Código Penal. A primeira figura tratada pelo Código refere-se ao aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento. Pune-se a conduta da gestante que realiza o aborto em si mesma, bem como a sua conduta de consentir que terceiro realize o aborto. Em seguida, o Código pune a conduta do terceiro que realiza o aborto, e apresenta as demais hipóteses em que o abortamento não configura crime (MOURA, 2009, p. 5).

Convém destacar que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no seu capítulo I, intitulado Do Direito à vida e a Saúde, também protege o embrião desde a concepção. O ECA cita especificamente, que devem existir condições para efetivar o nascimento. A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência, em seu artigo 7º.

É importante lembrarmos que ainda temos pouco costume de buscar conhecer as nossas leis, de conhecer e exigir os nossos direitos, mas isto começa a mudar à medida que nossa democracia amadurece. Igualmente, à proporção que o país vai se desenvolvendo, criando e oferecendo oportunidades para extratos da sociedade até muito recentemente excluídos econômica e socialmente; temas como a liberdade ganham um caráter de concretude. É da vida em abundância que decorre o direito inalienável da vida como um princípio cristão que antecede à legislação civil.

o direito à vida consiste não apenas no direito de estar vivo. Abrange, ainda, o direito de uma vida plena e digna, e o respeito aos seus valores e às necessidades. A vida é o bem mais valioso que os seres humanos possuem. Sem ela, não se pode falar em outros direitos. Ela está à frente de outros, no sentido de ser considerado ponto central e equidistante em relação aos demais direitos (MOURA, 2009, p. 3).

O aborto é uma forma direta de ataque ao direito à vida. Uma sociedade que relativiza este direito não pode sequer pensar em estabilidade nas instituições, ou

garantias dos demais direitos, já que todos decorrem do direito à vida. A questão do aborto entrou na pauta das reivindicações femininas em meio a tantas outras. E foi de certa forma tratada como se fosse do mesmo nível das demais e se estivesse no simples âmbito dos direitos civis. Acontece que, conforme estamos apresentando nesta dissertação, o aborto situa-se em uma ampla dimensão a qual estamos buscando mapear no contexto da parentalidade, não sendo possível apenas tratá-lo como uma questão ideológica ou de meros direitos políticos.

em 2005, ao mesmo tempo em que debatia a lei de Biossegurança, o congresso brasileiro recebia um novo projeto de lei sobre a despenalização do aborto. A pesquisa com embrião foi autorizada e, em seguida contestada juridicamente, suscitando ainda debates no âmbito do Superior Tribunal Federal. A discussão sobre a despenalização do aborto, por sua vez, segue sem votação, porém o Ministério da Saúde estuda atualmente a instalação de um plebiscito sobre o assunto no país (ALÉSSIO; APOSTOLIDIS; SANTOS, 2008, p. 456).

Como podemos ver, a questão encontra restrições em cada setor da vida e nem mesmo o congresso nacional e os tribunais podem legislar sozinhos sobre ela, daí a lenta tramitação e a difícil decisão. Assim, a começar pelas próprias leis, qualquer decisão sobre o aborto carece de uma discussão ampla, profunda e responsável de toda a sociedade. Carece de uma conscientização do conjunto da sociedade, a começar pelas mulheres, incluindo os legisladores, os gestores públicos e representantes das religiões. Evidentemente que todos estes atores devem estar em sintonia com os avanços das ciências, sem ser submetidos alienadamente a eles nem rejeitando sua contribuição.

2.1.3 O movimento pró-aborto ou uma questão de gênero?

A mulher tem assumido um lugar de destaque na sociedade brasileira, estando em evidência, seja pela opressão sofrida pelo preconceito alimentado contra ela, fruto da sociedade paternalista e machista, seja também pelas lutas enfrentadas e pelas conquistas por ela obtidas.

O século XX marcou grandemente, principalmente a luta da mulher, por liberdade, por Direitos Sociais e Humanos muitos deles já garantidos aos homens sem ressalvas. Para entender as deficiências da política pública de saúde da mulher,

como nos propomos, é importante contextualizar historicamente a posição da mulher na sociedade. É o que buscaremos fazer a seguir.

Ao longo do século passado, foi enfrentando a resistência da sociedade que atribuía à mulher funções específicas, como dona de casa e mãe, até obrigações de esposa, por exemplo. E ao mesmo tempo negava-lhe direitos fundamentais ao ser humano, como o de expressão, de decidir, de votar e ser votada, entre outros. Aos poucos é que ela foi conquistando espaços, mesmo que sempre acompanhados de novas obrigações e responsabilidades. O que significa acumular tarefas, trabalhar em dupla e às vezes tripla jornada, conforme Bencostta (2001) expõe em artigo sobre o discurso da Igreja acerca da educação feminina:

assim, dentro e fora do lar, caberia à mulher exercer uma influência benéfica que contribuiria para a moralização da sociedade. Ela não seria apenas a eterna educadora dos filhos, mas se tornaria a responsável pela restauração da paz social, cumprindo o papel de *acalmar os ânimos dos homens*, intoxicados pela excitação da guerra (BENCOSTTA, 2001, p. 121).

Esta afirmação nos instiga a dizer que há nela elementos importantes para construirmos um conceito de saúde. Inclusive a própria sociedade é quem busca encontrar para si, a saúde necessária, já que, especialmente olhada a partir de nosso tempo, a vemos como um ser doente.

A Igreja, por sua vez, exercia grande influência nas decisões familiares no que envolvia as questões pessoais e sociais. E de forma especial no matrimônio. Não só aquelas genuinamente religiosas. Assim, já entrando na mudança de concepção do ser mulher e do seu papel na sociedade, algumas carreiras ganham características e se tornam praticamente profissões femininas. Nascem e são reconhecidas juntamente com a entrada da mulher no mercado do trabalho, na vida social e política.

É importante ressaltarmos que a mulher tem conquistado espaços, tem ocupado importantes posições na sociedade que lhe dão certo nível de defesa. Porém, a realidade socioeconômica impede que a maioria delas tenha acesso a estes espaços. A maioria das mulheres ainda vive à margem de qualquer condição, seja de se expressar, como ser pensante, seja de ser ouvida, como ser que tem a palavra.

Na discussão a respeito do aborto, destaca-se, aqui, o grupo pró-escolha para legalizar a prática do aborto. Grupos de pró-escolha pelo mundo fazem protestos

para modificações legais na situação do aborto com diferentes graus de sucesso. Mesmo entre os pró-escolha, porém, há divisão em diferentes aspectos da discussão sobre modificações na lei. Poucos destes querem a liberação total do aborto sem regulamentação. A maioria dos pró-escolha defende uma legislação sobre o aborto que permita a escolha à mulher, garantindo também os direitos do feto, vetando o aborto depois do surgimento da personalidade

O Brasil, como é comum em tempo de universalização, recebe influências e adota muitas práticas de outros países. Estas influências atingem uma larga margem de nossos hábitos, comportamentos e chega a afetar nossa cultura. De uma geração para outra é possível ler estas influências observando os temas de luta e os comportamentos de forma especial da juventude.

O Pró-aborto é um movimento que luta pelos direitos das mulheres de terem a escolha de interromper uma gravidez indesejada. Com as questões relacionadas à mulher, no que se refere à luta feminina por liberdade, independência e autonomia, não é diferente. Talvez seja este o movimento mais encorpado, com maior expressão hoje na sociedade, parte da agenda de gênero, mas não está limitado à mulher, pois tem forte impacto na vida do feto.

Abordar o tema do aborto é necessário e, neste sentido estes movimentos são importantes. Pensar a respeito é sempre promotor de formação, de educação e de conscientização. O cuidado, no entanto, é com posturas e comportamentos decorrentes de fatos acontecidos em determinada época e que provocam comoção social, fato este que torna necessário ter discernimento e senso crítico para detectar interesses nem sempre explicitados. Alguns autores, contudo, identificam que a proposição do aborto aponta para questões históricas mais amplas. Conforme Mosher (2007) em artigo para o CELAM:

podemos encontrar aqui três elementos fundamentais na ideologia do movimento pró-aborto: Thomas Malthus, com suas terríveis especulações sobre a superpopulação; Margareth Sanger, fundadora da Liga Americana para o controle da natalidade que queria acabar com o 'incômodo' de conceber filhos; e o programa eugenésico dos nazistas (MOSHER, 2007, p. 69).

Sabemos que existem referências, outras motivações, e até outras justificativas e que parte de movimentos feministas lutam e defendem o aborto a partir deles. Não é nosso propósito aprofundá-los aqui. O movimento pró-aborto

costuma incluir o direito de decidir dentro do direito à autonomia da mulher sobre seu corpo.

Esse movimento é representado por pessoas ou movimentos sociais que se dizem em defesa da liberdade individual das mulheres ao poder optar entre ter ou não um filho, podendo abortar a gravidez se assim desejar. São eles, no debate sobre o aborto, os defensores da prática. O movimento defende uma agenda mais ampla, com muitos pontos de ampla aceitação social, junto com temas plomêmicos, incluindo os direitos reprodutivos, o acesso à educação sexual, à defesa da interrupção voluntária da gravidez de forma segura e legal, à contracepção e aos tratamentos de fertilidade, assim com proteção legal contra o aborto forçado. A crítica se faz necessária, para que, sem percebermos, não cheguemos à situação semelhante à década de 1970 do século vinte, sobre o qual atenta Mosher (2007, p. 69):

finalmente, os clamores abortistas das feministas tinham sido decisivos. As feministas haviam dado ao movimento de controle populacional uma arma adicional, o aborto, para reduzir a fecundidade humana, e estavam animando seu uso agressivo.

Essa arma de que fala o texto é contra o direito à vida. Contra inclusive à própria mulher que carrega as marcas físicas, psicológicas e espirituais, deste ato. O aborto não é apenas uma questão de gênero – tendo como foco apenas a mulher, nem é problemas simplesmente moral – no sentido de encontrar culpados, mas é uma questão que envolve a saúde pública, o direito da criança e da mulher, e está relacionado com o valor da vida humana.

À violência contra a mulher como uma questão de gênero soma-se à questão socioeconômica, que aqui apresentamos como outra causa relevante do aborto. A violência contra a mulher apresenta-se como expressão cultural, tendo por consequência máxima a morbimortalidade materna. Porém, antes de chegar à fase mais aguda acontecem variadas formas de discriminação, preconceitos e opressões que são específicas contra a mulher, que têm sua origem e sua razão no fato de ser mulher. Para que entendamos a violência contra a mulher é necessário que a olhemos da seguinte forma:

a violência contra a mulher para ser entendida precisa ser vista sob a perspectiva de gênero. Gênero diz respeito a relações de poder e à distinção entre características culturais atribuídas a cada um dos sexos e a

suas peculiaridades biológicas. As características de gênero se fundam na hierarquia e na desigualdade de lugares sexuais (MINAYO, 2010a, p. 93).

A hierarquia social é, portanto, naturalizada a partir da definição das relações de poder, e dessa forma, a questão de gênero é definida como domínio do masculino sobre o feminino. É resumida e de certa forma aceita, como sendo o poder especialmente de decisão, um atributo masculino. Podemos dizer, no entanto, que, de acordo com o uso do senso comum, a questão de gênero apesar de tratar de ambos os sexos, significa normalmente, o feminino. Este equívoco é responsável pela redução do tema do gênero aos movimentos feministas, tantas vezes excessivamente ideologizados e às vezes sectários. Quando admitimos a discussão de gênero com amplitude, olhando-o com as lentes da diversidade e da pluralidade damos-nos novas possibilidades de avançarmos culturalmente e criando novas perspectivas de ação.

a violência de gênero, embora diga respeito as relações envolvem homens e mulheres, incide principalmente sobre as pessoas do sexo feminino e constitui uma questão de saúde pública, além de ser uma violação explícita dos direitos humanos (MINAYO, 2010a, p. 95).

É fundamentalmente que percebemos a questão de gênero sob a ótica dos direitos humanos. Quando bem avaliada e quando vista nesta perspectiva, torna possível garantir às mulheres os direitos humanos que lhes são negados quando agimos à sombra dos preconceitos.

2.1.4 O aborto como um ato de violência

Pelo fato de o aborto ser uma agressão violenta à mulher, nos detemos na defesa da dignidade da mulher, porque é a sua dignidade a primeira a ser ferida. Quando uma mulher decide por fazer o aborto, ela já percorreu um longo caminho de espinhos e pedras, já escalou ladeiras e enfrentou desafios nem sempre considerados por aqueles que a socorrem após aborto. Menos ainda pelos que a abandonaram.

Não se trata aqui de uma defesa a qualquer custo da mulher, tampouco uma tentativa de isentá-la de suas responsabilidades, mas de uma decisão consciente de

explicitar uma realidade de injustiça, a qual se projeta geralmente de todos os lados e em todos os sentidos. A começar pelo homem com quem ela se relacionou, a sua família que frequentemente lhe nega o apoio necessário, o Estado que não lhe oferece assistência social, e de saúde, e até mesmo a Igreja, que se lhe abre espaço na sua Doutrina, muitas vezes, na prática, é também mais uma a lhe criminalizar. Nenhum destes espaços, dá o mesmo tratamento com relação aos homens responsáveis juntamente com as mulheres na geração da criança abortada.

Dizemos que a situação de violência e de culpabilidade que recai sobre a mulher é fruto de uma visão distorcida da mulher, pelo homem em particular e pela sociedade como um todo, às vezes, levadas pelas próprias condições de opressão, pelas próprias mulheres.

O aborto deve ser pensado no bojo de outras tantas violências impostas às mulheres. As diversas violências contra as mulheres ocorrem dentro de um padrão cultural que propiciam a naturalização da violência, expectativas estereotipadas sobre os papéis do homem e da mulher, direitos diferenciados quanto à reprodução e a sexualidade. Relacionamos inclusive a proibição do aborto como uma forma de interdição e controle das mulheres; portanto, mais uma forma de violência a elas direcionadas.

O aborto tem sido também, juntamente com outras formas de controle de natalidade, assim como de esterilização feminina, parte da agenda de organismos internacionais, usualmente controlada pelos países economicamente ricos, “desenvolvidos”, que se impõem sobre países economicamente pobres e subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Assim o aborto passa a ser um mecanismo de controle, não sem uma larga propaganda enganosa, em países com pouca experiência democrática, por países que se dizem democráticos. Ignora-se o princípio da vida em primeiro lugar e colocam-se na frente os interesses políticos e econômicos destas nações. Com o único objetivo de “alcançar o nível mais baixo de população no tempo mais curto.” (LARRAÍN, 2007, p. 91).

Assim resta-nos aprender com a história para não repetirmos erros que foram na verdade ataques à vida, pois:

talvez o primeiro programa de controle da natalidade ‘de sucesso’ tenha sido realizado no Japão do pós-guerra. Prostrados pela guerra, os líderes japoneses acederam humildemente à sugestão de McArthur de legalizar o aborto. Enquanto se afirmava publicamente que a devastada economia japonesa não suportaria mais gente, o interesse do general era lutar a

próxima guerra no útero. McArthur pôde se alegrar quando a taxa de natalidade baixou pela metade nos próximos anos seguintes (MOSHER, 2007, p. 77).

Numa sociedade como a nossa, de cultura predominante machista, em que a mulher tem negada a sua identidade, seus direitos fundamentais de seres humanos e sua dignidade, é preciso muito discernimento. São oportunas nesta reflexão as palavras do Papa João Paulo II sobre a dignidade e a vocação da mulher, “por isso, cada mulher é aquela ‘única criatura na terra que Deus quis por si mesma’. Cada mulher herda do ‘princípio’ a dignidade de pessoa precisamente como mulher.” (MD 13). Sabemos que uma gravidez é sempre fruto da relação entre um homem e uma mulher, mas é a mulher quem aparece como única responsável, muitas vezes como a única culpada por tudo. As palavras do Papa João Paulo II (MD 14) são mais uma vez contundentes, ao falar sobre as mulheres nestas situações:

quantas vezes ela fica abandonada em sua maternidade, quando o homem, pai da criança, não quer aceitar a sua responsabilidade? E ao lado das numerosas ‘mães solteiras’ das nossas sociedades, é preciso tomar em consideração também todas aquelas que, muitas vezes, sofrendo diversas pressões, inclusive da parte do homem culpado, ‘se livram’ da criança antes do seu nascimento (MD 14).

Não se trata de querermos desresponsabilizar a mulher, mas de responsabilizar o homem que é coparticipante na ação de gravidez e omissos nos casos em que essa gravidez é indesejada. Criminalizar a mulher nessas circunstâncias, contudo, é penalizar a vítima. É preciso, portanto, tratar o aborto como um caso e uma causa da coletividade, em que a mulher tem responsabilidade, mas não é a única responsável. Sendo frequentemente a maior vítima e quem mais carece de acolhida, compreensão e cuidados.

O aborto é uma violência contra a mulher e contra o cidadão que tem o direito de nascer. Quando se considera como um ato de violência, deve-se primeiramente o ser pelo feto e depois pela mulher, que não deseja ser mãe naquele momento. Dos dois, o feto ainda é o mais frágil, porque, se a mulher hipoteticamente se fere em abortos clandestinos o feto certamente morre. E a morte premeditada do feto, além de ser contra a lei vigente é também assunto de saúde pública. Não se vai ao hospital para ser morto! Uma coisa é a morte acidental e outra a morte premeditada.

Após introduzirmos o tema do aborto e tratado de algumas questões pertinentes ao assunto, no próximo capítulo trataremos das questões que julgamos

as mais pertinentes com relação ao aborto nos dias de hoje. As questões jurídicas, socioeconômicas, as pertinentes à fé cristã e tendo a mulher e seus direitos e sua dignidade de ser humano no centro das reflexões.

2.2 MORTALIDADE E A MORBIDADE MATERNA

A saúde pública no Brasil apresenta a morte materna como uma das principais questões a serem combatidas. Na maior parte das mortes maternas é possível identificar-se a ocorrência de demoras para a implementação de medidas apropriadas para o enfrentamento das complicações graves, e o combate a estas demoras tem sido considerado fundamental para a redução da mortalidade materna.

A morte materna é, muitas vezes, utilizada como parâmetro para se avaliar a qualidade do serviço de saúde ofertado, identificando situações de desigualdade e contribuindo para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade.

Em situações em que a mulher sobreviva, é possível que haja problemas de saúde decorrentes, afetando a sua saúde física, sendo prejudicial para seu bem-estar socioeconômico e afetar a sua capacidade de trabalhar ou de inter-relacionar-se com a comunidade.

2.2.1 A vida em primeiro lugar

A vida humana, no entanto, apesar de ser o bem maior e o ser humano aquele que mais pode interferir nas diversas formas de vida, de nosso planeta, não é absoluta. Morrer, morre-se a cada dia um pouco, em cada lugar de um jeito. O aborto, especialmente o aborto induzido, é uma das causas de morte materna, que podem ser resultado da baixa qualidade da assistência pré-natal, de intervenções desnecessárias, omissões e tratamentos incorretos.

Ressalte-se que a morte materna é uma das dez principais causas de óbito em mulheres com idades entre 10 e 49 anos no Brasil.

O aborto nasce como alternativa no imaginário das mulheres e se torna uma que acaba sendo praticada por muitas mulheres que vivem uma situação de desespero. Se em primeiro lugar significa sofrimento e morte, em segundo lugar, se

faz denúncia. Denuncia o sistema público de saúde com suas enormes fragilidades, exclusões, entre elas a social e tudo isso se constitui injustiças. E na prática, isso se materializa em mortalidade e em morbidade maternas. E significa, via de regra, deixar a vida em segundo lugar, relativizada e em perigo.

A situação envolvendo a mortalidade e a morbidade materna é grave sob todos os aspectos e clama por ação urgente. Qualquer acontecimento que deixe a vida em perigo, em qualquer lugar do mundo, diz respeito e deve causar preocupação em todos os seus habitantes. Tudo o que acontece em determinado lugar, especialmente as epidemias, mas também os hábitos e costumes atravessam oceanos e cortam continentes em espaço de tempo curto. Os dados que nos apresentam a morte materna no mundo são, sob todos os aspectos, assustadores.

a cada minuto morre no mundo uma mulher em virtude de complicações da gravidez e do parto. Ao fim de um ano, todas essas mortes somam 529 mil, a maioria das quais ocorre em países em desenvolvimento e poderia ser evitada. Para cada mulher que morre, outras trinta sofrem seqüelas ou problemas crônicos de saúde (MARTINS, 2006, p. 2473).

Chamam-nos a atenção e devem por isso nos despertar os sentimentos humanos, não somente os números que são, por si só, assustadores, mas a forma silenciosa como ocorrem estas mortes. A partir da publicidade das secretarias de saúde dos Estados e municípios, bem como do próprio Ministério da Saúde, não é possível saber que a situação é tão grave assim.

Porém, pelo menos mais dois fatores aparecem primeiro como consequências da situação socioeconômica e depois como agravamento dos índices. São eles, o nível de escolaridade, diretamente ligado à baixa renda ou a pobreza material, e o número de risco relacionado à faixa de idade próxima aos quarenta anos.

é consenso que as mulheres acometidas pela morte materna são as de menor renda e escolaridade. O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (CEPMM-PR) referiu, em 1997, que 52,5% dos óbitos maternos ocorreram em mulheres com renda de 1 a 4 salários mínimos, 86,8% em mulheres com escolaridade de 1 a 4 anos e maior risco no grupo entre 35 a 39 anos. Outros estudos confirmam que as mulheres mais pobres também apresentam em geral maior número de filhos e menor acesso à assistência (MARTINS, 2006, p. 2474).

Reafirmamos a importância desses dados, principalmente por se tratar de mortes evitáveis. E é exatamente isto o que faz da situação de mortes e morbidades maternas uma iniquidade, para usarmos um termo profético e bíblico (Is 59, 1-2).

2.2.2 A mulher na família e na sociedade

É importante e necessário ressaltarmos que a mulher vive e desenvolve vários e diferentes papéis dentro da família. E cada vez mais exerce funções mais destacadas na sociedade como um todo. E aqui alertamos para algo diretamente ligado a esta família, a esta sociedade e a esta mulher. A família assume posição intermediária entre a mulher como sujeito político-social e a sociedade, como lugar da ação da mulher e da vivência familiar. A violência sofrida pela mulher dá-se não somente na sociedade, obviamente, mas de maneira frequente na própria família. De que noção ou de que concepção de família estamos falando? Pois, conforme nos apresenta Oliveira (2011, p. 1):

o processo de transformação que vem passando a família encontra raízes em sua construção histórica e revela a forma como esta vem se modificando e se reestruturando nos últimos tempos, o que leva a uma permanente revisão em conceitos/concepções que muitas vezes cristalizam-se e tendem a impor um padrão único e ideal. Na contraposição dessa tendência, a cristalização de ideias de família, a realidade sócio-histórica evidencia que existe um conjunto de trajetórias projetando-se em desenhos diversificados de família.

É essa transformação acima citada, tanto no interior da família como na sociedade, que torna exigente o debate sobre a libertação da mulher, enquanto ser humano e sujeito de direitos. Difícil dizer se a mulher é mais influenciada pelas mudanças na família e na sociedade ou se ela as influencia. De qualquer forma, é neste contexto que se dá o debate sobre o aborto, sobre a mortalidade e a morbidade materna.

A sociedade atual resiste ainda às conquistas das mulheres. Prova dessa resistência são os índices de violência, entre eles se destaca a falta de política pública especializada e eficiente para a saúde da mulher. A partir de nosso referencial queremos dizer quanto a saúde da mulher, o bem-estar de toda a família. Muitas vezes, aliás, frequentemente, a saúde da mulher, seja como mãe ou como dona de casa, chefe de família, está diretamente relacionada com a saúde principalmente dos filhos. Mais do que uma discussão de gênero ou uma questão da

luta feminista, anterior a tudo isto, estão, a nosso ver, os Direitos Humanos da mulher. Nesta linha, buscando entender tudo isto, continua o teórico:

compreender a família Brasileira nos convoca a pensá-la para além das representações clássicas, pois, ao considerá-la na esfera cotidiana, lugar em que a multiplicidade de desenhos de família vai se constituindo e ganhando visibilidade é que se passa a exigir políticas públicas intersetoriais, como também, mais estudo e investigação de cunho científico sobre a temática em pauta. O surgimento de novas configurações familiares nos colocou diante da materialização dos desafios contemporâneos a serem enfrentados pelas próprias famílias e pelo conjunto da sociedade (OLIVEIRA, 2011, p. 2).

Para que tenhamos sucesso na luta pela superação da realidade, hoje desfavorável e contraditória à condição da sociedade moderna, é necessário antes, enfrentar a discussão maior, o conceito de família que temos. Para isto, precisamos responder a esta pergunta: o que queremos dizer hoje, quando dizemos, família? Dessa resposta, acreditamos, virá o papel e o lugar da mulher na família e na sociedade, e com eles, certamente, o reconhecimento da mulher como sujeito de direitos, e de fato.

Por mais que reconheçamos a importância da maternidade e dos cuidados domésticos na vida familiar e na sociedade como um todo, não poderemos resumir a ela o papel da mulher. Esse será o grande feito, o grande passo que a sociedade terá que dar neste século. O reconhecimento da mulher como sujeito igual nos processos políticos, econômicos e sociais. E isto, contudo, tem menos relação com a igualdade em si, do que com as diferenças. É necessário reconhecer a igualdade em dignidade, mas para que isto aconteça, as diferenças precisam ser reconhecidas como valor. O terceiro milênio da era cristã, não poderá ser cristão sem o reconhecimento da dignidade da mulher em suas diferenças, em suas peculiaridades. A família precisa deste reconhecimento para retomar seu papel na sociedade. Para tanto, precisamos reestruturar a unidade familiar, como o ponto de referência de valores e virtudes para a sociedade.

entende-se que a unidade familiar deve ser uma referência central na formulação de políticas públicas de combate às desigualdades sociais no país e que a política de proteção à família é uma forma eficaz de atuar sobre a realidade de seus membros (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos) imersos na miséria e na pobreza (OLIVEIRA, 2011, p. 5).

Quando falamos família, portanto, é neste contexto e é nesta perspectiva que estamos falando. A família como escola de convivência e de relacionamentos, para construir individualidades fortes e coletivas, para formar a noção de pertença e de interdependência.

A forma de prevenir a violência, tanto doméstica como a que ocorre fora do espaço estrito de convivência familiar, é combater a desigualdade social. E, a nosso ver, somente é possível combater a desigualdade social enfrentando e superando a injustiça social. A família, ou a unidade familiar, assim como o conjunto das famílias brasileiras, dizemos, é a primeira e a maior vítima da desigualdade e da injustiça social.

Como poderemos entender, enfrentar e superar este estado de mortalidade e de morbidade materna, entre outras formas de violência contra a mulher, se não a partir de um parâmetro político? A partir do momento em que admitimos que o problema é político, buscamos soluções também políticas. O subdesenvolvimento ou a cultura subdesenvolvida especialmente com relação à questão dos direitos sociais e humanos básicos mantém as pessoas submissas e conformadas, incapazes de fazer exigências. Essa é uma forma maquiada de manifestação da exclusão econômica. As causas das mortes maternas estão mais relacionadas com a desinformação e a falta de prevenção ou a dificuldade de acessá-la do que mesmo com doenças graves e de difícil cura. A falta de assistência, seja ela por sua inexistência ou por desconhecimento dela por parte das mulheres, é frequentemente um fator de morbidade e de morte.

vários estudos demonstraram que a ausência de assistência pré-natal está associada a maior taxa de mortalidade perinatal. Tem sido constatado que, ao contrário das nações desenvolvidas, onde as perdas perinatais estão relacionadas principalmente a doenças de difícil prevenção, entre estas as malformações congênitas, o esfolamento prematuro de placenta e os acidentes de cordão, nos países em desenvolvimento predominam os óbitos perinatais por afecções passíveis de prevenção ou controle por meio de adequada assistência pré-natal, tais como as síndromes hipertensivas, sífilis congênita e infecções urinárias complicadas (TREVISAN et al., 2002, p. 294).

2.2.3 A relação entre educação e morbidade/mortalidade materna

O que pretendemos com esta reflexão e com o raciocínio aqui desenvolvido, sempre referenciado com os autores que nos assessoram, é dizer que há uma

relação estreita entre educação e morbidade, mortalidade materna, a qual se trata de uma questão central.

A educação, neste caso, a má qualidade ou a falta dela, são responsáveis diretas pelo sofrimento, pela dor e morte de muitas mulheres no Brasil. São mortes passíveis de serem evitadas. São mutilações tidas como consequências de causas inevitáveis, mas que na verdade, revelam o descaso da política de saúde pública. Soma-se a este o fato de “o acompanhamento pré-natal com, pelo menos, sete consultas ainda é baixo, mesmo com a melhora de 43,7% para 55%, em 2008.” (CNBB, 2012, p. 25). É a esta cultura de prevenção, ainda não vivenciada, que precisa decorrer da reivindicação por direitos, que nos referimos como uma das causas não só da morbidade, mas também da mortalidade materna. E, tudo isso, tem a ver com a educação que, por ser fragmentada e descomprometida com a mudança, pouco contribui para mudar as pessoas. As mortes maternas, apesar desses dados e das causas que apresentamos ainda são vistas muitas vezes como fatalidades.

a constatação de que a escolaridade materna interferiu significativamente na qualidade da assistência pré-natal merece especial atenção. Atualmente, se reconhece que a saúde é uma resultante da interação de inúmeros fatores, entre estes os investimentos governamentais na esfera social e educação. A questão da saúde não está apenas relacionada com a disponibilidade de serviços de saúde, mas está também intrinsecamente ligada à capacidade de autocuidado da população, o que por sua vez é influenciada diretamente pelo seu nível de instrução (TREVISAN et al., 2002, p. 297).

Mudar é sempre um desafio e quando se trata de padrão de comportamento não parece ser uma questão para pouco tempo. Trata-se de uma mudança cultural a partir da educação e neste caso, falamos de uma geração. Resta-nos saber se as mulheres influenciarão o ritmo da educação, dando-lhe mais pressa, ou se, ao contrário, elas é que serão influenciadas e despertadas pela educação. A mulher assume cada vez mais diferentes espaços na sociedade. Deixa a cada dia de ser apenas a dona de casa, mas isto está longe de significar, a priori, emancipação. Antes, e de forma visível, ela acumula funções e legitima a dupla jornada, quando não tripla, como se isto fosse conquista. Quando não exercem a tripla função, porque, aquelas que além de cuidarem da casa, trabalharem fora ainda estudam, tem três períodos de trabalho.

O nível de instrução, contudo, é decisivo na emancipação da mulher e para que isso aconteça, é fundamental a ela compreender-se como vítima de um sistema. O Estado, entre outros atores masculinos, é um dos seus algozes. Quando não lhe garante políticas públicas, quando não leva em conta seu pensar e suas necessidades específicas, está atingindo toda a família. E por consequência toda a sociedade. Quando uma mulher adoece, toda a família fica de certa forma doente também. Quando uma mulher morre principalmente prematuramente, a sua família morre um pouco também. A morbidade materna desta forma deixa toda a família em estado de morbidez. É por isso que dizemos ser a mulher, como ser humano, antes de qualquer outra razão, mas como mulher de forma significativa, o peso e a medida da justiça e da liberdade humana.

A parentalidade, portanto, exige consciência de que está diretamente relacionada com a educação, com o nível de instrução pessoal, mas também com a situação de desenvolvimento do país.

entre os motivos alegados pelas pacientes estudadas para não terem realizado pré-natal destaca-se a falta de informação acerca da sua importância na prevenção da morbi-mortalidade tanto materna quanto perinatal. A constatação de que a baixa escolaridade estava significativamente associada à falta de qualidade da assistência pré-natal é relevante, principalmente considerando-se a baixa escolaridade das mulheres estudadas e a falta de desenvolvimento de atividades educativas por parte das equipes de saúde responsáveis pela atenção pré-natal (TREVISAN et al., 2002, p. 298).

A negligência no pré-natal, não está apenas relacionada com a morbidade e com a mortalidade maternas, mas também com mortalidade infantil. Aumenta o índice de aborto e a violência contra a família e a vida. Tem origem nas deficiências das políticas públicas e no baixo nível de formação e de informação das mulheres. Difícil dizer com segurança quem decorre de onde e de quem, e o que é consequência do quê. O fato é que nos parece que tudo está muito ligado. A falta de instrução, o nível de escolaridade feminina está diretamente relacionado com a qualidade de vida das mulheres e conseqüentemente de suas famílias.

O que podemos dizer, evitando inclusive cair em tentação de culpar ainda mais uma vez a vítima, o que normalmente ajuda a proteger quem oprime, é que tudo isto acontece dentro de um contexto histórico. E este se dá de um modo no qual a mulher é vista em dado momento e dada sociedade. Como sexo frágil, objeto, seja sexual ou político, e até mesmo um ser incapaz. Esperamos e mesmo

desejamos que neste século XXI, sejamos capazes de superar a prática do século XX.

São realidades que aparentemente já passaram, mas que ainda estão aí a espreitar as mulheres nos processos de vida e nas lutas por emancipação, entre os quais, encontram-se as lutas pela saúde materna. Queremos dizer com isso que a luta para a superação da mortalidade e da morbidade maternas está inserida na luta pela emancipação da mulher. Essa luta, dizemos, é mais que uma busca ideológica por igualdade de gênero e liberdade sexual. Estas mulheres, cada uma na sua dimensão necessária, cumpre parte de um todo, que é a dignidade da mulher, como ser humano. E para isto necessário se faz não somente reconhecer as diferenças, mas valorizá-las. Ou, se ainda quisermos, pela libertação do ser humano.

2.2.4 Fatores que levam à morte materna

Reiteramos que embora a educação seja o caminho para as mudanças efetivas, outras atitudes devem ser adotadas de forma sistemática, como por exemplo, a educação sexual, um planejamento familiar e, de maneira consciente, de acordo com o debate já existente na parcela da sociedade brasileira, e a pesquisa nos orienta, não é possível manter uma legislação que condena a vítima.

[por isso, a maior cobertura e eficiência] dos serviços de planejamento familiar, assim como a maior proteção social à grávida, mãe e seu recém-nascido, poderá reduzir os abortos, mas, provavelmente, as complicações e mortes continuarão acontecendo enquanto o aborto for considerado crime e, portanto, realizado clandestinamente (PARPINELLI et al., 1999, p. 231).

A falta de informação sobre educação sexual à sociedade e particularmente às mulheres, a não existência de um planejamento familiar e seu projeto de parentalidade, e a falta de políticas públicas de saúde apropriadas, podem ser elencados como fatores que levam à morte materna, dentre outros.

Além disso, as causas das mortes maternas podem ser divididas em dois grupos: obstétricas diretas, que resultam de problemas obstétricos durante o período gravídico-puerperal, resultado da baixa qualidade da assistência pré-natal, de intervenções desnecessárias, omissões e tratamentos incorretos; e as causas obstétricas indiretas, que são decorrentes de doenças previamente existentes ou que foram desenvolvidas no período da gestação.

Para demonstrar, tratamos agora dos dados que comprovam com índices assustadores e com causas de mortes maternas, que poderíamos até mesmo classificá-las de banais. Se os índices de São Paulo já soam como alarmantes, o que dizer do Recife? Os dados reforçam a ideia de mortes evitáveis, já que nosso tempo assim como nosso país dispõe de recursos tecnológicos e administrativos. Vejamos os dados:

na classificação das causas dos óbitos maternos em diretas e indiretas, houve um predomínio absoluto das causas obstétricas diretas (17 casos ou 85% das mortes). Situação predominante em todas as casuísticas de morte materna dos países de terceiro mundo, este achado, para a cidade de Campinas, não sofreu modificação em relação ao período anterior, de 1985 a 1991, período em que foram causa de 80,6% das mortes. É ainda semelhante ao encontrado em Recife, onde 79,2% das mortes maternas foram obstétricas diretas em 1992-1993. Entretanto, estes valores são superiores aos registrados no município de São Paulo, de 53,0% e 57,7%, respectivamente, para os anos de 1995 e 1996 (PARPINELLI et al., 1999, p. 231).

Mesmo em se tratando de diferentes regiões, o que poderíamos pensar que fossem também diferentes os resultados, o que vemos é que eles, de certa forma, se repetem e se confirmam. Apontam, inclusive que, onde há uma melhora, pequena que seja no acesso à política pública de saúde um pouco melhor, já interfere positivamente no índice de mortes, reduzindo-o.

É importante ressaltar que antes de acontecer o óbito, a mulher já morreu como sujeito da própria vida, pois no caso de um aborto, seja feito em condições clinicamente saudáveis ou de forma clandestina, a mulher já sofreu por várias consequências causadas pela falta de atendimento, e pela ausência de políticas públicas apropriadas.

Desta forma, sabendo que para enfrentar esse problema que é a morte materna, é preciso o envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população. Com atenção interdisciplinar, no atendimento à mulher, seja no planejamento familiar, pré-natal ou puerpério, melhora-se a qualidade de assistência à saúde da mulher e promove-se uma visão integral para respeitar os direitos da mulher como cidadã.

2.2.5 A questão dos métodos contraceptivos

Uma das questões que envolvem a saúde da mulher é a ausência ou o pouco utilizado planejamento familiar. Isto leva ao uso indiscriminado de formas de contracepção tornando-se frequentemente a causa de inúmeros desconfortos, prejuízos e às vezes até doenças, quando não mutilações e óbitos maternos.

São variados os métodos e são ainda escassas as orientações. Sem a cultura do planejamento familiar, resta evitar a gravidez, muitas vezes até sem acompanhamento clínico, sem orientação de profissional de saúde. Toma-se indiscriminadamente, este ou aquele contraceptivo, porque a amiga tomou e se deu bem. “a predominância de dois métodos, pílula e esterilização feminina, é de fato uma característica da prática de contracepção da maioria das mulheres brasileiras, segundo dados do IBGE/PNAD-86” (OLIVEIRA; SIMÕES, 1988 apud COSTA et al., 1989, p. 196).

A combinação de práticas contraditórias de contracepção, assim como o uso indiscriminado de contraceptivos, tantas vezes inadequados, são agentes silenciosos que agem ocultamente e quando se manifestam já é em forma de doenças graves.

Por isso, o planejamento familiar deve ser feito com informação e conhecimento, a fim de escolher o momento pertinente para a concepção. Quando se quer evitar a concepção, passa-se a fazer uso de métodos contraceptivos, que são “maneiras, objetos e cirurgias usadas pelas pessoas para evitar a gravidez [...]” (BRASIL, 2006, p. 23).

A decisão para escolha do método contraceptivo deve ser avaliada pelo casal e pelo profissional de saúde, o que demonstra maturidade e responsabilidade, devendo-se levar em consideração a idade, o nível socioeconômico, a paridade, o contexto social e o religioso, o que melhora a qualidade de informações sobre saúde reproduzida (CURITIBA, 2006).

são, portanto, justificadas as preocupações com os riscos decorrentes do uso da pílula, nas circunstâncias atuais, onde existem poucos serviços de saúde ofertando cuidados de planejamento familiar, e onde o acesso a métodos alternativos eficientes é praticamente inexistente. Alguns resultados ilustram bem essa preocupação: Em primeiro lugar, 34% das mulheres estavam simultaneamente usando pílula e amamentando, 2/3 destas fazendo uso de pílulas combinadas. Em segundo lugar, a constatação de que uma grande proporção de mulheres acima de 35 anos

(17%) tomavam pílula, sendo que 9% delas tinham mais de 40 anos. Entre as usuárias da pílula, 40% eram fumantes, sendo que 10% consumiam mais de 20 cigarros por dia. Em terceiro lugar, entre as usuárias da pílula é bastante alta a prevalência de cinco dos principais problemas considerados contra-indicações formais (doenças cardiovasculares, varizes, diabetes, hipertensão arterial, problemas renais). Como era esperado, a prevalência cresce com a idade. Embora não se tenha realizado nenhuma comprovação clínica, foi interessante observar a semelhança encontrada entre a prevalência de hipertensão arterial e de diabetes em usuárias de contraceptivos orais, com as informações levantadas em outros inquéritos epidemiológicos no Brasil (COSTA et al., 1989, p. 198-199).

É a partir de pesquisas como estas que a realidade se desvela e os riscos aparentemente ocultos pelos quais passa um grande contingente de mulheres que podemos entender os efeitos de uma política pública excludente. Assim, podemos afirmar que ocorrem tantos óbitos evitáveis e que somente acontecem por falta de prevenção, os quais, por sua vez, são frutos da desinformação e da falta de assistência.

A ineficiência e mesmo a ausência de políticas públicas de qualidade, aparecem nas mutilações, nas situações de morbidade materna e nos óbitos prematuros e causados por doenças evitáveis passíveis de prevenção e que são negligenciadas. O planejamento familiar, e aí, incluem-se os métodos contraceptivos, tem um impacto positivo sobre o bem-estar de uma família, em especial, na vida das mulheres e das crianças. Pode reduzir gravidez de risco, bem como a mortalidade materna, pré-natal sem acompanhamento de profissionais da saúde.

A utilização de métodos contraceptivos, segundo estudo feito nos Estados Unidos, impede mais de 270 mil mortes maternas a cada ano. Afirma também que políticas para satisfazer necessidades por métodos contraceptivos podem reduzir as mortes maternas em mais de 30%. Para o autor da pesquisa,

a promoção do uso de contraceptivos é uma estratégia de prevenção primária eficaz para redução da mortalidade materna nos países em desenvolvimento. Nossos achados reforçam a necessidade de acelerar o acesso à contracepção nos países em desenvolvimento, onde os ganhos de prevenção da mortalidade materna poderiam ser maiores. A vacinação previne a mortalidade infantil e a contracepção impede a mortalidade materna (AHMED et al., 2012, p. 57).

Vemos nestes dados o encontro de inúmeros fatores que se relacionam entre si e se fazem sintomas que representam com o tempo, a morbidade e a morte materna. O uso sem critérios ou orientações de medicamentos, a falta de cuidados

com a saúde, seja pela alienação de muitas das mulheres, seja pela negligência da saúde pública.

Ainda soma-se a estes fatores, e de forma determinante, a situação socioeconômica de uma imensa maioria de mulheres pobres. Os elementos aqui apresentados mostram, principalmente, que é a exclusão social, por meio da pobreza econômica que mata. Porque mata preferencialmente mulheres pobres que não têm acesso às condições mínimas de saúde e de cuidados básicos, que são levadas a usarem métodos contraceptivos sem qualquer critério ou orientação clínica.

É oportuno lembrarmos que, além destes fatores, aparentemente indiretos e mais distantes das percepções, pelas mesmas causas e anteriores a eles existem condições sanitárias. Água, esgoto e a própria condição de moradia, assim como a alimentação e as condições de trabalho, constituem uma rotina que naturaliza um estado de não viver, mas passar pela vida. Morrendo um pouco a cada dia, de forma que antes de morrer, a morte se faz companhia e a naturalização do não ser torna a morte um prêmio. Não por acaso, a sabedoria popular diz que “descansou” quando, na verdade, morreu. Assim, dia após dia, mês após mês, a doença entra não apenas no corpo da mulher, mas na sua vida e na sua família, sem ser percebida. Quando é vista não é reconhecida.

Queremos despertar a atenção para o fato de não estarmos falando de exceções, ou fazendo nenhum tipo de sensacionalismo. Antes, inclusive com os dados confirmados, mas também com a realidade despertando nossas consciências, são mulheres que têm negada a própria juventude. Não sabem nem sonhar com a velhice, a não ser a velhice precoce, a qual se chega sem saber o que é ser jovem. No máximo, chegam à fase adulta, mas com os sintomas da velhice. Assim, morrer não é apenas um descanso, mas um prêmio. A infância, para muitas destas mulheres, não deixou saudades, apenas marcas.

a metade das mulheres esterilizadas sofreu a intervenção antes de completar 30 anos de idade. Um terço dessas mulheres tinha menos de 3 filhos e 50% menos de quatro. Esses dados tendem a confirmar as preocupações e denúncias veiculadas por grupos feministas e por profissionais de saúde sobre o uso inadequado da esterilização (COSTA et al., 1989, p. 200).

A sociedade ainda não entendeu que, ao invés de planejamento familiar, de saúde e cuidado com a mulher e com a vida, o que vemos é um controle de natalidade, a partir dos pobres. Mutilam-se seres humanos como se estivesse podando um vegetal. Tenta-se resolver os problemas sociais e até mesmo combater a pobreza, eliminando os pobres. E ainda convencendo-os de que o que se está fazendo é um favor, uma ajuda. É inevitável perguntarmos, qual o papel da escola, como lugar de conscientização, mesmo sabendo que parcela significativa das mulheres pobres frequentam por pouco tempo os bancos escolares? Mas, qual seria então o papel das Igrejas e das religiões? Conforme dissemos anteriormente, e reiteramos agora, a desinformação em parceria com a alienação é a principal agente causadora de morte.

além dos possíveis danos à saúde, foi surpreendente constatar o alto grau de desinformação a respeito das consequências da laqueadura tubária, já que 15% das mulheres esterilizadas manifestaram desejo de ter mais filhos no futuro e 11% pensavam que ainda poderiam engravidar (COSTA et al., 1989, p. 203).

O que existe, portanto, é um excesso de intervenção. E este excesso também traz a marca da realidade socioeconômica. Não se faz, por exemplo, uma laqueadura, porque seja um planejamento, ou mesmo uma opção consciente, seja da mulher, do casal ou da família como um todo. Faz-se porque já ia mesmo fazer a cesariana, então se aproveita e faz-se logo a laqueadura. Procura-se fazer essa cirurgia que consiste no método de esterilização feminina no mesmo momento em que faria a cesariana, mais por necessidade do que por um planejamento familiar. Não há planejamento, porque não há política pública, seja de saúde ou de assistência social em âmbito mais amplo. De certa forma, consciente ou inconscientemente, se está dizendo, quando é feita uma esterilização numa mulher, daqui não nasce mais pobre. E quem comete o crime, ainda é visto como quem faz um favor.

2.3 A VIOLÊNCIA RELACIONADA ÀS CRIANÇAS

A violência, segundo Velho (1996) apud Liberati (2000, p. 47) “é o uso agressivo da força física de indivíduos ou grupos contra outros”. Reforça o pensamento com o fato de a “violência não se limitar ao uso da força física, mas à

possibilidade ou ameaça de usá-la constituir dimensão fundamental de sua natureza” (LIBERATI, 2000, p. 54). Pode também ser reconhecida por outros termos, como abuso, maus-tratos, agressão, castigo, disciplina, vitimização entre outros. Seja qual for a denominação, provoca graves e profundas marcas em quem a recebe.

No particular, em crianças e adolescentes, o resultado é sentido com maior intensidade uma vez que eles estão em fase de desenvolvimento físico e mental, e, todas as manifestações da violência ficam delineadas em seu caráter e personalidade.

Muitas vezes, a manifestação da violência contra crianças e adolescentes pode ser difícil de ser identificada, principalmente quando a violência é empregada no ambiente familiar e a criança é, ainda, muito pequena.

Apesar de relativamente recente, seja como conceito acadêmico, e objeto de estudo e pesquisa, seja mesmo como tema de relevância social e política, a violência contra a criança é motivo de preocupação e assume prioridade no cenário brasileiro recente, “o tema violência contra a criança e o adolescente foi o segundo maior tema da produção científica na década de 1990. Observa-se, com isto, o crescente interesse dos estudiosos, visando à prevenção e a vigilância do fenômeno” (MARTINS; JORGE, 2011, p. 35).

2.3.1 A violência contra a criança e o adolescente

Sabe-se que a sociedade atual é indistintamente violenta, mas também excessivamente perversa com determinadas categorias ou segmentos humanos. Especialmente as crianças são vitimizadas, inclusive por sua condição de indefesas, o que as coloca em situação privilegiada como sujeitos de direitos e entre eles se encontra o direito à proteção, já que a violência está frequentemente relacionada com o poder de dominação. No entanto, setores da Igreja assim como da sociedade estão atentos e constroem instrumentos jurídicos e legais de defesa da integridade e da dignidade das crianças.

É certo que estes instrumentos ainda estão aquém do necessário, mas existem importantes iniciativas neste sentido. É importante destacar o ECA, que representa a maior destas iniciativas e o grande marco nas conquistas deste segmento social. Vejamos, para ilustrar nossa reflexão, o que ele nos diz já nas

disposições preliminares no seu artigo quinto, “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, difamação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 2010, p. 14). Sabemos que as leis surgem frequentemente quando já é estabelecida uma situação de injustiça. Esta é também a realidade do surgimento do ECA. Ele vem para corrigir uma situação instalada de violência contra a criança e o adolescente. Mas também para coibir futuras ocorrências.

Partindo em primeiro lugar da parentalidade responsável, o que deixa a família no primeiro grau de responsabilidade, visando sempre alcançar o nível e a exigência da parentalidade. É entendida como sendo a parentalidade assumida afetiva e efetivamente em que um eu e um tu se confundem na pertença e na busca mútua e constante, em que o passado e o futuro, com o nome de pais e de filho, se encontram num presente comum.

São as famílias que compõem a sociedade e, se são atualmente cada vez mais influenciadas por ela, igualmente, se não, primeiramente, a influenciam. Assim é que, no meio destas relações, se encontra a Igreja. A parentalidade responsável é dever primeiro dos pais, mas somente pode ser entendida e vivida dentro de uma relação social, em que haja ordem de valores e reciprocidade “[...] o exercício responsável da paternidade implica, portanto, que os cônjuges reconheçam plenamente os próprios deveres, para com Deus, para consigo próprios, para com a família e para com a sociedade, numa justa hierarquia de valores” (HV 10).

A violência contra a criança deve ser vista na verdade no plural. São violências que se alternam e se multiplicam, tornando-se rotina para muitas famílias e motivo de queda para toda a sociedade.

em relação aos tipos de violência cometidos contra a criança e o adolescente, o conteúdo da produção analisada, [...] aponta para uma diversidade desses tipos. Nesse conjunto, ressalta-se a presença da violência doméstica com 25%. A proporção desse tipo de violência pode ser mais elevada se forem considerados os ‘abusos sexuais’, uma vez que parte desses abusos são cometidos por parentes (GOMES; SILVA; NJAINE, 1999, p. 173).

Poderíamos dizer, portanto, a partir destes dados, que a violência doméstica, é a “mãe” de todas as violências, entre elas a cometida contra as crianças. A cada quatro ocorrências, uma acontece no ambiente familiar. A relação individualizada

estabelecida entre as famílias, assim como as relações construídas na sociedade do medo e da competição, criaram a cultura da violência.

Não falamos aqui de individualidade, como valor humano, mas de individualismo. Seja dentro de uma família específica, seja entre as famílias de uma comunidade. Reduzem-se a cada dia as relações e os laços de pertença, o que deixa a todos mais vulneráveis especialmente a criança, a mulher e o idoso, a ponto de ser a violência um ato coletivo. Desta constatação, decorre que a sua superação também e igualmente só poderá acontecer de forma coletiva e organizada. E o primeiro nível de organização da ação superação da violência é a sensibilização dos atores sociais.

De modo destacado são os profissionais da saúde que primeiramente se deparam com a violência, pois é a unidade de saúde o destino da pessoa vitimizada. Assim, conforme apresenta os teóricos:

[entre os níveis da ação a ser assumida] o primário compreende as ações voltadas para a sensibilização dos profissionais de saúde a respeito de medidas preventivas da violência para que possam atuar, no campo da educação e da informação, junto a pessoas, grupos e a comunidade em geral (GOMES; SILVA; NJAINE, 1999, p. 172).

O estudo do artigo acima citado aborda de forma precisa e reveladora os equívocos do senso comum quanto à violência e quem a pratica. Desconstrói a ideia recorrente de que são os pobres os violentos.

Existe, na verdade, uma ideologia da violência, cuja propagação é feita pela grande mídia nacional. Esta ideologia é seguida pela prática da mesma mídia de criminalizar a vítima. Assim é que, em programas de televisão, em jornais e revistas escritas, se propaga a ideia de que são os pobres economicamente que fazem a violência. Esquece-se ou finge-se esquecer que a pobreza econômica como fator de exclusão social e de desumanização é, além de uma violência, um fator gerador de outras. Mas, de forma explícita nos mostra uma tentativa muitas vezes bem sucedida de associar aos pobres a responsabilidade pelos males da sociedade.

nesses artigos, em geral, percebe-se que o eixo central da discussão dos princípios de prevenção primária aponta as estruturas e os processos sociais a serem melhor compreendidos para uma atuação incisiva no que se refere à violência cometida contra a criança e o adolescente. Nessa discussão sobressaem-se duas tendências. A primeira refere-se ao fato de que a violência não se reduz a ações individuais e, por isso, a prevenção tem que compreender os aspectos bio-psicossociais. A segunda aponta

para a necessidade de desconstrução da associação mecânica entre violência, pobreza, criminalidade e violação dos direitos, predominante no senso comum (GOMES; SILVA; NJAINE, 1999, p. 175-176).

A primeira violência é, portanto, a negação dos Direitos Humanos fundamentais. A desigualdade social extrema, como negação de direitos básicos para a grande maioria e excessos a uns poucos, criando-se assim classes sociais distintas, cujo abismo entre uns e outros, causa por um lado, o medo egoísta dos privilegiados. Por outro lado, causa a sujeição e a dependência dos excluídos.

Grandes contingentes de crianças e adolescentes das classes pobres economicamente crescem e se tornam adultos sem a consciência de dignidade humana. Sem saberem-se seres humanos, sujeitos de direitos e são acomodados e conformados a “viver” de favores e migalhas de “generosos” políticos e ricos que os socorrem com seu assistencialismo maquiado de caridade. Muitas vezes até de Igrejas que, mesmo que se digam fazendo caridade, buscam mais uma troca, em que um dá a comida a quem tem fome e o outro entrega a alma em forma de eterna gratidão. É a isto que chamamos relação de dominação.

2.3.2 Os fatores que causam a violência contra a criança

São estudadas, pesquisadas e, portanto conhecidas as principais causas da violência contra as crianças. Assim como também são identificados os principais tipos de violências e quem mais as pratica. Conforme pesquisa (BRENES, 2001 apud MARTINS; JORGE, 2011), são quatro os principais fatores de risco para a violência contra crianças e adolescentes. Os fatores individuais, familiares, sociais e raciais. Entre os fatores individuais estão a idade precoce das mães, deficiência no pré-natal e a gravidez indesejada. Já entre os familiares consta a violência intrafamiliar, antecedentes de delinquência e uso de álcool e outras drogas. Entre os fatores sociais se encontram o desemprego e a pobreza, as crenças e culturas e as guerras e altas taxas de crimes.

É importante a associação à violência com a questão racial, fator extremamente relacionado com o nível de escolaridade e com a situação socioeconômica. São os mais pobres economicamente os mais vitimizados pela violência, uma vez que a própria pobreza que os exclui é uma forma de violência.

Afirmamos que as outras formas de opressão decorrem em grande parte desta. Não praticada ou causada pelos mais pobres, mas contra eles.

Seguindo na mesma linha de pesquisa e buscando aprofundar ainda mais a compreensão deste fenômeno social que depõe contra a sociedade e a espécie humana (MARTINS; JORGE, 2011), são quatro as categorias ou os tipos de violência contra a criança e o adolescente. A violência física como o mais frequente; a violência sexual em todas as suas formas e variações; o abuso psicológico, altamente destrutivo do sistema emocional e gerador de insegurança; e a violência por negligência ou abandono. São facilmente encontrados na sociedade, nas reclamações e nas ocorrências às entidades e instâncias que cuidam dos direitos das crianças e adolescentes.

A sociedade moderna do século XXI se pergunta e se questiona sobre os motivos porque ainda acontecem tamanhas iniquidades contra a vida humana e contra a vida de seres indefesos. Trata-se de tema prioritário e cuja solução é urgente e deve ser buscada por todos. Se o século XX foi o “século da criança” (SCHERER; SCHERER, 2000 apud MARTINS; JORGE, 2011), não podemos admitir tamanha regressão, justamente no momento em que a humanidade alcança tanto desenvolvimento científico, tecnológico e econômico. É profundamente lamentável e motivo de preocupação que estejamos retomando práticas dos séculos XVI e XIX, com trabalho infantil escravo, maus tratos e humilhações. Ou ainda com abusos sexuais, tidos então como “brincadeiras” de adultos. Os códigos sociais e jurídicos, assim como a ética de nosso tempo não nos permitem mais tolerar estes graves desvios.

É preciso, contudo, fazer com que a educação, assim como a própria religião, como uma forma também de educação, alcance este nível de discussão na sociedade. Assuma o compromisso de formar cidadãos conscientes de sua responsabilidade social e política e crie sempre novas formas de ação que nos permitam prevenir aberrações como as que vimos denunciando. É preciso despertar os organismos nacionais e internacionais e acionar os instrumentos que já existem e criar outros que forem necessários. Não é possível mais calar diante do estado de violência contra seres indefesos, frágeis e carentes de cuidados. A sociedade moderna tem meios tecnológicos, científicos e sociais para livrar-se desta iniquidade que é a violência cometida contra a vida, mas de forma especial a violência contra crianças.

considerando, portanto, o conjunto de artigos analisados, em geral, todas as propostas dos autores estudados destacam a necessidade de se adotar um trabalho interdisciplinar por parte dos profissionais. Isso significa que nem a saúde nem outro setor consegue, com um só olhar, dar conta da complexidade que é a prevenção da violência contra crianças e adolescentes (GOMES; SILVA; NJAINE, 1999, p. 179).

Quando dizemos, das condições sociais, científicas e tecnológicas, é disto que falamos. A ciência e os processos de vida de nosso tempo precisam usar de forma inteligente e integrada os diversos conhecimentos. A ação deve ser interdisciplinar. A vida e as exigências se tornaram mais complexas, na sociedade neste século. As formas de se organizar e as ações também ganharam novas e mais complexas orientações e por isso mesmo, exigem novos métodos dos profissionais.

Entre as exigências de que falamos está certamente a prevenção. Com um sistema educativo eficiente, participativo e que considere os conhecimentos populares, entendidos aqui como a sabedoria que brota das lições da própria vida, podemos prevenir muito do que depois de ocorrido, só podemos remediar. Entre estes pressupostos está a saúde, principalmente materna, mas também de toda a família. O sistema de saúde deve prever nas estratégias de ação de saúde pública, uma relação de diálogo com a comunidade.

Assim, a sociedade e os governos podem, cada um fazendo bem e tendo com clareza o seu papel, agir preventiva e organizadamente, reduzindo a violência contra a criança e adolescente. São inúmeras as possíveis formas de intervenção, aqui sugerimos algumas daquelas cuja aplicabilidade nos parece mais fácil e que dependem mais de vontade política e capacidade de diálogo que de recursos financeiros. Com isto reforçamos algo já anteriormente dito como descaso dos agentes e gestores públicos. Para isto é fundamental:

[...] implementar protocolos de atendimento nos serviços de saúde, organizando os serviços para o enfrentamento do problema e definindo claramente o papel de cada membro, instituição, órgão governamental, setores da sociedade civil e profissionais no atendimento e prevenção da violência, construindo-se uma rede hierarquizada, articulada e contínua de ações (MARTINS; JORGE, 2011, p. 96).

2.3.3 A relação entre a pobreza e a violência

Temos apresentado nesta dissertação em primeiro lugar que a questão socioeconômica é determinante no que diz respeito à saúde materna e familiar. Sendo mesmo a causa de mortes e mutilações só vistas em mulheres economicamente pobres. Não que elas sejam mais violentas por serem pobres, mas reafirmamos que a pobreza, por vezes extrema, é mais que simplesmente uma forma de violência. E é também geradora de outras diversas formas já anteriormente citadas.

Em segundo lugar temos apresentado a situação de violência contra a mulher, a criança e o adolescente, como uma questão de saúde pública. Esta, que fique claro, é sempre fruto de uma política pública. Na verdade, muitas vezes com a ausência dela. As condições socioeconômicas desfavoráveis e a política pública de saúde de baixa qualidade, ou inexistente, são responsáveis diretas pelos transtornos e violências que atingem a mulher. E nada fere mais os sentimentos maternos do que o sofrimento da família, dos filhos especialmente. As ações de políticas públicas, de forma especial as que tratam da saúde da criança e do adolescente, expõem e agridem, em primeiro lugar os Direitos Humanos. A violência atribuída tantas vezes à pobreza e a acusação de que são os pobres que são violentos, parecem-nos enfraquecidas com a reflexão feita por Adorno. Antes, sugerem a compreensão já por nós apresentada anteriormente, que são mesmo vítimas de violência. Por meio da ausência de condições básicas de vida, da negação de Direitos Humanos básicos e da repressão por parte do Estado negador dessas condições.

estudo que vem sendo realizado no Núcleo de Estudos da Violência (Cárdia e Schiffer, 2000) procura estabelecer relações entre a distribuição espacial da violência e a distribuição espacial das condições de vida e de infraestrutura urbana. O estudo revela que uma série de indicadores de má distribuição de recursos e de equipamentos urbanos encontra-se concentrado fora da chamada zona expandida do centro. Uma área onde as condições e infraestrutura urbana são mais favoráveis. É, por conseguinte, nos chamados bairros que compõem a periferia do Município de São Paulo, que ambas as formas de distribuição espacial, maior concentração da violência e maior concentração da desigualdade são visíveis. Nesta área, é maior a concentração populacional, o crescimento demográfico, a proporção de crianças e adolescentes, o congestionamento domiciliar (isto é, a proporção de pessoas vivendo por cômodo da habitação). Também é a região de menor oferta de empregos, de menor oferta de leitos hospitalares e de menor oferta de espaços e agências de promoção de lazer. É também nelas que se concentram as taxas mais elevadas de homicídio (ADORNO, 2002, p. 124).

Parece-nos também desnecessário comprovar a situação de vulnerabilidade e exposição a tal violência a que ficam sujeitas as crianças e adolescentes destas famílias. As condições de moradia, de alimentação, de educação, de trabalho, entre outras, já são formas de violência e de negação da dignidade da pessoa humana que contribuem para a baixa autoestima e para que ocorra certa acomodação e sensação de impossibilidade de mudanças, a ausência ou a precariedade dos equipamentos públicos e a quase inexistente possibilidade de oportunidades. Não custa lembrar o dito popular de que violência gera violência. A fase da criatividade, da curiosidade, das descobertas e da formação de grupos de convivência, torna facilmente as crianças e os adolescentes, presas fáceis para o chamado mundo do crime organizado.

O que nos parece e mesmo nos deixa convictos é que, mesmo não sendo a pobreza a causadora da violência, assim como não são os pobres os primeiros violentos que a sociedade por intermédio de seus meios de comunicação tenta dizer, é no meio dos pobres que a violência agiganta-se. E quando essa situação acontece contra as crianças, coloca toda a sociedade em questão. Afinal, como justificar ser uma criança portadora de perigos e uma ameaça para um coletivo de adultos? Somente construindo um estado de exílio da razão e um império da emoção é possível fazer valer tais opiniões. A pobreza, a nosso ver, até pode ser apresentada como uma doença, mas neste caso, será uma febre provocada pela infecção grave no pulmão da sociedade. E este quadro infeccioso é criado exatamente pelo modelo econômico que exclui e oprime as grandes majorias, privilegiando alguns.

a pobreza e suas conseqüências, diretas e indiretas, não constituem resíduos patológicos de um processo inexorável de crescimento econômico cujo ciclo de evolução e desenvolvimento, uma vez concluído, conduziria inevitavelmente a superá-los e a decretar sua definitiva extinção em nossa sociedade (ADORNO, 2002, p. 127).

É aqui que reside a causa de nossa constante indignação e também a convicção de que a situação socioeconômica interfere diretamente e é neste caso, uma das formas principais de violência. Não estamos com isto afirmando que onde não tem pobreza não existe violência, absolutamente.

Estamos afirmando ser a pobreza econômica extrema uma forma de violência a ser evitada, combatida quando existir até ser superada, sob pena de não se poder

falar em justiça, de forma especial quando é praticada contra crianças. É a exclusão social como a negação dos direitos humanos fundamentais, pois a família economicamente pobre tem negado até o direito a ter direitos, naturaliza este estado de coisas como se ele fora normal.

As crianças nascem e se criam, se formam entendendo que assim é que deve ser. Não ter e não ser se tornam a sua sina. Acomodam-se, então, naquilo que para elas se torna uma cultura. A cultura da violência. Fazem dela uma forma de sobrevivência e buscam na delinquência, uma carreira profissional e a realização. É, de certa forma, o que tem como possibilidade, às vezes nem mesmo de ascensão social, mas de sobrevivência.

um dos pontos mais perversos da delinquência organizada é a forma de inclusão dos pobres e dos jovens nos seus lucrativos negócios. Eles se engajam nesses projetos e entram nos conflitos, no *front* dos combates como uma opção de mercado de trabalho, visando ao status, ao acesso a bens econômicos e ao consumo. O ato subjetivo de entrada no mundo do crime é secundado e contextualizado por uma situação de extremas desigualdades, de falta de oportunidade para o protagonismo, como cidadão, e de total descrença nas possibilidades de acesso ao consumo, à cultura e ao reconhecimento social. Por isso, o mercado da violência passa a se configurar como uma escolha viável, numa conjuntura de crescente desemprego e exclusão social, cultural e moral (MINAYO, 2010b, p. 32-33).

O ser humano procura na sua vida, oportunidade e reconhecimento. Quando a sociedade por seus meios ordinários, constitucionais estabelecidos, a saber: o Estado, a escola, entre outros, não os garante comete dois crimes. O primeiro é o da exclusão social e formativo, o segundo é o de oferecer um exército de mão obra barata e disponível para o crime organizado. Ainda existe a agravante de que muitas crianças aprendem desde muito cedo, ser este o caminho do sucesso. Aprendem a ter o traficante como modelo a ser seguido e o criminoso como o seu herói. A partir daí o crime se torna naturalmente uma carreira a ser perseguida.

É a este estado de calamidade que chamamos de violência maior. Desta nascem e nela se alimentam muitos outros tipos de violências, como os mais variados tipos de vícios, o contrabando, a corrupção, a exploração infantil. A política pública, conforme já dissemos anteriormente, deve, antes de tudo, prevenir, já que a recuperação, além de difícil é de alto custo do ponto de vista econômico.

2.3.4 A violência doméstica e a qualidade de vida das famílias

Retomamos neste momento a questão da violência contra a criança e o adolescente, como prática que ocorre nas dependências do lar e praticada por quem os deveria proteger, a família. Iniciamos este item tratando de dados relacionados à violência familiar. São constatações feitas por diversas pesquisas, são dados que constam de diversos levantamentos, sejam feitos por órgãos públicos, através de denúncias ou atendimentos, sejam por entidades da sociedade civil. Conforme exposto em artigo sobre o assunto:

estudiosos afirmam que, quando se tratam dos aspectos de morbidade por violência contra crianças, o âmbito familiar é o locus privilegiado destes atos sociais (Azevedo & Guerra, 1989; Guerra, 1985; Oliveira, 1989; Santos, 1987; Straus et al., 1980), infligidos quase sempre pelos próprios pais ou responsáveis e exercidos de forma variadas, isto é, através de violência física, violência sexual, violência psicológica, abandono intencional e negligência, ou seja, por um conjunto de atos violentos denominados 'maus-tratos' (DESLANDES, 1994, p. 178).

Já nos referimos anteriormente, com dados quantitativos e apresentamos as formas como essa violência se dá. Não vamos retomar repetindo as mesmas informações, mas acrescentar com novos elementos e com isso buscamos com a nossa ação, contribuir para alertar a sociedade sobre a gravidade da situação. Acreditamos ser um jeito de ajudar a encontrar soluções possíveis de serem praticadas e que contribuam para superar tão grave ocorrência.

A sociedade civil, no entanto, criou organizações, elabora projetos e assume compromissos que merecem ser destacados. Nem sempre encontra no poder ou nas políticas públicas a correspondência necessária, mas quando isto ocorre, os resultados são mais rápidos e muito mais abrangentes. Queremos dizer com isso que se trata de uma questão que diz respeito a toda sociedade, sendo ela por inteira a responsável pela superação. Vejamos o que nos diz ainda em seu artigo:

neste trabalho, portanto, parte-se da premissa de que, para sugerir ações ao Sistema Público de Saúde, é necessário primeiro delinear o perfil dos sujeitos sociais envolvidos na prática dos maus-tratos, bem como avaliar as formas de atuação que, embora poucas e iniciantes, já existem no país. No estudo do qual se origina o presente artigo analisou-se a atuação de uma organização pioneira no atendimento de famílias que praticam a violência doméstica: os Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Cramis), organizações não-governamentais que existem há 9 anos em vários municípios de São Paulo (DESLANDES, 1994, p. 178).

Como vemos, estamos falando de uma sociedade doente. É doente, a nosso ver, uma sociedade que não garante a proteção dos seus entes mais vulneráveis e que ainda, ao contrário lhes causa violências em forma de agressões físicas, de abandono e até, no caso de crianças aqui, como observamos, violência psicológica e sexual. Não obstante o fato de permitir a impunidade dos agressores. Apesar de já encontrarmos dados para confirmação deste mal, ainda temos enormes dificuldades e em variados níveis. Além de acesso às pesquisas existentes, aos relatos e às denúncias, é grande a dificuldade de comprovação e punição dos agressores.

apesar da inexatidão dos dados, o problema tem se mostrado relevante, pela consciência da frequência com que se apresenta e pelo reconhecimento científico das conseqüências deletérias para o crescimento e desenvolvimento das crianças vitimizadas. Há hoje, no Brasil, o desenvolvimento de uma consciência social em torno do tema da proteção à infância. Apontam-se, portanto, os desafios de conhecer melhor o fenômeno dos maus-tratos na realidade brasileira como estratégia para encontrar formas de prevenção (DESLANDES, 1994, p. 178).

Conforme esta constatação, ainda estamos, portanto, na fase das descobertas. A aceitação do fato de ser a violência contra a criança, principalmente, a causa de desmoralização da sociedade, ela não tem neste momento ainda um lugar comum. Muitas vezes as agressões são defendidas como formas de educação. Mesmo os dados que dispomos são tantas vezes inexatos e podemos falar apenas de estimativas.

Há, todavia, uma relação de cumplicidade entre os adultos agressores. Os que maltratam e os que acobertam ou ajudam a acobertar, o que significa também, uma forma de maltratar. Importante reiterarmos a relação já apresentada a partir de outros autores, entre a situação de violência e a realidade econômica. Soma-se a estes dois fatores também o número de filhos, sempre uma questão agravante pelo número elevado e pela influência, pelo que significa nas condições de moradia, de alimentação, educação e segurança. Assim, conforme sabemos por meio da realidade e dos dados disponíveis, quanto mais pessoas ocupam o pequeno espaço, o mesmo cômodo, muitas vezes, pior se torna a qualidade de moradia e de vida.

as condições econômicas das famílias atendidas neste serviço apontam que a maioria absoluta (sempre acima de 70,0%) percebe uma renda familiar variando entre 'menos de um salário mínimo (SM)' a 'três salários mínimos'.

Dessas famílias investigadas, cerca de 80,0% têm dois ou mais filhos, agravando a situação de pobreza constatada (DESLANDES, 1994, p. 179).

De certa forma, e em determinado nível, toda a sociedade, tanto a parte rica quanto a maioria pobre, vive e convive com a violência. O que buscamos demonstrar aqui, com os dados que dispomos é que as camadas ditas populares ou as mais pobres, além desta convivência, são também e antes de tudo, violentadas nos seus direitos e na sua dignidade.

Quando nos referimos às políticas públicas, é porque, entre outras razões, as vemos fragmentadas, uma desligada da outra. A política pública de saúde, pouco ainda tem que ver com a política de moradia, educação e saneamento básico, por exemplo. É a partir deste olhar que vemos a relação direta entre a qualidade de vida e de moradia e a violência doméstica. Quando tratado como um animal, o ser humano costuma agir pior que este. “quanto à composição familiar, verificou-se que, em todos os Cramis, 40,0% a 50,0% das famílias investigadas não contam com a presença de ambos os pais, e em cerca de 30,0% a 40,0% das famílias a criança vive somente com a mãe” (DESLANDES, 1994, p. 180).

A crise que nos parece ser de sentido pela qual passa a sociedade na sua totalidade, é uma somatória de diversas situações específicas. A desintegração familiar, seguida ou composta pela cultura do abandono paternal, parece-nos representar algo próximo ao ponto de partida de uma discussão sobre parentalidade.

A parentalidade responsável, pode de ser uma utopia possível, é verdade, mas em construção, constitui-se uma necessidade. Apesar dos avanços, como as leis de proteção à criança e ao adolescente, e o próprio ECA, ainda é uma obra inacabada. Carece principalmente da participação da sociedade.

Os dados do diagnóstico aqui utilizado apontam para a família como o lugar de frequentes maus tratos contra a criança e o adolescente. Mas é a família que deve ser a primeira escola, a primeira Igreja e a primeira sociedade, na vida de um ser humano, portanto, sendo também a primeira a ser recuperada. É o que nos apresenta, ao resgatar este papel agregador da família, na concepção do Crami (DESLANDES, 1994). Dela depende, a nosso ver, toda a sociedade.

assim, o Crami opta por uma ação educativa e não-criminalizadora, entendendo que a melhor instituição para a proteção da criança é sua própria família e que as diferentes características regionais devem conduzir a uma atuação regionalizada diferenciada (DESLANDES, 1994, p. 178).

A medida de avaliação de uma sociedade é a forma como ela trata seus membros mais vulneráveis, neste caso as crianças. Por fim, olhando para nosso país, a partir de seu processo de democratização, de modo especial da Constituição de 1988, vemos a vida, em todas as fases e dimensões, como o bem maior. A dignidade da pessoa humana está na sua vida e no respeito a ela também está a sua dignidade. A discussão e a ordenação jurídica brasileira, sobre o aborto tem importante contribuição para a defesa da vida humana. A partir da definição do seu início, sabendo que a infância faz parte do seu começo e merece a proteção igualmente a qualquer outra fase. Apenas com cuidados especiais por tratar-se de vulneráveis. Neste sentido, é que trazemos a importante contribuição de Moura (2009), que, ao tratar do direito à vida e da sua inviolabilidade afirma:

a Constituição da República Federativa do Brasil estabelece como um dos fundamentos da República a dignidade da pessoa humana em seu Art. 1º, enunciando, assim, proclamação de valor universal e fixando, definitivamente, a inviolabilidade do direito à vida no Art. 5º, como garantia fundamental, firma petreamente o pensamento constitucional brasileiro em relação ao direito de todos à vida e ao respeito à sua dignidade. Com isso, qualquer ação contra a vida ou qualquer medida que permita interrompê-la em seu desenvolvimento intra-uterino ou em qualquer fase da existência, seja qual for a justificação, comparece, inequivocamente, como inconstitucional (MOURA, 2009, p. 1).

É importante, para os fins a que nos propomos aqui, trazer presente o entendimento do que venha ser a infância e a adolescência para o Estatuto da Criança e do Adolescente. Tendo em vista ser este o maior nível de acúmulo em nosso país no tocante aos direitos da Criança e do Adolescente. Em seu Livro I – parte geral, título I: das disposições preliminares, no artigo 2º apresenta: “considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.” (BRASIL, 2010, p. 13). O ECA é por si mesmo uma iniciativa e uma ação concreta da sociedade organizada que assume postura de defesa de seus filhos menores. Estabelece e regulamenta as obrigações do Estado, mas necessita da constante participação popular, seja denunciando a violência contra as crianças e adolescentes, seja fiscalizando a sua aplicação.

É significativo chegarmos a este ponto sobre a situação atual da violência contra a criança e o adolescente, e percebermos que, mesmo confirmando a sua

existência e permanência, também encontramos diversas formas de defesa e reação. Assim, também vemos o avanço na visão de totalidade, seja dos atores responsáveis pela defesa da vida, seja na amplitude dos direitos das crianças e adolescentes. É de toda a sociedade a responsabilidade para com os seus membros e as crianças têm a mesma dignidade e merecem ter os mesmos direitos, como seres humanos iguais em dignidade. São ainda a prioridade absoluta, conforme o artigo quarto do ECA.

é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, a educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2010, p. 13-14).

Reiteramos, depois das descobertas e aprendizados, frutos deste estudo, especialmente neste subcapítulo, a importância do papel da mulher. Pensando nas políticas públicas, com destaque especial para a política de saúde. A mulher, seja como mãe, seja como dona de casa, ou como cidadã, é um ponto de equilíbrio na família, na comunidade e na sociedade como um todo. Por isso, tratamos durante esta dissertação a partir do referencial da política pública. Sobre a saúde da mulher, dando o mesmo enfoque e partindo do mesmo pressuposto, tendo-o como direito, trataremos no próximo subcapítulo.

2.4 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA MULHER

Infelizmente, ainda hoje, se convive com situações de desigualdades em saúde relacionadas ao nível de renda, à escolaridade, ao local de moradia, à raça e ao gênero. No tocante ao gênero, as desigualdades, ou seja, aquelas que se expressam quando se compara situações de saúde entre homens e mulheres, ainda são enormes em nosso País.

Estas desigualdades, na maioria dos casos, são desfavoráveis às mulheres e precisam ser consideradas para orientar os planos e as ações de saúde. Por isso, devem constar na pauta de todos os conselheiros, gestores e trabalhadores da saúde.

A discriminação e as perversas condições de sobrecarga das mulheres, em decorrência do acúmulo das funções sociais na casa, no trabalho e na comunidade,

configuram as bases dessa desigualdade entre homens e mulheres, e disso decorrem vulnerabilidades e riscos diferenciados para a saúde destas.

Deve-se ressaltar o que se entende por acesso aos serviços retratar melhor a situação, ou seja, a realidade brasileira. Busca-se políticas de saúde quando ainda não se tem profissionais para o exercício desta função. Não se trata apenas de escassez de políticas, mas ainda de estruturas e profissionais.

2.4.1 A realidade da saúde da mulher

A situação de atendimento à mulher, na questão da saúde, tem sido, seja tanto a saúde preventiva como no atendimento prático corretivo, uma calamidade. Ainda, para que continuemos nesta linha, é a violência, seja ela física ou psicológica, que leva a mulher a procurar com maior frequência o sistema de saúde pública. Além das mudanças na sociedade, é importante contarmos com atividades políticas e sociais como conferências, seminários e pesquisas que demonstram as realidades e apresentam dados que comprovam os fatos que descrevemos.

foram endereçados à área da saúde os mais diferentes problemas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos psicológicos associados à violência de gênero. A força do feminismo na abordagem do diagnóstico situacional e nas propostas de ação, relativos a gênero, aparece claramente nos documentos dos organismos internacionais do setor saúde, como o que apresenta as conclusões da Conferência sobre Violência e Saúde realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde em Washington em 1994 (Opas, 1994) (MINAYO, 2010a, p. 48).

A partir dos estudos realizados sobre a violência contra a mulher é confirmado que a violência do gênero representa grave problema de saúde para mulher. Além disso, não é apenas uma anomalia para a realidade brasileira. Em outros países e até mesmo em outros continentes, as mulheres, não apenas sofrem igual sorte, mas passam por situações ainda mais graves. Tais como, conforme Minayo (2010a, p. 53): “o reconhecimento do problema da violência pela área da saúde no Brasil vem se fazendo de forma fragmentada, lenta, intermitente, mas progressiva.” É esta constatação que nos faz concluir que, além da questão socioeconômica, soma-se também a questão política.

Uma ação política organizada poderá, mesmo que aos poucos, inserir a mulher no campo dos direitos econômicos e da saúde. Esta tem sido a linha de ação, conforme podemos ver:

a participação do movimento de mulheres brasileiras, na introdução da violência de gênero na pauta do setor saúde no Brasil, teve uma expressão fundamental na Construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) promulgado em 1983 (MINAYO, 2010a, p. 54).

A participação política, tem a nosso ver, o sinônimo de saúde que se qualifica como uma luta organizada em prol da melhora das relações com a sociedade e também como caminho para conquistar a saúde física com as políticas públicas de qualidade.

Não temos a pretensão de reduzir conceitualmente um termo tão complexo como a saúde, mas de nos aproximarmos de uma visão ampla do conceito, que nos permita caracterizá-la para que possamos apresentar as dificuldades encontradas ao acesso à saúde da mulher. Estaremos sempre falando, portanto, mais de uma noção de saúde, vinculada a quem possa prestar o devido respaldo. Convém destacar que não falamos, pois, apenas da ausência de dores ou de doenças quando falamos de saúde. Posto que:

o conceito de saúde deve ser entendido além da simples ausência de doença, isto é, como resultante das adequadas condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso a serviços de saúde. Todos os códigos deontológicos das profissões de saúde no Brasil assumem o compromisso ético com a saúde e a dignidade do ser humano (TELES; BORGES, 2005, p. 71).

O acesso a saúde da mulher é entendido como a saúde humana, e está relacionado à dignidade humana. A negação a este acesso, ou seja, negação as políticas públicas básicas e necessárias faz parte de um amplo cenário de desigualdades sociais e econômicas, apontando sempre para a exclusão econômica como a causa central da negação ou da dificuldade de acesso à saúde da mulher. Esta negação e esta dificuldade de acesso à saúde principalmente materna, como um direito, fere a dignidade da mulher, mas antes atinge eticamente o ser humano. Sabemos ser esta situação de muitas mulheres em nosso país, pois segundo os autores:

vivemos em um país de graves desigualdades econômicas e sociais. Neste contexto, a ação dos serviços e dos profissionais da saúde assume extrema relevância. O compromisso ético de garantir uma assistência adequada e atenta às especificidades de nossa população materno-infantil é um imperativo para todas as categorias profissionais de saúde (TELES; BORGES, 2005, p. 78).

Temos destacado a questão da saúde da mulher, dando atenção especial à situação econômica, abrangendo os aspectos concretos da vida humana. A moradia, o saneamento básico, a alimentação, a escolaridade, são variáveis que influenciam positiva e negativamente na vida da mulher.

Avaliamos a importância de relatar o período de gravidez, parto e pós-parto como momentos de grande fragilidade da mulher. Não pelo período em si apenas, o que já seria justificável, mas pela razão de se agravarem os problemas de deficiência da saúde pública. Sabemos ser uma fase com exigências especiais na qual a mulher vai ou deveria ir com mais regularidade ao hospital ou ao posto de saúde, enfim, consultar o médico ou outro profissional de saúde.

Esta realidade tem como seu ápice o momento do parto. Também é neste momento que se revelam as fragilidades, quando não as deficiências da política pública de saúde. É geralmente também nestes momentos que ocorrem os maus tratos, as mutilações e as mortes maternas. Por indiferença, uma vez que o Estado não corresponde às necessidades, ou por negligência, fruto de mau atendimento, e ainda por falhas, tantas vezes por profissionais estressados. Quando não, despreparados. Em artigo sobre a saúde materna e pariental analisa-se que:

um dos fatos mais importantes revelados por essa pesquisa, diz respeito ao tipo de assistência recebido pelas mulheres grávidas, pois em cerca de 30% dos casos houve forte suspeita de imperícia ou negligência médica ou negligência da instituição prestadora de assistência (TANAKA; SIQUEIRA; BALIFE, 1989, p. 72).

Dizemos agora que todas estas situações por nós referidas e constatáveis, nas pesquisas dos autores que nos assessoram, derivam em grande parte da questão étnica e socioeconômica. Além de ser a questão de gênero, por si mesma, um fator de exclusão, conforme afirmamos anteriormente, a mulher negra tem agravado a esta negação de direitos e a sua própria exclusão, sendo mais vitimizada que uma mulher branca nas mesmas condições sociais que ela. Isto é mais grave e fortalece nossa afirmação tendo em vista que entre as famílias abaixo do nível de pobreza, predominam as de etnia negra.

Ainda temos pouco avanço na discussão sobre as diferenças, principalmente raciais no Brasil. A pouca atenção dada a tão importante questão social e humana, tem nos levado a transformar em desigualdades o que é apenas uma diferença. Conforme nos apresenta o artigo de Martins (2006) sobre a mortalidade de mulheres negras no Brasil:

a falta de entendimento das diferenças e diferenciais raciais/étnicos, da opressão de gênero e do racismo na manutenção, recuperação e perda da saúde em uma sociedade classista provoca 'espanto' quando se menciona a saúde da mulher negra. A despeito dos diferentes referenciais, os dados evidenciam que as mulheres negras vivem em piores condições de vida e saúde. Vários autores afirmam que as mulheres negras têm os piores níveis de renda e escolaridade no Brasil (Martins, 2006, p. 2474).

É importante interpretarmos esta citação, porque, apesar de nos referirmos em primeiro lugar, à saúde, não podemos tratá-la isoladamente. Tanto a exclusão, como o preconceito que a gera, acontece em todas as dimensões da vida da mulher, na dimensão social, política, religiosa, cultural e familiar.

2.4.2 A saúde da mulher e a mulher sem saúde

A saúde da mulher é em primeiro lugar, um direito, garantido a todos os seres femininos. A Constituição brasileira assegura a ela este direito. Esta afirmação é relevante porque nos permite compreender e ter um referencial político. Entender a saúde como um direito significa afirmar que o acesso da mulher à saúde está diretamente relacionado com a sua emancipação.

A alienação é uma enfermidade, a conscientização é um remédio e a emancipação é em grande parte, saúde. Um ser humano alienado, seja ele ou não uma mulher, não pode ser um ser sadio. Uma vez que temos defendido “um caráter pluridimensional da saúde” (ALARCOS, 2006, p. 185), que não ignora a dimensão do direito e da exclusão, quando negado o acesso. Apesar de Alarcos (2006, p. 185) definir a saúde, seguindo o conceito da Organização Mundial da Saúde, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, a nosso ver, uma importante dimensão humana: a espiritualidade.

É a partir deste referencial de totalidade humana, que nos propomos discutir o acesso à saúde da mulher. Sem exclusão, sem discriminação, seja qualquer que seja a sua motivação.

essa exclusão do sujeito humano e essa 'expropriação da saúde' foram muito criticadas, pois um ser humano isento de sofrimento, mas alienado em sua responsabilidade, e que deve recorrer constantemente a outro para tomar as decisões relacionadas com o seu corpo e com o seu espírito, pode ser um modelo de ser humano sadio? (ALARCOS, 2006, p. 186).

É sobre esta pergunta fundamental que firmamos nosso propósito de discutir e buscar entender para exigir o direito e o acesso à saúde da mulher. A forma como se olha para um objeto, para uma pessoa ou para uma situação, determina o que se ver. Olhar para uma mulher e ver primeiramente um ser humano nos ajuda a tratá-la como gente e a respeitá-la, portanto, como ser de dignidade.

Conforme nos mostra o Evangelista João (Jo 8, 1-11), a relação da sociedade do tempo de Jesus, costumava olhar para uma mulher em pecado e ver uma adúltera ou uma prostituta. Para esta haviam leis para ser cumprida, que determinavam sua morte por apedrejamento.

Quando Jesus chega e é indagado por escribas e fariseus, sobre o que fazer, invocando a lei de Moisés (v 5), vemos a diferença no olhar e o diferencial que faz o como se olha. Para os acusadores da mulher o que se via era uma enferma, doente pelo pecado do adultério que, só em segundo momento, via-se também uma mulher. Este olhar, que dizemos ser deturpado, determinava a ação violenta contra aquela mulher. Jesus, ao contrário, olha primeiramente uma mulher, poder-se-ia dizer um ser humano, semelhante a ele. E em seguida Jesus a ver envolvida numa situação de injustiça, inclusive causada por um sistema – como é caso do nosso sistema de saúde pública da mulher hoje – que trata injusta e desigualmente, as pessoas.

O acesso ao serviço de saúde da mulher passa por muitas situações de injustiça e de visão deturpada do ser humano e do direito à saúde, por um olhar equivocado.

Partindo da visão que temos da alienação como uma doença, dizemos ser preciso uma ação política e corajosa da mulher e da sociedade para superá-la. Ação que desperte a todos nós para a gravidade do tema da saúde da mulher e para a situação de exclusão, quando se trata de acesso ao atendimento digno. Quem sabe possamos parafrasear o Evangelista João e com ele o próprio Jesus e dizermos: mulher, a tua ação te salvou.

Ainda, seguindo o mesmo raciocínio que saúde e enfermidade andam juntas, seja a saúde física, psíquica, mental ou espiritual, a saúde social faz parte e

complementa o conceito de saúde que mais representa o estado de bem-estar. Se a sociedade é doente em seus serviços, tornam doentes os seus princípios adoecendo também os seus habitantes. A visão negativa, da saúde, vendo-a a partir da enfermidade, como ponto e partida para entendê-la, estabelece esta relação. Posto que:

o século XVIII traz o desenvolvimento industrial e também o conceito de utilidade e uma nova mentalidade. Uma pessoa é útil quando produz e rende quantitativamente. O enfermo não produz, só consome. Por isso será considerado, dentro da categoria de valores, não somente como pessoa inútil, mas prejudicial, porque gasta bens da sociedade. Imaginemos uma situação sociosanitária em meados do século XIV. O rico podia pagar seu médico, que até improvisava sua 'clínica' em salas da casa do enfermo. O cidadão com seguro incipiente podia ser atendido em centros desse seguro e no consultório do médico. Para o resto, existiam os hospitais, centros de beneficência, dotados de poucos recursos (ALARCOS, 2006, p. 182-183).

O pecado hoje, o que torna as mulheres como adúlteras e as condena à morte, é a situação de pobreza, de exclusão social, que as exclui e as apedreja, mesmo não tendo o apoio legal. No tempo de Jesus a lei apoiava. Quem não produz continua como portador de uma enfermidade. Quem não tem condições socioeconômicas que lhes permitem pagar está muitas vezes condenado à morte. As pedras são jogadas em forma de fila, de espera e de negação de direitos. O apedrejamento agora é a fila de espera e o abandono. A mulher, especialmente a que é também mãe, é mais exposta às situações de apedrejamento devido ao período de gravidez e o parto. São situações que, conforme vemos na literatura atual, sejam artigos de revista e jornal ou mesmo pesquisas científicas, na literatura acadêmica, ocorre o maior número dos apedrejamentos modernos.

Precisamos resgatar o entendimento de saúde como algo positivo que por si mesma se justifica e tem sentido. A saúde em nosso tempo é fruto dos milagres da ciência que faz coisas admiráveis. Assim, ela foi entendida como "graça" nas culturas primitivas, "ordem" na cultura grega e "felicidade" na cultura moderna (ALARCOS, 2006). E felicidade, assim como a graça, tem que ser para todos.

Ressaltamos o sentido de felicidade como sinônimo de vida em abundância pregada nos evangelhos. Igualmente a graça, como dom de Deus, podemos nos referir, portanto, ao dom e à graça da saúde. Quando Jesus curava um enfermo ele o salvava ao mesmo tempo. É visível a alegria, a felicidade e a mudança de vida nas pessoas que Jesus curava. Assim aconteceu com a mulher adúltera. A felicidade é

um valor acima de qualquer outro valor. E a saúde da forma como a temos apresentado e defendido, é a felicidade e esta só é possível de ser conhecida em plenitude coletivamente. E esta é uma questão atual, já que, apesar do Sistema Único de Saúde como plano coletivo de saúde Pública, ela está cada vez mais individualizada. Quem pode pagar, sejam os planos de saúde particulares ou as consultas e os exames especializados, tem acesso aos milagres que a ciência faz.

Vivemos numa sociedade diferente de todas as outras já citadas e que, apesar de herdar muito delas, em comportamentos sociais, inclusive com relação à saúde humana, ao acesso às informações e às liberdades, tem novos desafios. Talvez por ser este tempo o que mais oferece possibilidades, sejam como no tocante à pluralidade, pois vivemos, apesar das restrições e dos limites que temos mostrado esta é uma sociedade plural. A mulher vive um momento cheio de conquistas, de forma especial no sentido de consolidar-se como um ser de direitos, conquista pouco a pouco a cidadania plena. Ocupa espaço nas áreas políticas, sociais, acadêmicas e eclesiais, e a nosso ver, tudo isto aponta para a pluralidade.

Esta, conforme acreditamos a leva para a autonomia, assegura-lhe o espaço de expressão como ser, liberta principalmente da alienação e por consequência leva ao estado de bem-estar. À saúde, vista como um encontro plural de valores e sentimentos.

A bioética, para além das questões morais, no campo do dever e do certo e do errado, aponta para tornar esta realidade, ainda parcial hoje, cada vez mais consolidada. Acreditamos ser este um caminho longo, de forma especial, no Brasil que vive um momento de certa forma de transição democrática. Se já não temos mais violências a partir de regimes políticos, como ditaduras de Estado, mas ainda temos outras tantas, fruto da negação de direitos básicos. Entre eles se encontra o direito à saúde da mulher. Enquanto a mulher brasileira acessa, dia após dia espaços novos, tanto socialmente quanto politicamente, o seu acesso ao Sistema de Saúde Pública, ainda é precário.

É oportuno, ao afirmar que, sendo esta uma sociedade complexa, muitos são também os interesses e os conflitos, dos quais a mulher não está livre. Ao contrário, acreditamos inclusive, olhando a realidade atual, que ela está exposta de forma intensa a estes conflitos e interesses. É no campo do respeito que se dá a questão do acesso aos direitos da mulher, inclusive o direito à saúde. Existe, conforme apontado neste estudo, um descuido com relação à mulher e justamente naquilo que

é o seu maior referencial. O cuidado e especialmente o cuidado da saúde da família. Assim, questões como autonomia pessoal, respeito como sujeito e a vivência na pluralidade são objetos de lutas constantes, mas, conforme nos dizem teóricos:

por conta disso, pode se dizer que tanto a autonomia pessoal quanto o pluralismo ético devem necessariamente ser respeitados de fato (Flamini et al., 1996). Mas isso traz, inevitavelmente, novos problemas e desafios, pois não é intuitivamente evidente que o respeito simultâneo de todas as autonomias individuais (ou pessoais) e, conseqüentemente, a consideração imparcial de cada interesse legítimo (é isso que a princípio define uma sociedade democrática e pluralista) sejam suficientes para equacionar os conflitos que surgem em tais sociedades e que não podem, sem mais, ser resolvidos por alguma instância de autoridade válida a priori e em qualquer circunstância (SCHRAMM; BRAZ, 2005, p.45).

Afinal, ainda seguindo o raciocínio de uma sociedade aberta, laica nas diversas formas de se organizar, plural inclusive com relação às culturas e politicamente democrática e socialmente justa, é que podemos imaginar um conceito de saúde. Acreditamos, inclusive, ser este um caminho necessário. Já que este é o modelo de uma sociedade sadia e esta é condição imprescindível para que os seres humanos, sejam sadios e gozem de saúde em abundância. Constatou-se que a saúde física da mulher, está mais relacionada com a sua saúde social, entendida como a vivência de sua autonomia, e de suas liberdades, assim como de sua expressão mais que de necessariamente de remédios.

3 DEFINIÇÃO DOS DESCRITORES

Os descritores que foram avaliados pelos especialistas eram no total de 58, sendo 8 descritores relacionados com a identificação dos sujeitos de pesquisa, 10 descritores que indicam uma parte central da pesquisa, ou seja, que apontam para a questão da existência ou não de 'projeto de parentalidade'. Os demais descritores apontam para os fatores analisados que, como hipóteses deste projeto, têm forte impacto na parentalidade: modelos de família, com 11 descritores; visão de sexualidade, com 11 descritores; religião, com mais 5 descritores e as questões sociais, com os últimos 13 descritores.

Para a avaliação dos descritores utilizou-se a técnica do grupo nominal, descrita acima. A avaliação se deu em duas etapas distintas: etapa não presencial e etapa presencial. Após a realização das avaliações dos grupos presencial e não presencial, os resultados foram comparados cuidadosamente, tendo por base os seguintes critérios: a) manutenção do descritor sem alteração; b) manutenção do descritor com alterações; c) exclusão do descritor das próximas etapas da pesquisa.

Devido ao fato de que na etapa presencial os especialistas tiveram mais explicações sobre os objetivos da pesquisa e também trocaram informações com os outros participantes, a metodologia adotada nos leva a concluir que a avaliação da etapa presencial foi mais consciente. Deste modo uma melhor avaliação desta etapa servirá para definir a permanência, alteração ou exclusão de um descritor das etapas seguintes que objetivam validar o instrumento de pesquisa sobre parentalidade.

3.1 DESCRITORES DE IDENTIFICAÇÃO

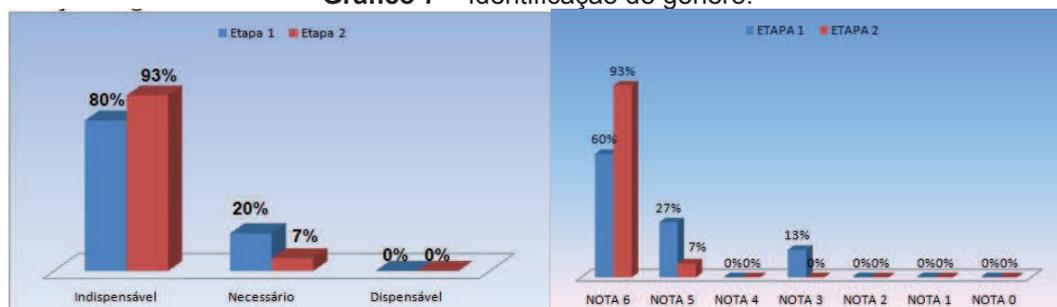
Os primeiros 8 descritores⁷ visam identificar os sujeitos da pesquisa e poderão estar relacionados com outros grupos de descritores. É interessante observar que neste grupo de descritores todos eles foram mais bem avaliados na etapa presencial do que na etapa não presencial. Deste modo esta avaliação indicou pela manutenção de todos os descritores deste grupo.

⁷ Ver apêndices na página 124.

1 Identificação de gênero

O primeiro descritor que identifica o gênero dos sujeitos da pesquisa passa de uma indicação de 80% como indispensável na etapa não presencial para 93% na etapa presencial, e a nota máxima passa de 60% para 93%. O debate realizado sobre este descritor apontou que os pesquisadores cuidassem para a problemática da questão de gênero nos nossos dias e que não reduzissem as possibilidades de resposta a apenas duas alternativas, como tradicionalmente é feito: masculino e feminino. O gráfico 7 abaixo indica as variações dos outros elementos de opinião e das outras notas.

Gráfico 7 – Identificação de gênero.

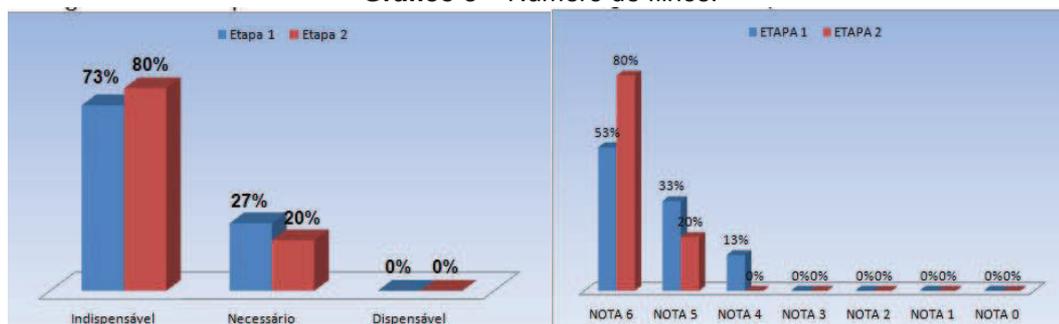


Fonte: os autores, 2013.

2 Número de filhos: consanguíneos/adotivos/por reprodução assistida/gravidezes múltiplas

O descritor número 2 busca identificar um dado extremamente relevante para a questão da parentalidade que é o número de filhos. Atentos à problemática da realidade familiar nos nossos dias este descritor indaga também se os filhos são consanguíneos, adotivos ou por reprodução assistida. O gráfico 8 revela uma melhor avaliação do descritor na etapa presencial em relação à etapa não presencial.

Gráfico 8 – Número de filhos.



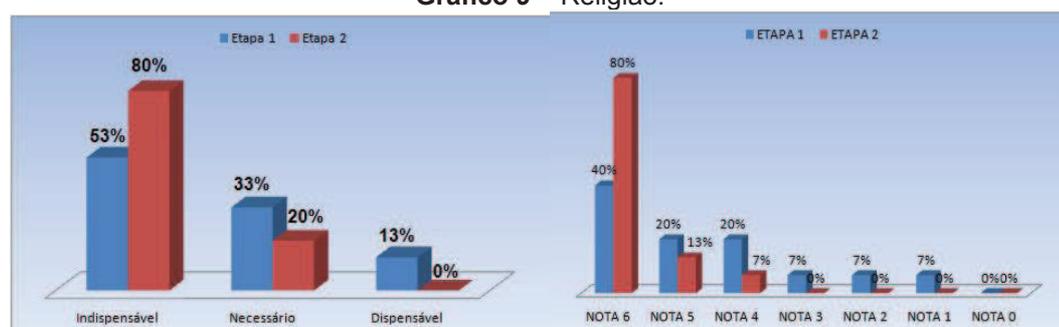
Fonte: os autores, 2013.

3 Religião: pertença/grau de participação

O descritor número 3 indaga sobre a religião dos sujeitos da pesquisa, elemento este que vai permitir um mapeamento das futuras realidades a serem pesquisadas no tocante a este aspecto que é considerado pelo projeto como um dos fatores de impacto na parentalidade. É interessante observar que a avaliação deste descritor sofreu uma considerável alteração de uma para a outra etapa, sendo que na etapa não presencial 53% dos especialistas indicam o descritor como indispensável, passando para 80% na etapa presencial e coerentemente também na atribuição de notas as alterações passam de 40% para 80% na nota máxima de uma etapa para a outra.

Tendo em vista a realidade brasileira considera-se interessante incluir neste descritor sobre religião também a investigação sobre o grau de participação religiosa, pois se pretende avaliar se o impacto da religião na parentalidade pode variar, não apenas pela adesão a uma determinada religião, mas também pelo grau de envolvimento religioso. O gráfico 9 demonstra o resultado das avaliações.

Gráfico 9 – Religião.



Fonte: os autores, 2013.

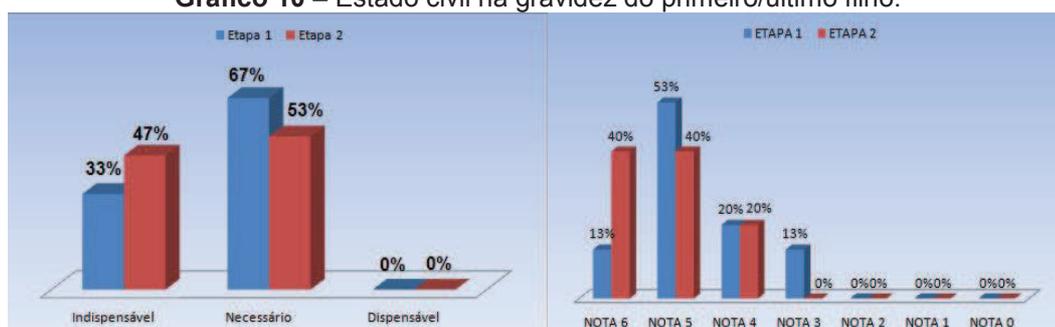
4 Estado civil na gravidez do primeiro/último filho

Com o próximo descritor inicia-se uma abordagem que será comum no instrumento da pesquisa que buscamos validar, que é investigar duplamente a situação apontada por alguns descritores: a) em relação ao primeiro; b) em relação último filho. Esta distinção se dá porque, evidentemente, as situações das pessoas mudam ao longo da vida e as condições de ‘projeto de parentalidade’ podem variar muito de um filho para outro. Mudanças em algumas situações são mais claramente identificadas como o estado civil, a escolaridade, as condições econômicas e outras. Devido à dificuldade de se investigar as condições do projeto de parentalidade para cada filho, optou-se por mapear as condições do planejamento da parentalidade no primeiro e no último filho, caso a pessoa a ser entrevistada tenha mais de um filho.

O descritor 4 não fora muito bem avaliado pelos especialistas na etapa não presencial, com apenas um terço deles indicando que o descritor é indispensável. Na etapa presencial houve uma considerável melhora na avaliação do descritor, como 47% dos especialistas indicando o descritor como indispensável passando para 40% os que atribuíram a nota 6 para o descritor. Devido a esta mudança da avaliação e também porque o descritor claramente possibilita identificar diferentes modelos de família e possíveis alterações nestes modelos os pesquisadores optaram pela manutenção do descritor.

O gráfico 10 nos permite ver as alterações nas avaliações e o fato de que em nenhum momento o descritor recebeu uma avaliação ótima da metade dos especialistas. Por causa destas dificuldades os pesquisadores se manterão atentos e abertos à possibilidade de alteração ou exclusão deste descritor nas etapas que seguem a validação do instrumento, principalmente na aplicação do projeto piloto.

Gráfico 10 – Estado civil na gravidez do primeiro/último filho.

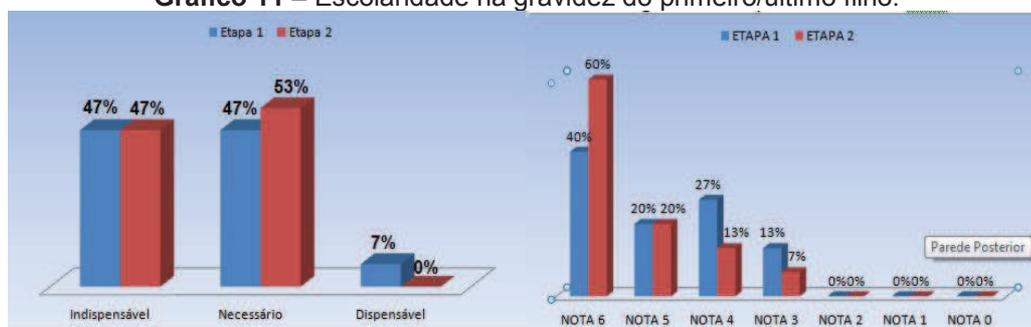


Fonte: os autores, 2013.

5 Escolaridade na gravidez do primeiro/último filho

O descritor 5, que aponta para a escolaridade das pessoas nas situações de gravidez, também não fora muito bem avaliado. Aparentemente as avaliações não foram coerentes na relação entre manifestar a opinião e expressar a nota, pois apenas 47% dos especialistas indicam o descritor como dispensável – nos dois momentos das avaliações – no entanto 60% atribuíram a nota 6, nota máxima para o descritor na etapa presencial. Isto nos leva a manter o descritor neste momento da pesquisa. De qualquer modo estabelecer a relação entre projeto de parentalidade e escolaridade pode ser muito interessante conforme demonstrativo do gráfico 11.

Gráfico 11 – Escolaridade na gravidez do primeiro/último filho.



Fonte: os autores, 2013.

6 Idade em que a pessoa teve o primeiro/último filho

O descritor 6 quer relacionar o projeto de parentalidade com a idade das pessoas. Percebe-se claramente uma melhor avaliação do descritor na etapa presencial, principalmente ao se atribuir a nota em que 80% dos especialistas atribuem a nota 6 para o descritor. Também é notável a alteração de 13% para zero no quesito considerar o descritor dispensável. O gráfico 12 indica as outras alterações:

Gráfico 12 – Idade em que a pessoa teve o primeiro/último filho.

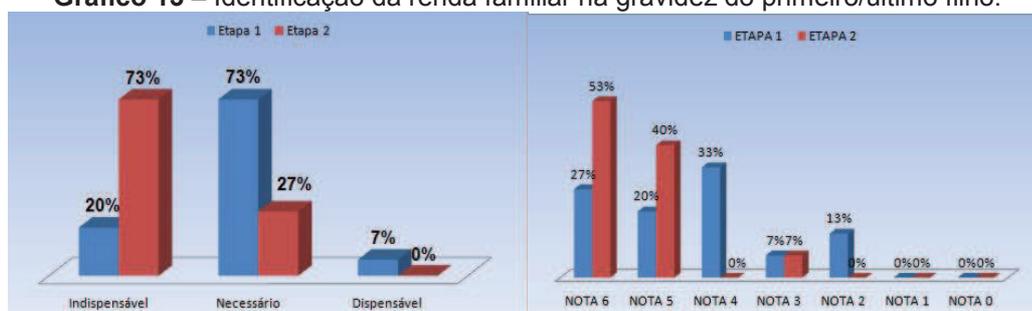


Fonte: os autores, 2013.

7 Identificação da renda familiar na gravidez do primeiro/último filho

O descritor 7 que busca identificar a renda familiar e sua relação com o projeto de parentalidade sofreu uma grande alteração nas diferentes etapas da avaliação. É interessante perceber que a dinâmica ocorrida na etapa presencial mudou drasticamente a opinião dos especialistas em relação a este descritor de modo que a porcentagem que considera o descritor indispensável passou de 20% na etapa não presencial, para 73% na etapa presencial. A dinâmica da técnica aponta claramente para a manutenção do descritor. Observa-se no gráfico 13 que também houve consideráveis alterações nas atribuições de notas.

Gráfico 13 – Identificação da renda familiar na gravidez do primeiro/último filho.

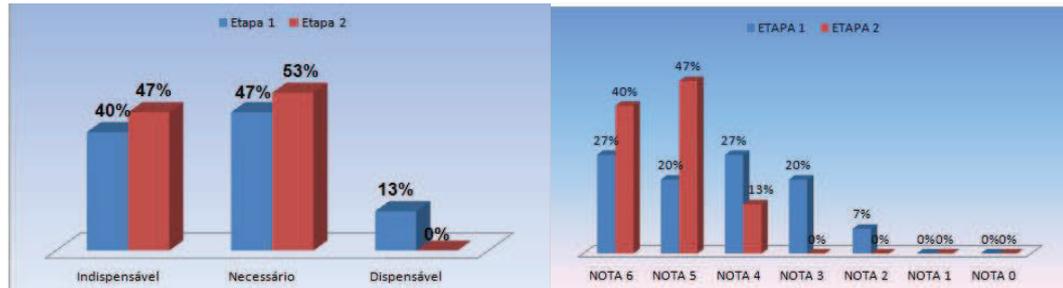


Fonte: os autores, 2013.

8 Identificação da situação de emprego na gravidez do primeiro/último filho

O descritor 8 demonstrou estar apontando para uma realidade complexa que precisa ser mais bem compreendida. Alguns especialistas manifestaram dúvida se o descritor era relevante, visto que mapear a situação de emprego das pessoas remete a uma grande diversidade de possibilidades. Após o debate os pesquisadores optaram por manter o descritor com alteração no sentido de ao invés de indagar sobre a situação de emprego, passa-se a investigar a questão de ocupação, por se compreender mais simples e que possa ser reduzida a 4 categorias: empregado, desempregado, autônomo e do lar. De qualquer modo o gráfico 14 demonstra uma pequena melhora na avaliação deste descritor na etapa presencial.

Gráfico 14 – Identificação da situação de emprego na gravidez do primeiro/último filho.



Fonte: os autores, 2013.

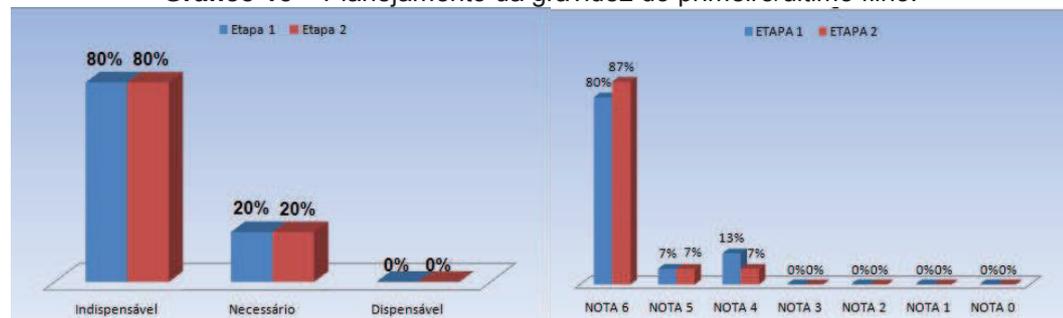
3.2 DESCRITORES SOBRE PROJETO DE PARENTALIDADE

Passamos agora a outro conjunto de descritores elencados no Instrumento de pesquisa que objetiva identificar os tipos de projeto de ausência de parentalidade.

9 A gravidez do primeiro/último filho fora planejada – houve clara decisão de ter o filho antes de engravidar

Os descritores 9, 10 e 11 foram construídos com a intenção de identificar se há “projeto de parentalidade explícito” em relação ao primeiro e último filho. O descritor 9 pretende verificar-se se houve planejamento da gravidez claramente, e a avaliação deste descritor demonstra que os especialistas concordam plenamente – 80% deles - que é um descritor necessário. Observe no gráfico 15 a avaliação deste descritor nas suas duas etapas.

Gráfico 15 – Planejamento da gravidez do primeiro/último filho.



Fonte: os autores, 2013.

10 Os riscos relacionados com a maternidade foram avaliados antes da gravidez do primeiro/último filho

O descritor número 10 (gráfico 16) busca identificar se houve avaliação de riscos relacionados com a maternidade. Compreende-se que se uma pessoa ou casal avalia as situações de riscos da gravidez é porque o planejamento da parentalidade está sendo explicitado. No entanto este descritor gerou bastante debate e se revelou um tema polêmico. Um dos especialistas assim se expressa:

a gente quando viu esses descritores, viu assim: riscos relacionados com a maternidade. Que riscos? O risco econômico, o risco emocional, o risco da relação entre o casal, quer dizer, ou o risco da própria gestação (GE).

A partir desta afirmação iniciou-se um debate sobre a necessidade de alterar o descritor no sentido de possibilitar a identificação dos diversos riscos que impactam sobre o planejamento da parentalidade. A participação dos pesquisadores contribuiu para explicitar a necessidade de ampliar e focar a pesquisa nos riscos inerentes à questão. Assim aparecem as justificativas dos pesquisadores:

porque a ideia é um pouco essa de que se em algum momento alguém decidiu planejar ou adiar uma gravidez, por causa do risco materno é um sinal do que nós chamaríamos de ótimo planejamento familiar. (GP). nós não queremos levantar quais são os riscos... Essa pesquisa é menor. Não temos chance com esse descritor de mapear quais os problemas. Nós temos nesse descritor a preocupação simples: se você chegou a adiar, ou a ter ou não ter filhos por causa dos riscos, é porque houve planejamento familiar (GP).

No entanto a questão abriu-se para outro tema quando um especialista indica:

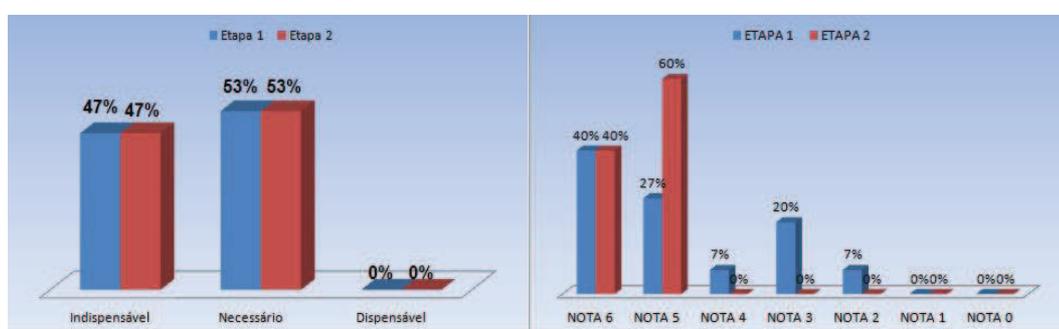
não, eu acho que poderia colocar os riscos, mas só os indícios, porque depende dos riscos você vai ter um projeto de parentalidade. Quer dizer um projeto você pode até ter, mas pode adiar. Se o pai, por exemplo, é portador de HIV-AIDS vai ter um adiamento, porque, se ele quer ter um filho, vai ter que fazer todo um tratamento e aí vai ter sim, um adiamento de projeto de parentalidade. Tem muitos casos hoje nesse âmbito. Não é um caso só, são muitos (GE).

Com esta fala apontou-se para o fato de que o descritor indicava apenas os riscos da maternidade, e o questionamento surge: “há o risco da maternidade. E o da paternidade?” (GE). Outro indaga “seria necessário ver os riscos da paternidade? Seria necessário um outro descritor?” (GE). Deste modo o debate aponta para a necessidade de alterar o descritor incluindo a questão da paternidade. Houve consenso que abrir para investigar quais riscos seria inadequado para uma pesquisa que quer apenas estudar o planejamento da parentalidade. Deste modo que a

sugestão da alteração do descritor surge: “fazer o descritor assim: itens relacionados com a maternidade/ paternidade. Acho que aí você abre para as duas frentes, mas sem entrar em quais riscos” (GE).

É curioso que mesmo depois de muito debate este descritor permaneceu quase que totalmente inalterado nas duas avaliações a que fora submetido. O descritor fora mantido com a alteração indicada acima, mas percebe-se que poderá ser excluído nas etapas seguintes da pesquisa. Observe no gráfico 16 que aponta para os índices de avaliação do descritor.

Descritor 10 - Gráfico 16 – Avaliação dos riscos relacionados com a maternidade antes da gravidez do primeiro/último filho.



Fonte: os autores, 2013.

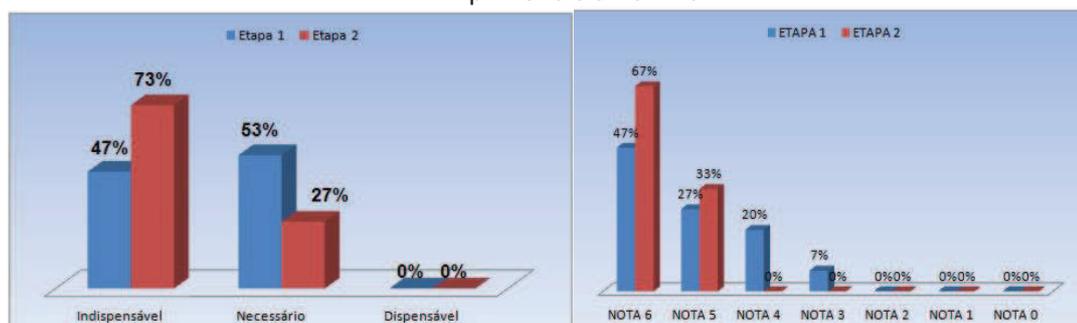
11 As condições para cuidar dos filhos foram avaliadas antes da gravidez do primeiro/último filho

O descritor número 11 aponta para vários aspectos, incluindo aspectos sociais, econômicos e humanos, que deveriam estar presentes num planejamento da parentalidade relacionados a uma avaliação das condições das pessoas ou casais em cuidar do filho após seu nascimento. A reflexão teórica indicada acima aponta para o fato que a parentalidade responsável implica – além da decisão da pessoa ou casal – o bem estar dos filhos e a sociedade atual já não vê com bons olhos aqueles que colocam filhos no mundo sem avaliar as condições de educá-los bem.

É interessante observar que este descritor não fora muito bem avaliado pelos especialistas na etapa não presencial, mas que após o debate e melhor compreensão do Projeto o descritor passou a receber uma melhor avaliação, de modo que o índice alcançado na etapa presencial chegou a 73% com indicação de

que o descritor é indispensável e 67% com atribuição da nota máxima. Devido a este processo de mudança na avaliação de uma etapa para a outra o descritor fica claramente mantido sem alteração. As alterações de avaliação de uma etapa para outra podem ser mais bem compreendidas no gráfico 17:

Gráfico 17 – Avaliação das condições para cuidar dos filhos antes da gravidez do primeiro/último filho.



Fonte: os autores, 2013.

Se os descritores 9, 10 e 11 foram construídos com a intenção de identificar se há “projeto de parentalidade explícito” em relação ao primeiro e último filho, os descritores seguintes – 12, 13, 14 - são pensados para identificar se há o que definimos acima de ‘projeto de parentalidade implícito’, ou seja, uma resposta positiva a estes descritores indicaria que ‘ter filhos’ é parte dos projetos de vida das pessoas envolvidas.

12 O anúncio da gravidez se dera num clima de aceitação e alegria na gravidez do primeiro/último filho

Na nossa avaliação, de todos os pesquisadores envolvidos no projeto, o descritor número 12 é sintomático e nos permite um primeiro diagnóstico da existência ou não de planejamento da parentalidade: o modo como se dá e é recebido o anúncio da gravidez. Compreendemos que se a notícia da gravidez é recebida e anunciada como uma boa notícia indica que a parentalidade já era parte dos projetos de vida das pessoas envolvidas, ou seja, que ter filho era uma parte explícita ou implícita no horizonte de vida da pessoa ou casal.

No entanto na etapa presencial da técnica de grupo nominal a questão se apresentou problemática e ocorreu um debate a respeito. Primeiramente os

pesquisadores provocaram os especialistas manifestando o descontentamento com a avaliação que este descritor recebeu na etapa não presencial:

as nossas expectativas se frustram quando a gente vê a resposta indispensável (27%). Se alguém falasse assim: 'estou grávida!', que beleza, que jóia. Então um ótimo sintoma... (GP).
então, se a pessoa é mais feliz ou menos feliz no anúncio, é um sintoma para nós que o filho foi bem acolhido ou, 'bah, tchê' – vamos ter que lidar com isso! (GP).

Os especialistas se dividiram em relação este descritor. Um grupo considerava o descrito dispensável e apresentavam alguns argumentos. A maior reação dos especialistas se deu indicando que o descritor pode estar apontando para algo difícil de mapear, por se tratar de um sentimento de 'alegria', algo subjetivo, que não aponta para uma tomada de decisão consciente de planejamento da parentalidade:

[...] eu coloque aqui como dispensável, porque eu entendi assim que nessa questão já está entrando no aspecto mais subjetivo. E o aspecto subjetivo é preciso fazer uma análise de levantamento quantitativo, se é uma coisa qualitativa você abre um leque, aí já é outra interpretação. Tem que ter cuidado aonde vocês vão colocar esses dados. De que forma isso vai ser levantado. Porque 'alegria', 'felicidade' isso é um outro componente. Já está entrando com o aspecto subjetivo. Então como vai levantar cada coisa (GE).

Outro especialista acrescenta algo parecido na sua fala:

eu também fui nesta perspectiva. De dispensável. É interessante porque eu analisei a palavra 'alegria'. É, se você for descrever o que é alegria para as pessoas tem uma diversidade imensa que bate até a tristeza, no caso de alguns (GE).

Dentre as falas, algumas reconhecem que a alegria pode ser expressa, mas não indica realmente que haverá um compromisso da pessoa ou casal com a criança que vai nascer.

e há também aquelas pessoas que vão ao estúdio de fotografia e fazem aquela foto, fazem aquele carnaval, vão à internet e que é uma encenação de um momento que, na verdade, não tem nem muito. Então eu acho que a falsa alegria fere um pouco a lividez do sentido (GE).

Outros especialistas – a partir de suas experiências no acompanhamento de famílias – observam que este descritor é realmente um diagnóstico da qualidade de gestação que a pessoa vai ter.

no atendimento [...] a gente vê quando vem o casal - hoje mais jovem - fazer uma ecografia e, se diagnostica uma gravidez, e baixa um ar de tristeza e até de revolta esta gravidez está condenada (GE).

Deste modo se defende que a palavra ‘alegria’ precisa ser mantida, pois o aspecto subjetivo pode contribuir muito para a percepção da existência ou não planejamento familiar.

exatamente. Eu acho que é importante manter esta palavra subjetiva da alegria porque nas questões anteriores tem dados muitos objetivos e que se pode fazer esse cruzamento entre o emotivo/intuitivo com aquilo que na prática acontece. Aí eu acho que tem um dado bem interessante para ser cruzado. Justamente por isso essa palavra ‘alegria’ deveria permanecer, porque isso lá na prática de fato acontece. Aí eu acho que tem um dado bem interessante para ser cruzado. Justamente esta palavra “alegria” deveria permanecer, porque o primeiro impacto é emotivo e depois... lá na prática, é salário-família, é emprego, a questão de risco da mãe, do pai, tem todas as questões que, a gente vai ver se a alegria permanece (GE).

Os pesquisadores argumentaram que o fato de se identificar que o anúncio da gravidez se dera num clima de alegria está-se apenas indicando que há abertura à gravidez, sem querer definir já, só este descritor, como suficiente para qualificar que tipo de planejamento da parentalidade existe.

a questão depois vai entrar numa escala - de muita alegria até zero alegria. [...] se o cara colocou ali muita alegria, foi muito feliz nesse momento, nós vamos concluir que há planejamento de parentalidade. Não significa que há um planejamento explícito, vai ter que ver os outros elementos para dizer se foi explícito. Mas ele já vai dizer que houve planejamento. [...] esse seria um sintoma de que há planejamento (GP).

Debateu-se também se ‘aceitação’ não seria menos subjetiva do que ‘alegria’, conforme apontou um especialista “Talvez o fato de o clima de “aceitação” é interessante. A alegria talvez já me deixe um pouco a desejar. A aceitação é similar a este fim” (GE). Isto, no entanto não fora acatado unanimemente: “E se a gente for tomar pela questão da subjetividade, a ‘aceitação’ também é, porque eu posso aceitar e acolher ou eu posso me resignar e assim, aceita numa condição...” (GE).

Deste modo aventou-se a possibilidade de deixar o termo ‘aceitação’ e excluir ‘alegria’. Mas não houve reação contrária:

eu acho que tem que deixar os dois [termos], sim, porque há um sinal de que essa criança foi planejada ou não. Eu me lembro da minha gravidez. Então eu penso assim que é um sintoma como você está colocando, um sinal de que isso foi planejado. Se não há alegria, e com vida, ou você aceita mais resignadamente e não tem o que fazer, então é um dado bastante representativo se foi ou não foi planejada. Então se a ideia é justamente pesquisar isso, então, me parece que está correto indagar... (GE).

Este descritor nos pareceu que suscitou um debate mais amplo, inerente à toda discussão da Planejamento familiar e o modo como a sociedade avalia e lida com isto. Alguns apontam para o fato de que a parentalidade pode significar coisas muito diferente nos diversos contextos sociais:

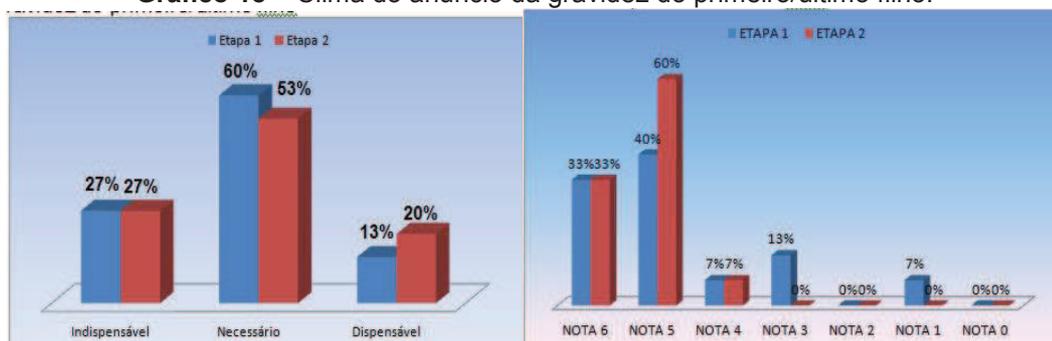
a gente trabalha com grupo em favelas, adolescentes em situação social, a coisa que mais falam é no filho, ficou com meu filho, a alegria do meu filho, e a gente sabe que eles não estão muito com o filho, e onde é que estão? Aquilo é uma mercadoria – filho. Não sei como é que a pesquisa vai, principalmente porque é num determinado grupo. Eu acho que pode ter uma... Bem, se você acha que pode, eu acho que não é assim (GE).

Esta questão é relevante nos parece que remete para a necessidade de se aprofundar a noção de parentalidade nos diversos contextos. Certamente este é um dos limites desta pesquisa, pois os descritores não foram pensados para avaliar estas diversas noções de parentalidade, apenas identificar se há ou não planejamento.

Um dos elementos fundamentais deste estudo é a não pretensão de identificar o conteúdo do planejamento da parentalidade, por mais relevante que isto possa ser. A pesquisa que se pretende fazer está situada no contexto da bioética e, por isso, tentou-se buscar alguns elementos fundamentais que sejam razoáveis e com ampla possibilidade de diálogo numa sociedade pluralista. Concretamente os que estamos dizendo é que – independentemente do que significa planejamento da parentalidade nos diversos contextos e em diversos grupos sociais – há na sociedade brasileira um consenso de que o planejamento da parentalidade é importante. Por isso identificar se filhos nascem planejadamente é relevante para qualquer que seja o grupo social, religioso ou cultural em questão.

Apesar da avaliação negativa que este descritor recebeu em ambas as etapas das avaliações nós o grupo de estudos decidimos pela manutenção do descritor para a próxima etapa do processo de validação, a saber, o projeto piloto. Talvez tenhamos que retirar este descritor, mas por ora ele será mantido, por ser compreendido como um descritor sintomático da ausência ou presença de projeto de parentalidade. Verifique no gráfico 18 a avaliação que este descritor recebeu, observa que houve pouca variação entre uma etapa e a outra.

Gráfico 18 – Clima do anúncio da gravidez do primeiro/último filho.

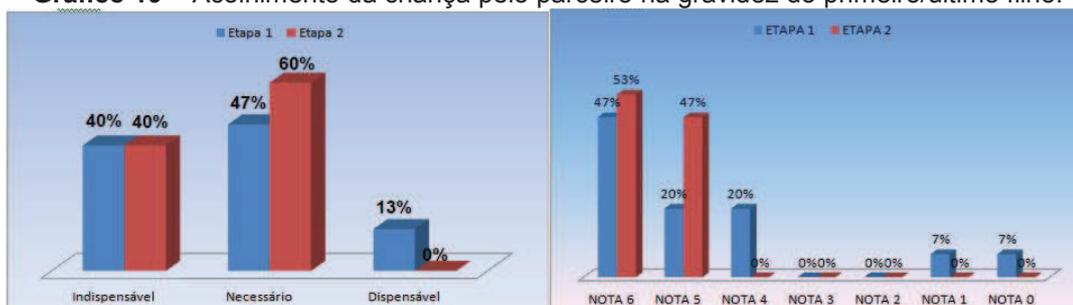


Fonte: os autores, 2013.

13 O(a) parceiro(a) acolheu a criança na gravidez do primeiro/último filho

O descritor número 13 que busca identificar se o parceiro acolheu a criança na gravidez pode ser compreendido como um desdobrar no descritor anterior, pois o anúncio da gravidez pode se dar num clima de alegria para um parceiro e de tristeza para o outro. Para os pesquisadores o acolhimento da criança pelo/a parceiro/a é também sintoma de planejamento da parentalidade, ao menos implicitamente. O descritor também não recebe uma avaliação muito boa dos especialistas, mas há uma melhora na etapa presencial, como se vê no gráfico 19, abaixo:

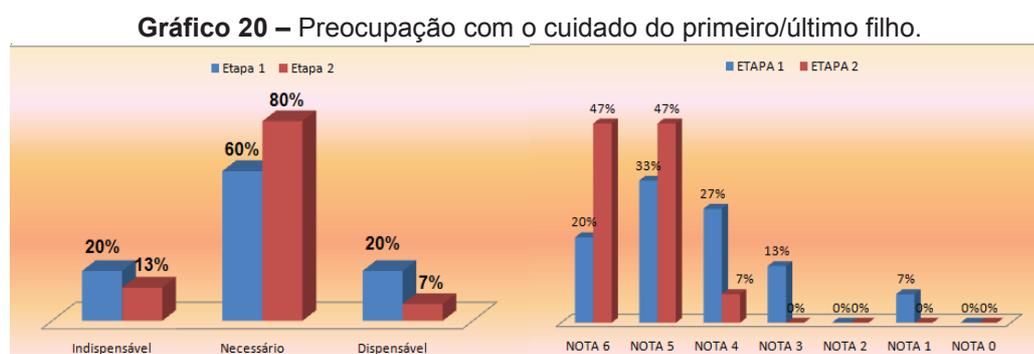
Gráfico 19 – Acolhimento da criança pelo parceiro na gravidez do primeiro/último filho.



Fonte: os autores, 2013.

14 O cuidado do primeiro/último filho se tornou preocupação constante

O descritor 14 que indaga se o cuidado do filho se torna preocupação constante fora visto pelos especialistas como um descritor que está relacionado à parentalidade ao longo da vida da criança, mas que é irrelevante para indicar se houve planejamento da parentalidade. A avaliação bastante negativa que este descritor recebeu em ambas as etapas da técnica de grupo nominal indicou claramente que o descritor deve ser retirado das próximas etapas da validação do instrumento, o que de fato será feito. Menos de 20% dos especialistas consideraram o descritor indispensável, como se vê no gráfico 20, relacionado abaixo:



Fonte: os autores, 2013.

15 A possibilidade de um aborto fora descartada na gravidez do primeiro/último filho

Os descritores seguintes – 15 a 18 - são pensados para identificar se há o que definimos de planejamento da parentalidade pós-fato, ou seja, identificar as situações onde não há planejamento da parentalidade, mas as pessoas envolvidas abrem-se para a parentalidade após ocorrer uma gravidez.

O descritor número 15 investiga se o aborto chegou a ser considerado durante a gravidez. Por mais difícil que seja colher esta informação compreendemos que ela é relevante, pois, independentemente da avaliação moral sobre o aborto, ele aponta, no mínimo, para uma ausência de planejamento familiar, pois usualmente não se abortaria um filho planejado.

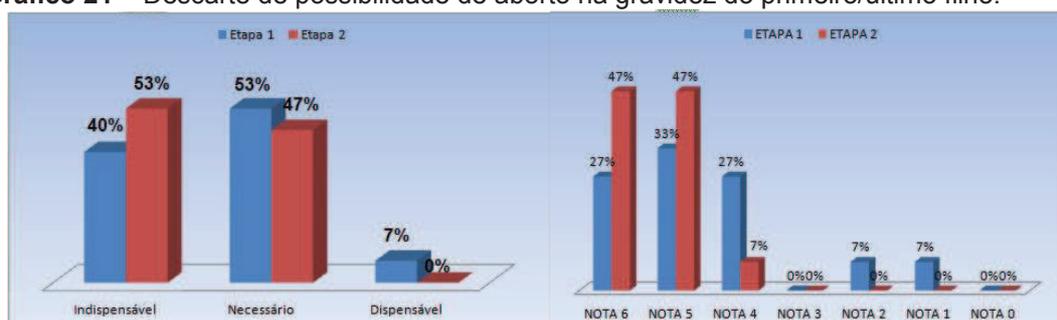
Na etapa presencial houve questionamentos de alguns especialistas sobre o assunto. “quando se fala em aborto aí vocês tinham a intenção clara de falar de

aborto provocado?” (GE). Evidentemente que apenas o aborto provocado tem alguma relação com a presença ou ausência de planejamento familiar. Aqui é importante distinguir o moral do natural. Somente o aborto provocado implica em avaliação moral, pois é resultado de planejamento e decisão humana. O aborto espontâneo, não provocado, pode levar a pessoa a questionamentos existenciais por ser colocada em situação de vulnerabilidade humana, frente à fragilidade própria da condição humana, mas não pode a rigor, levantar questionamento moral.

Um dos especialistas revela, corretamente a nosso ver, que este descritor revela se “foi pensado no aborto. Não se está querendo dizer que a pessoa fez o aborto, apenas se foi pensado” (GE). Um outro do descritor vai buscar identificar se houve ou não aborto no núcleo familiar. Fica claro que pensar em aborto há relação com o planejamento familiar, e na ótica de um especialista, com um planejamento familiar responsável. “é importante, porque a pessoa pode ter desistido, mas chegou a pensar! [...] havia um indicativo de que não havia nenhuma vontade! [...] aí indica um índice de planejamento responsável” (GE).

Segue abaixo o gráfico 21 relatando as avaliações que este descritor recebeu, que reflete uma melhor avaliação na etapa presencial, onde, principalmente na nota máxima se tem uma considerável diferença, passando de 27% para 47% de uma etapa para outra.

Gráfico 21 – Descarte de possibilidade de aborto na gravidez do primeiro/último filho.



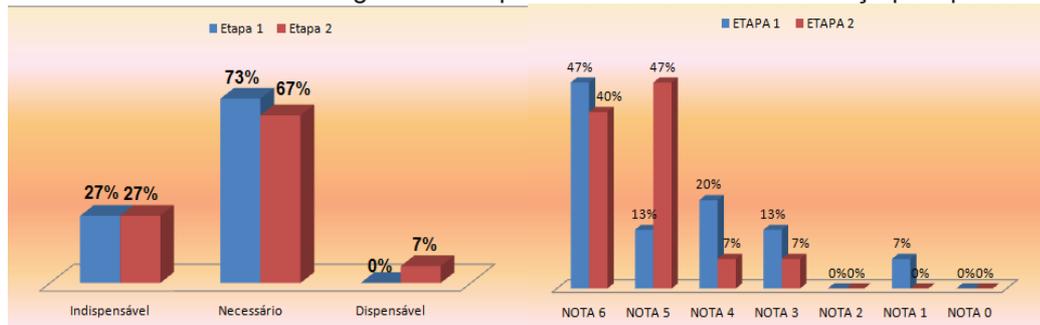
Fonte: os autores, 2013.

16 A gravidez do primeiro/último filho foi mal acolhida, mas hoje o(a) parceiro(a) acolhe a criança muito bem

O descritor número 16 fora muito mal avaliado pelos especialistas nas duas etapas da técnica de grupo nominal, de modo que será retirado das próximas etapas de avaliação. A justificativa apresentada pelos especialistas é que este descritor não

aponta exatamente para o planejamento da parentalidade, mas para o exercício da parentalidade ao longo da vida do filho. Observa-se que apenas 27% dos especialistas consideraram este descritor dispensável. Vejam os outros índices no gráfico 22:

Gráfico 22 – Acolhimento da gravidez do primeiro/último filho e da criança pelo parceiro.

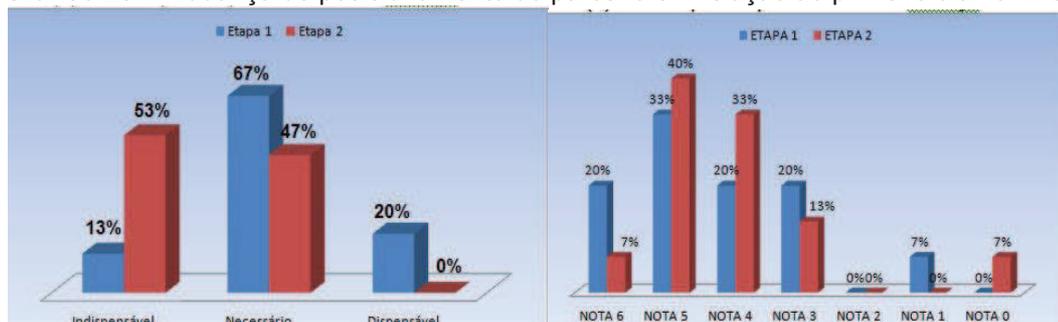


Fonte: os autores, 2013.

17 A gravidez do primeiro/último filho foi bem recebida, mas o(a) parceiro(a) não se preocupa mais com a criança

O descritor número 17 também fora muito questionado pelos especialistas pois estes compreendem que o descritor aponta também para as relações de parentalidade e não para o planejamento da parentalidade. Este descritor indaga se o parceiro mantém o cuidado e a preocupação com o filho. Houve amplo debate sobre o assunto que basicamente apontou para o fato de que é difícil avaliar ou identificar um projeto de parentalidade pós-fato. Alguns apontaram que o descritor pode ajudar na avaliação da parentalidade em relação o último filho. De qualquer modo o descritor fora melhor avaliado depois da etapa presencial, passando de 13% para 53% e assim o descritor fica, por ora, mantido no gráfico 23.

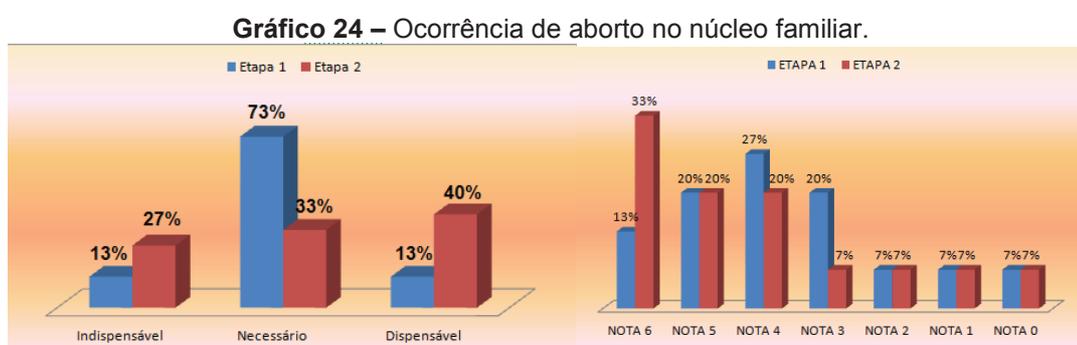
Gráfico 23 – Mudança de posicionamento do parceiro em relação ao primeiro/último filho.



Fonte: os autores, 2013.

18 Ocorrência de aborto no núcleo familiar

O descritor 18 voltava a indagar sobre o tema do aborto. Compreendemos que indagar sobre o tema do aborto no contexto do planejamento da parentalidade é relevante, no entanto, os especialistas apontam para a dificuldade de fazer isto. Visto que já havia um descritor (n. 15) que abordava a questão, vários especialistas recomendavam não retornar a esta questão delicada. Por fim o descritor recebe de fato uma avaliação muito fraca, com apenas 27% dos especialistas que consideraram o descritor indispensável, sendo assim retirado do instrumento para as etapas seguintes da avaliação.



Fonte: os autores, 2013.

Por fim, deste conjunto de descritores que apontam para a existência ou não de projeto de parentalidade se espera que na aplicação do Projeto Piloto consigamos ter dados estatísticos para propor uma escala. No momento podemos sugerir que estes descritores colocados em escala numérica podem nos dar uma nota que indique um dos 3 tipos de projeto de parentalidade propostos ou a total ausência de planejamento. Uma nota 3 ou 4 em ao menos um dos seguintes descritores aponta para a existência de projeto de parentalidade explícito em relação ao filho em questão.

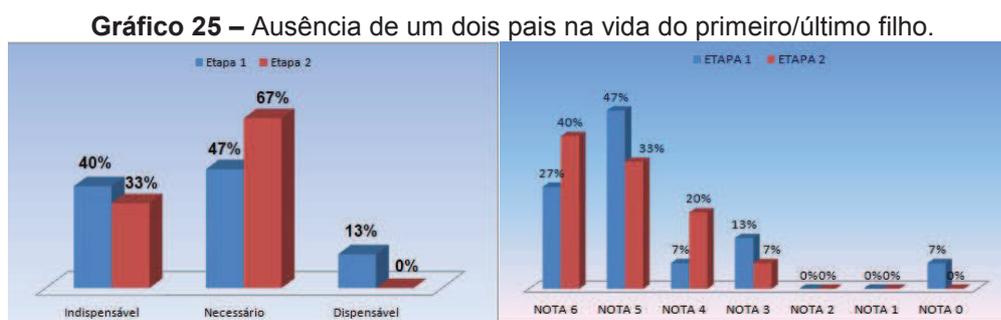
Como fora indicado acima, este conjunto de descritores – do descritor 9 ao 18 – aponta para o centro do Instrumento de pesquisa que pretende identificar os tipos de projeto de parentalidade ou ausência do mesmo. No projeto piloto se dará a validação estatística que poderá definir uma escala para medir e identificar os diversos tipos de Projeto de Parentalidade, no entanto, no atual estágio do projeto de pesquisa já estamos sugerindo alguns elementos que podem ser confirmados ou não na validação estatística.

3.3 DESCRITORES RELACIONADOS COM QUESTÃO SOCIAL

Passamos agora a analisar os descritores que são relacionados com a questão social, objeto específico deste estudo.

Descritor 46 - Um dos pais está ausente da vida do primeiro/último filho por morte ou separação

Nesse descritor 46, percebemos que os especialistas fizeram as seguintes avaliações: na avaliação não presencial consideraram 40% com indispensável e na etapa presencial houve uma diminuição para 33% no mesmo índice. Em função dessa fraca avaliação o descritor será retirado das próximas etapas da pesquisa. Abaixo pode ser visualizada no gráfico 25, os outros itens de avaliação deste descritor.



Fonte: os autores, 2013.

Segundo os avaliadores a questão da separação dos pais é um risco existente e muito presente nas famílias, além de se considerar também como fator importante a questão do emprego.

Tal assertiva está em consonância com o postulado no presente trabalho; como já visto, algumas mulheres engravidam sem um mínimo de estrutura familiar e os homens sem uma consciência ou responsabilidade necessárias, embora seja atribuição conjunta do pai e da mãe cuidarem dos filhos, conforme aponta o documento da igreja *Familiaris Consotio* em seu numero 22 .

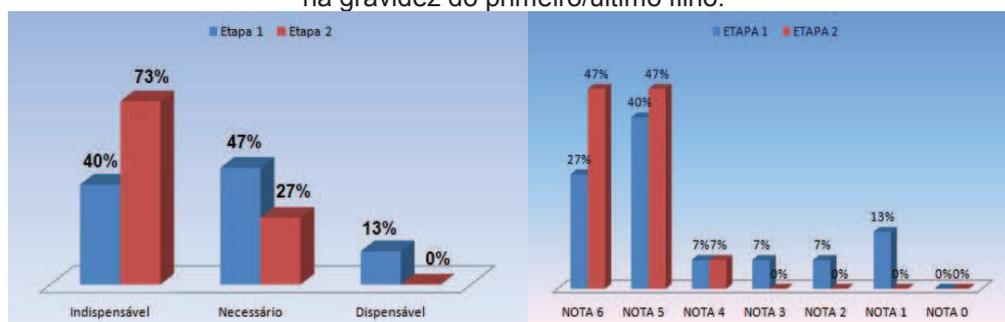
Convém ressaltar, antes de tudo, a igual dignidade e responsabilidade da mulher em relação ao homem: tal igualdade encontra uma forma singular de realização na doação recíproca de si ao outro e de ambos aos filhos, doação que é específica do matrimônio e da família, (FC).

Em não havendo tal responsabilidade por parte dos pais, reforça-se a separação do casal, e ainda mais, uma falta de acompanhamento na vida do filho. Os avaliadores teceram comentários também a respeito de que o parceiro não se preocupa mais com a criança.

Descritor 47 - Participação da mulher em algum serviço de saúde tido como de planejamento familiar na gravidez do primeiro/último filho

Este descritor apresenta, na etapa não presencial, um percentual de 40% de que a pergunta é indispensável para o desenvolvimento da pesquisa. Porém na etapa presencial os especialistas atribuíram uma nota de 73% ao descritor. O que levou a ser mantido sem alteração. No gráfico 26, se percebe as alterações dos outros itens de avaliação.

Gráfico 26 – Participação da mulher em algum serviço de saúde tido como de planejamento familiar na gravidez do primeiro/último filho.



Fonte: os autores, 2013.

O conceito de saúde deve ser entendido além da simples ausência de doença, isto é, como resultante das adequadas condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso a serviços de saúde. Todos os códigos deontológicos das profissões de saúde no Brasil assumem o compromisso ético com a saúde e a dignidade do ser humano (TELES; BORGES, 2005).

Isso vem corroborar o que fora tratado ao longo da pesquisa, em que se destaca que a saúde é muito mais do que uma ausência de doença; Essa é um conjunto de condições adequadas de atendimento à mulher, na questão da saúde, sejam elas preventivas como também de atendimento prático corretivo. A

maternidade atribuiu à mulher um ato único e exclusivo, sem negar a ela a sua humanidade plena.

Como bem salientou (Esp. 10) nos debates realizados, é importante questionar se a gravidez fora ou não planejada, comparar se houve diferenças entre concepção do primeiro filho com a do último. No contexto familiar destacou-se a importância da escolaridade e da religião; observou-se, ainda a necessidade de uma análise quanto ao planejamento de ter um ou mais filhos. Existe uma grande diferença entre a pessoa imaginar o ter um filho ou ao fato de ter um filho. É indispensável avaliar o imaginário das famílias referente a questão de querer e ter filhos. A partir dessa análise é, possível, então, investigar as causas da ausência de um projeto de parentalidade.

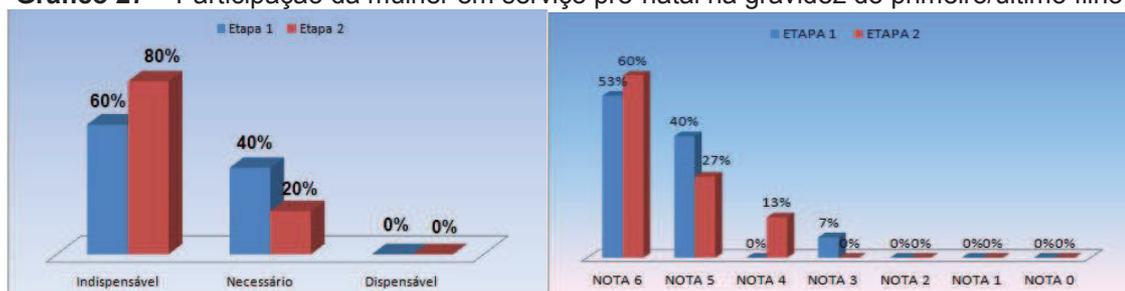
De acordo com tudo, Parpinelli (et al., 1999, p. 23): “a maior cobertura e eficiência dos programas de educação sexual e dos serviços de planejamento familiar, assim como a maior proteção social à grávida, mãe e seu recém-nascido, poderá reduzir os abortos.”

Outros aspectos relevantes destacados nas reflexões dos avaliadores e o fato de chegar a um consenso de que em vez se utilizar a palavra participação, poder-se-ia utilizar a palavra acesso ou até acompanhamento, facilitando assim a compreensão.

Salientou-se, ainda nos debates entre os outros que quando se fala em aborto se tem alguma intenção clara a respeito; fala-se em aborto avançado, compreendendo com isso que a pessoa que aborta não tinha a intenção de formar uma família, ficando assim registrado um índice de planejamento.

Descritor 48 - Participação da mulher em serviço pré-natal na gravidez do primeiro/último filho

Este descritor mostra que 60% dos avaliadores o consideram indispensável, na primeira etapa, e na segunda etapa teve uma avaliação melhor ainda, sendo considerado por 80% dos especialistas como indispensável. Se observarmos no gráfico 27, percebemos que o descritor foi mais bem avaliado na segunda etapa do que na primeira nos outros itens de avaliação.

Gráfico 27 – Participação da mulher em serviço pré-natal na gravidez do primeiro/último filho.

Fonte: os autores, 2013.

É muito importante a participação a mulher em programas de pré-natal, pois as causas das mortes maternas estão mais relacionadas com a desinformação e a falta de prevenção ou a dificuldade de acessá-la mais do que mesmo com doenças graves e de difícil cura. A falta de assistência, seja ela por sua inexistência ou por desconhecimento por parte das mulheres, é frequentemente um fator de morbidade e de morte.

vários estudos demonstraram que a ausência de assistência pré-natal está associada a maior taxa de mortalidade perinatal. Tem sido constatado que nos países em desenvolvimento predominam os óbitos perinatais por afecções passíveis de prevenção ou controle por meio de adequada assistência pré-natal, tais como as síndromes hipertensivas, sífilis congênita e infecções urinárias complicadas (TREVISAN et al., 2002, p. 294).

Os exames pré-natais possibilitam à mãe e ao pai uma aceitação muito espontânea da gravidez. A participação efetiva em programas pré-natal demonstra uma cultura e uma consciência da mulher para a sua felicidade neste momento único. Nos exames pré-natais quando os pais veem uma ecografia e demonstram alegria, aí fica muito evidente a aceitação da gravidez e o planejamento feito pelos pais.

Uma das questões que envolvem a saúde da mulher é a ausência ou o pouco utilizado planejamento familiar. Sem a cultura do planejamento familiar, resta evitar a gravidez, muitas vezes até sem acompanhamento clínico, sem orientação de profissional de saúde, segundo dados do IBGE/PNAD-86. (OLIVEIRA & SIMÕES, 1988)” (COSTA et al., 1989, p. 196).

No âmbito deste descritor a manifestação de um sentimento como, por exemplo, alegria, revela na pessoa aceitação, ou seja, que ouve de certa forma um projeto de parentalidade. A esse propósito, o medico dentre os avaliadores disse que “a gente vê quando um casal realiza uma ecografia e demonstra alegria”. O Grupo de Especialista também se posiciona dizendo que se a pessoa se revela

nessa atitude um planejamento implícito de parentalidade. Isso não significa que um planejamento explícito vai ter os outros elementos para dizer que foi explícito. A gente não diz que há uma negação de parentalidade.

Sobre o assunto, se posiciona o Grupo de Especialista, salientando que a aceitação é um sintoma um, sinal de que isso foi planejado; se não tem alegria envolvida você aceita mais resignadamente, e isso representa um dado bastante representativo se foi ou não planejado.

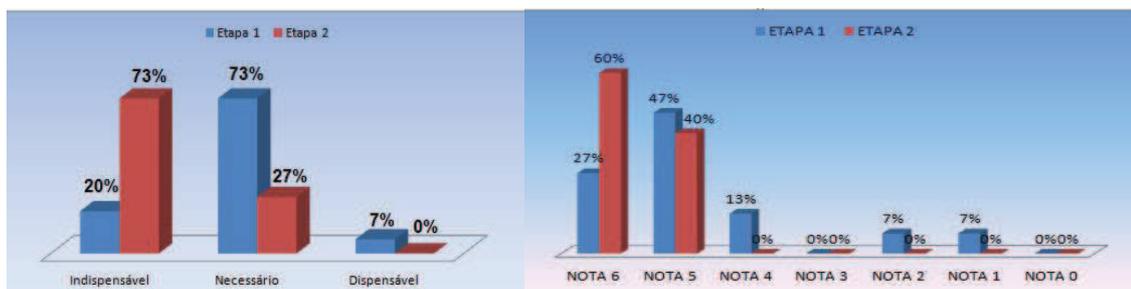
Como salientamos ao longo da pesquisa, a má qualidade ou a falta da educação é responsável direto pelo sofrimento, pela dor e morte de muitas mulheres no Brasil. São mortes possíveis de serem evitadas e que revelam o descaso da política de saúde pública. Soma-se a este o fato de “o acompanhamento pré-natal com, pelo menos, sete consultas ainda ser baixo, mesmo com a melhora de 43,7% para 55%, em 2008.” (CNBB, 2012, p. 25). É a esta cultura de prevenção, ainda não vivenciada, que precisa decorrer da reivindicação por direitos, que nos referimos como uma das causas não só da morbidade, mas também da mortalidade materna. Percebe-se assim uma convergência de ideias e de informações. De acordo com Trevisan:

a constatação de que a escolaridade materna interferiu significativamente na qualidade da assistência pré-natal merece especial atenção. Atualmente, se reconhece que a saúde é uma resultante da interação de inúmeros fatores, entre estes os investimentos governamentais na esfera social e educação. [...] Entre os motivos alegados pelas pacientes estudadas para não terem realizado pré-natal destaca-se a falta de informação acerca da sua importância na prevenção da morbi-mortalidade tanto materna quanto perinatal (TREVISAN et al., 2002, p. 297-298).

Descritor 49 - A gravidez do primeiro/último filho visava melhorar o relacionamento com o(a) parceiro(a)

O gráfico 28 mostra que 73% dos descritores consideram necessário, com percentual de 74%, na etapa não presencial. Já na etapa presencial, consideram como indispensável 73%, com percentual de notas 5 e 6 de 100%.

Gráfico 28 – Gravidez do primeiro/último filho com o objetivo de melhorar o relacionamento com o parceiro.



Fonte: os autores, 2013.

Os debatedores mostraram reflexões que levam a uma importância grande de a gravidez poder melhorar o relacionamento com o parceiro. Isso acontece à medida que se pode ou não ter um planejamento familiar. Quanto maior o planejamento mais possibilidades existem de se ter um bom relacionamento com seu parceiro.

O estudo realizado mostra que uma adolescente pode engravidar sem planejamento, ter uma gravidez precoce. Para os descritores, é importante pensar se a gravidez foi planejada ou não. Se a mulher daria a ele um filho? A gravidez ocorreu para satisfazer o parceiro? Qual foi a do primeiro e de uma pessoa de 3º ano com uma profissão estabelecida. Ainda segundo ele, hoje, as pessoas já se preocupam em ter filhos com mais idade. Outro aspecto relevante salientado é que a identificação da renda familiar na primeira gravidez dependerá da ajuda dos pais, o que será melhor detalhado no tópico seguinte.

Ainda, hoje exige um modelo de família diferente, o jeito de estruturas de casais separados. Acerca disso, há relatos de experiência pessoal, o que certamente enriquece: *“eu me separei e fui morar com outro homem”*. A mulher arruma outro companheiro e eles hoje cuidam dos filhos. Sobre isso, complementa Sanches (2012), esse é homoafetivo, é um outro modelo de família.

É importante e necessário ressaltarmos que a mulher vive e desenvolve vários e diferentes papéis dentro da família. E cada vez mais exerce funções mais específicas na sociedade. Isso provoca um novo modelo de família.

o processo de transformação que vem passando a família encontra raízes em sua construção histórica e revela a forma como esta vem se modificando e se reestruturando nos últimos tempos, o que leva a uma permanente revisão em conceitos/concepções que muitas vezes cristalizam-se e tendem a impor um padrão único e ideal (OLIVEIRA, 2011, p. 1).

É essa transformação de que fala Oliveira (2011), tanto no interior da família como na sociedade, que torna exigente o debate sobre o relacionamento existente numa família, vista como seres humanos e sujeitos de direitos.

compreender a família Brasileira nos convoca a pensá-la para além das representações clássicas, [...]. O surgimento de novas configurações familiares nos colocou diante da materialização dos desafios contemporâneos a serem enfrentados pelas próprias famílias e pelo conjunto da sociedade (OLIVEIRA, 2011, p. 2).

Por mais que reconheçamos a importância da maternidade e dos cuidados domésticos na vida familiar e na sociedade como um todo, não poderemos resumir a ela o papel da mulher. Esse é o grande desafio posto à sociedade. É necessário reconhecer a igualdade em dignidade. A família precisa deste reconhecimento para retomar seu papel na sociedade. Para tanto, precisamos reestruturar a unidade familiar, como o ponto de referência de valores e virtudes para a sociedade.

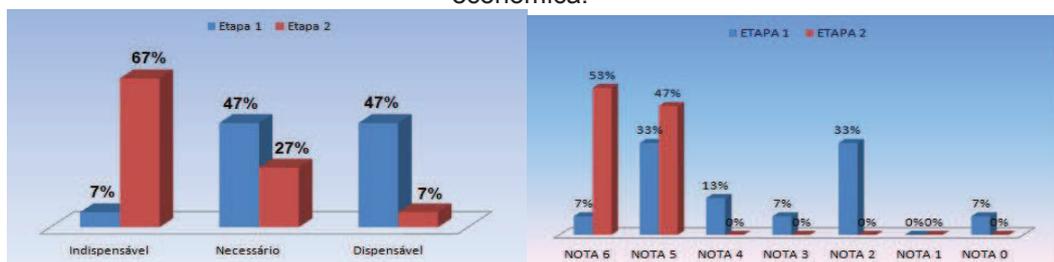
entende-se que a unidade familiar deve ser uma referência central na formulação de políticas públicas de combate às desigualdades sociais no país e que a política de proteção à família é uma forma eficaz de atuar sobre a realidade de seus membros (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos) imersos na miséria e na pobreza (OLIVEIRA, 2011, p. 5).

Dentro dessa reestrutura familiar, salienta-se que a paternidade responsável é dever primeiro dos pais, mas somente deve ser entendida e vivida dentro de uma relação social, em que haja ordem de valores e reciprocidade “[...] O exercício responsável da paternidade implica, portanto, que os cônjuges reconheçam plenamente os próprios deveres, para com Deus, para consigo próprios, para com a família e para com a sociedade, numa justa hierarquia de valores.” (HV 10).

Descritor 50 - A gravidez do primeiro/último filho visava uma melhor situação social ou econômica

O gráfico 29 retrata um equilíbrio entre necessário e dispensável para 47%, na etapa não presencial, com percentual de notas 5 e 6 de 40% quanto à questão de a gravidez visar a uma melhora da situação social ou econômico. Na etapa presencial, 67% consideram como indispensável, com percentual de notas 5 e 6 de 100%, o que vem ao encontro do que fora tratado ao longo deste estudo.

Gráfico 29 – Gravidez do primeiro/último filho com o objetivo de melhorar a situação social ou econômica.



Fonte: os autores, 2013.

A identificação da renda familiar na primeira gravidez dependerá da ajuda dos pais. E como bem salientam, a questão do desemprego na gravidez interfere na família.

Apesar de como já demonstrado anteriormente, ter se ressaltado que a mulher tem conquistado espaços, ter ocupado importantes posições na sociedade, a realidade socioeconômica impede que a maioria delas tenha acesso a estes espaços. As mulheres ainda vivem à margem de qualquer condição, seja de se expressar, como ser pensante, seja de ser ouvida, como ser que tem a palavra. É preciso que haja uma conscientização que não pode ser apenas das mulheres, mas também dos homens. A partir dessa reflexão se os homens forem responsáveis e assumirem sua parte como homem, companheiro e pai, sobretudo como cristão, poucos seriam os casos de aborto e de mortes e mutilações de mulheres por causa dele.

A partir daí, é importante destacar que a situação econômica, portanto, atinge não só a vida humana no seu âmbito material, mas também no espiritual e transcendente. É significativo percebermos que a exclusão econômica afasta os seres humanos uns dos outros e assim, por consequência, também de Deus.

transcender a nossa condição social é, no nosso entender, a mais exigente das transcendências, pois toca em elementos concretos do cotidiano: bens materiais, aspectos econômicos, estilo de vida, acesso a bens de consumo, e outros. Podemos encontrar o outro em diferentes formas, em outras culturas, outro gênero, outras religiões, mas é na dimensão social que o outro apresenta sua face mais desafiante. Esta é a chamada 'questão social', que precisa ser abordada se queremos falar de uma ética que não exclua a maioria das pessoas que habitam nosso planeta. É notável perceber que essa sensibilidade se desenvolveu de maneira ímpar na América Latina (SANCHES, 2012, p. 13).

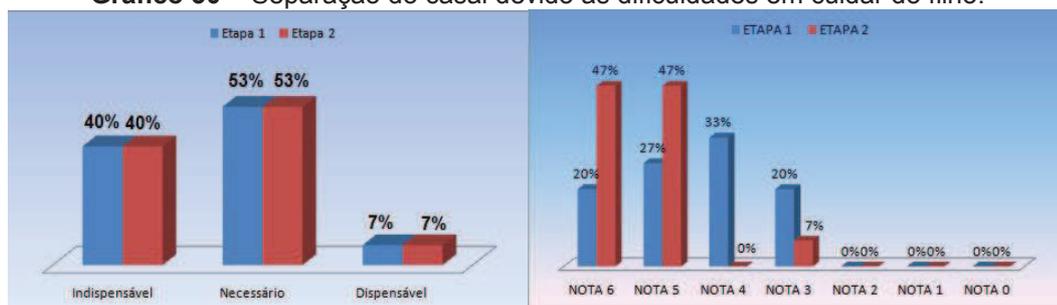
Ao se considerar as palavras de Sanches (2012), corroborados pelos dados estatísticos representados nos gráficos, é relevante se questionar como o ser humano se apresenta, e só depois, num segundo momento, sabermos se é um homem ou uma mulher. Se é de situação econômica favorável ou desfavorável. Transcender, portanto, na concepção religiosa, é um ato coletivo. E só transcenderemos neste sentido religioso, se antes, transcendermos no sentido socioeconômico. É isso que dá sentido a vida em sentido pleno.

O gráfico acima tratado retrata um equilíbrio entre necessário e dispensável para 47%, na etapa não presencial, com percentual de notas 5 e 6 de 40% quanto à questão de a gravidez visar a uma melhora da situação social ou econômico. Na etapa presencial, 67% consideram como indispensável, com percentual de notas 5 e 6 de 100%, o que vem ao encontro do que fora tratado ao longo do trabalho.

Descritor 51 - Ocorrência de separação do casal devido às dificuldades em cuidar do filho

Esta questão, em parte, está relacionada à pergunta 46, a qual destacava se um dos pais está ausente da vida do filho por morte ou separação. Na atual questão, salienta-se o fato de a separação ocorrer por dificuldade em cuidar do filho. Isso pode acontecer, por exemplo, em virtude de imaturidade da mãe ou dos pais, da falta de um planejamento familiar para a gravidez, de dificuldades socioeconômicas existentes, ou ainda como bem salientam os especialistas, até da dificuldade de a mulher adquirir um emprego, às vezes por ser casada, havendo, assim, uma discriminação da sociedade e da empresa por querer um empregado que dê lucros, além de a questão da separação ser muito presente.

Situações de separação de casal por dificuldades de se criar um filho, podem ser representadas por mulheres que engravidam sem ao menos saber o que é planejamento familiar e conseqüentemente, sem noção de saúde e de parentalidade. Já os homens se tornam pais sem a consciência ou a responsabilidade necessária.

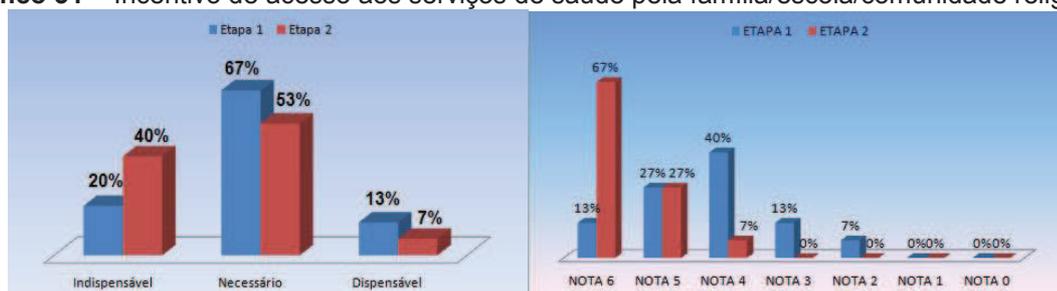
Gráfico 30 – Separação do casal devido às dificuldades em cuidar do filho.

Fonte: os autores, 2013.

Observa-se pelo gráfico 30 uma importância deste questionamento para o desenvolvimento da pesquisa. Segundo os avaliadores, pois, tanto na etapa presencial como na não presencial, 53% consideram como necessário, com percentuais de notas 5 e 6 de 47% na etapa não presencial e de 94% na presencial.

Descritor 52 - O acesso aos serviços de saúde (materno-infantil) fora incentivado pela família/escola/comunidade religiosa

O gráfico 31 apresenta que 67% consideram como necessário, com percentual de notas 5 e 6 de 40% na etapa não presencial. Já na etapa presencial, o percentual diminui para 53%, com percentual de notas 5 e 6 de 94%, apenas com a ressalva da troca da palavra acesso ou busca.

Gráfico 31 – Incentivo de acesso aos serviços de saúde pela família/escola/comunidade religiosa.

Fonte: os autores, 2013.

Este tópico representa uma síntese de participantes (família, escola, comunidade religiosa) no que se refere ao auxílio que a mulher terá durante esse período peculiar em sua vida.

o problema da natalidade, como de resto qualquer outro problema que diga respeito à vida humana, deve ser considerado numa perspectiva que transcenda as vistas parciais – sejam elas de ordem biológica, psicológica

ou sociológica – à luz da visão integral do homem e da sua vocação, não só natural e terrena, mas também sobrenatural e eterna (HV 7).

Segundo debatedores, ocorrem riscos físicos na maternidade relacionados à saúde, que podem até adiar a gravidez, além de considerar a existência de riscos na paternidade. Assim, destaca-se que o aborto não é apenas uma questão de gênero - tendo como foco apenas a mulher, ou simplesmente de encontrar culpados – visto como um problema moral, mas é uma questão que envolve a saúde pública, o direito da criança e da mulher, mas de forma inquestionável a defesa da vida humana.

O Grupo de Especialistas afirma ser importante mapear as questões sociais que dariam mais consequências na ausência e presença de projeto. Questiona-se sobre as relações sociais da família, ressaltando que elas perpassam dentro de uma visão de gênero, não como a relação psicológica, mas as relações das questões sociais. Salientam ainda que a identificação de gênero e sexos é diferente, porque está falando de parentalidade. Quando houvesse questionamentos ao colocar sexo da pessoa, dever-se-ia colocar masculino e feminino. Para eles, as relações estão presentes em todo o trabalho e em toda a questão social, assim consegue-se mapear depois que a criança nasce. Deve-se verificar essa relação ao longo da vida. É como um planejamento de parentalidade, é um projeto para a vida toda.

Além disso, a situação de violência e de culpabilidade que recai sobre a mulher é fruto de uma visão distorcida da mulher, pelo homem em particular e pela sociedade como um todo, às vezes, levada pelas próprias condições de opressão, pelas próprias mulheres. Na motivação de tal postura se esconde a negação da imagem e semelhança de Deus, contidas de forma especial, também nelas. Assim diz, mais uma vez, o Papa João Paulo II, na Exortação Apostólica, *Familiaris Consortio*:

para que o serviço ao homem seja vivido pela família segundo o estilo evangélico, será necessário pôr em prática com urgência o que escreve o Concílio Vaticano II: 'Para que este exercício da caridade seja e apareça acima de toda suspeita, considere-se no próximo a imagem de Deus, para o qual foi dado, veja-se nele Cristo, a quem realmente se oferece tudo o que ao indigente se dá' (FC 64).

Na verdade, há falta de caridade, tanto da sociedade para com a mulher, como de ambas para com o ser ao qual é negada a chance de viver. Ainda precisamos lembrar que as mulheres também têm frequentemente tiradas a mobilidade, a começar pelas relações familiares sociais muitas vezes rompidas. Têm

seu corpo deformado, seu metabolismo adulterado, sua paz interior e sua vida espiritual afetada, bem como seu sistema psicológico, quando não são elas mesmas vitimadas de morte.

Quando se faz uma reflexão mais profunda detecta-se um dos aspectos possíveis de ocorrer nesse universo de gravidez sem os devidos cuidados, precauções e planejamento familiar, que é o aborto.

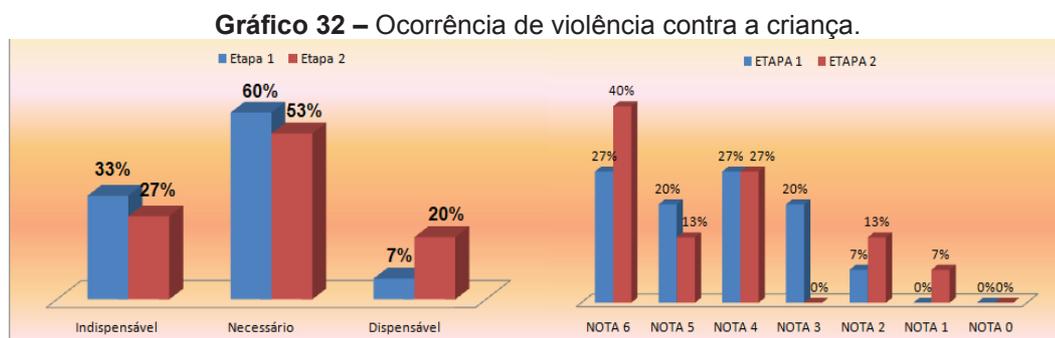
O que se percebe é que o aborto é uma questão central na vida humana e nos processos que envolvem esta vida humana. Além de aspectos legalistas, uma decisão passa também em função dos resultados socioeconômicos. A superpopulação, por exemplo. Não cabe sua defesa ou o seu combate com argumentação apenas de autonomia sobre o corpo, por exemplo. Envolve os princípios fundamentais da vida como dom de Deus e jamais apenas como objeto de decisões pessoais e fruto de situações tantas vezes de desespero e desamparo. Deus dá o dom da vida e a graça da fé, a sociedade se faz escola e desafio de convivemos e a família só pode ser entendida, inserida nesta relação entre partes e de forma hierárquica que não pode ser invertida nem ignorada. A família e a Igreja estão inseridas, são partes de uma sociedade maior. São os elos de relação do ser humano com ela. Nesta relação cada ser que se relaciona ao se fazer faz o outro.

Salientam os especialistas também que a análise pela faceta da religião dá a perceber o mesmo tipo que pertença mapear, apresentando até um projeto de parentalidade. A respeito, salientam ser indispensável este tipo e pesquisa, porque certamente essa variável da religião, impacta nas decisões de pessoas em relação à parentalidade. O questionamento seria ter filhos e métodos conceptivos. Destacam também a necessidade de se incluírem dados mais concretos, como por exemplo, 60% são católicos, o que daria uma leitura interessante sobre a realidade brasileira.

Descritor 53 - A ocorrência de violência contra a criança decorreu de situações familiares/ econômicas/droga

O fato de a ocorrência de violência contra a criança decorrer de situações familiares, socioeconômicas e drogas é uma temática importante na visão dos avaliadores, o que é comprovado, pois na etapa não presencial, 60% consideram como necessário, com percentual de notas 5 e 6 de 47%. Na etapa presencial, o

percentual diminui para 53%, com percentual de notas 5 e 6 de 53%, como se pode verificar no gráfico 32.



Fonte: os autores, 2013.

A violência contra a criança é motivo de preocupação e assume prioridade no cenário brasileiro recente, “o tema violência contra a criança e o adolescente foi o segundo maior tema da produção científica na década de 1990. Observa-se, com isto, o crescente interesse dos estudiosos, visando à prevenção e a vigilância do fenômeno (MARTINS; JORGE, 2011, p. 35).

Conforme relato dos descritores, talvez não se tenha como fugir do abuso sexual. O foco não seja de continuar a discussão sobre parentalidade na ausência, mas com elementos, sendo necessário desdobrar depois.

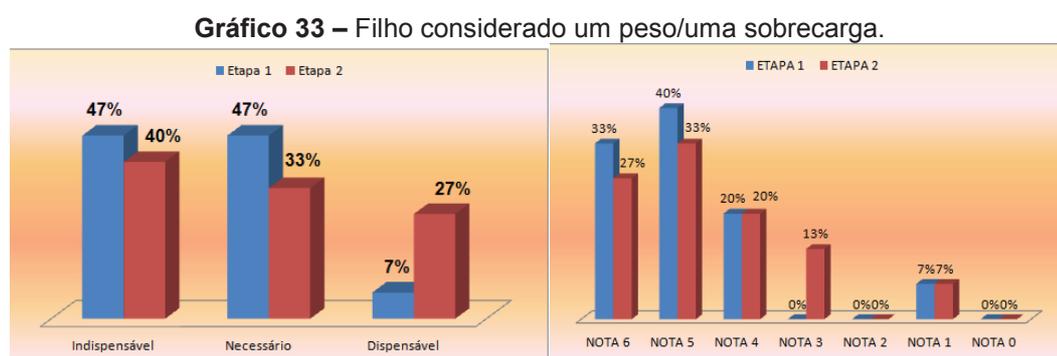
Parte-se da paternidade responsável, o que deixa a família no primeiro grau de responsabilidade, visando sempre alcançar o nível e a exigência da parentalidade, a qual é entendida como sendo a paternidade assumida afetiva e efetivamente e em que um eu e um tu se confundem na pertença e na busca mútua e constante. São as famílias que compõem a sociedade e, se são atualmente cada vez mais influenciadas por ela, pode-se afirmar que:

[se não a influenciam] em relação aos tipos de violência cometidos contra a criança e o adolescente, o conteúdo da produção analisada, [...] aponta para uma diversidade desses tipos. Nesse conjunto, ressalta-se a presença da violência doméstica com 25%. A proporção desse tipo de violência pode ser mais elevada se forem considerados os ‘abusos sexuais’, uma vez que parte desses abusos são cometidos por parentes. (GOMES; SILVA; NJAINE, 1999, p. 173).

Partindo destes dados, portanto, a violência doméstica, é a “mãe” de todas as violências, entre elas a cometida contra as crianças. A cada quatro ocorrências, uma acontece no ambiente familiar.

Descritor 54 - O filho é um peso/uma sobrecarga

Os resultados descritos no gráfico 33, demonstram um equilíbrio de 47% dos avaliadores para considerar o tema como indispensável e, ou, necessário, com percentual de notas 5 e 6 de 73% na etapa não presencial. Na etapa presencial, prevalece o indispensável com percentual de 40%, com notas 5 e 6 com percentual de 60%. 0% consideram como indispensável.



Fonte: os autores, 2013.

A vida, e de forma especial a vida humana, é sinônimo de dignidade. Defender, portanto, a vida humana, é defender a sua dignidade. É relevante o seguinte posicionamento:

defender a dignidade humana significa dizer que o ser humano é o valor maior. O respeito e a defesa da dignidade humana devem constituir o primeiro grande critério para a ação humana. No entanto, a vida humana não é vista como absoluta em si mesma e o próprio ser humano pode abrir-se para os valores que transcendem sua própria vida (SANCHES, 2012, p. 283).

As mulheres engravidam sem ao menos saber o que é planejamento familiar e conseqüentemente, sem noção de saúde e de parentalidade. Os homens se tornam pais sem a consciência ou a responsabilidade necessária. Para os debatedores uma jovem de 16 anos não tem idade para ter filhos. Para outro debatedor, o filho neste caso, seria um peso, ou uma sobrecarga? Neste sentido não haveria planejamento. Afirmam não querer levantar quais os problemas de maturidade. Isso poderia encaminhar para outra dimensão, se o aborto foi provocado, foi pensado o aborto ou não. Se o aborto familiar foi provocado ou o

aborto não é familiar. Se houve alguma ocorrência familiar que provocasse o aborto, se houve aborto na ausência de projeto.

O que acontece é que o casal que espera um filho ou acolhe uma benção ou dádiva de Deus ou como um peso. Isso vai depender muito da situação de como foi planejado. Destacam ainda a preocupação de que deveria existir um projeto de parentalidade, o que não existia e daí têm uma gravidez infeliz.

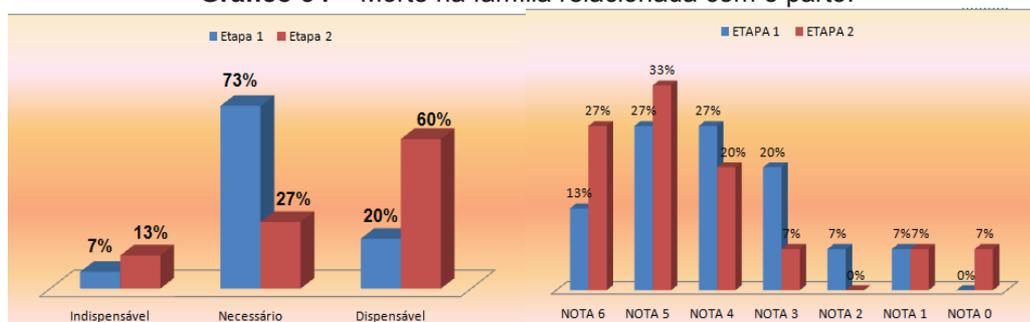
assim, o Crami opta por uma ação educativa e não-criminalizadora, entendendo que a melhor instituição para a proteção da criança é sua própria família e que as diferentes características regionais devem conduzir a uma atuação regionalizada diferenciada (CRAMI; DESLANDES, 1994, p. 178).

Fica evidente que é necessário investir na vida familiar como escola de valores e virtudes.

Descritor 55 - Ocorrência de morte na família relacionada com o parto

A necessidade do questionamento de ocorrência de morte na família relacionada ao parto foi inquestionável, na etapa não presencial para 90% dos avaliadores que consideraram como necessário o questionamento, com percentual de notas 5 e 6 de 40%. Na etapa presencial, 60% consideraram como dispensável, com equilíbrio de notas de 4 a 6 com percentuais de 20%, para nota 4; 33% para 5; e 27% para 6, mesmo sendo considerado pelos avaliadores a possibilidade de existirem perguntas parecidas. Extrai-se desse último trecho a comprovação de existir um entrelaçamento entre os questionamentos e as reflexões feitas pelos debatedores.

Gráfico 34 – Morte na família relacionada com o parto.



Fonte: os autores, 2013.

A ocorrência de morte na família relacionada ao parto está ligada à morte da mãe e do filho, seja em casos de aborto ou do recém-nascido. As causas das mortes maternas estão mais relacionadas com a desinformação e a falta de prevenção ou a dificuldade de acessá-la do que mesmo com doenças graves e de difícil cura. A falta de assistência, seja ela por sua inexistência ou por desconhecimento dela por parte das mulheres, é frequentemente um fator de morbidade e de morte.

Como já visto, a negligência no pré-natal não está apenas relacionada com a morbidade e com a mortalidade maternas, mas também com mortalidade infantil, o que aumenta o índice de aborto e a violência contra a família e a vida. Tem origem nas deficiências das políticas públicas e no baixo nível de formação e de informação das mulheres, em que a falta de instrução, o nível de escolaridade feminina está diretamente relacionado com a qualidade de vida das mulheres e conseqüentemente de suas famílias.

O aborto é uma questão que envolve a saúde pública, o direito da criança e da mulher, mas de forma inquestionável a defesa da vida humana. Convém ressaltar que a realidade que brota das estimativas aponta para o aborto como alternativa para controle de natalidade, como solução para questões econômicas e mesmo como busca por razões terapêuticas e até comerciais.

em conformidade com estes pontos essenciais da visão humana e cristã do matrimônio, devemos, uma vez mais, declarar que é absolutamente de excluir, como via legítima para a relação dos nascimentos, a interrupção direta do processo generativo já iniciado, e, sobretudo, o aborto querido diretamente e procurado, mesmo por razões terapêuticas. (HV 14).

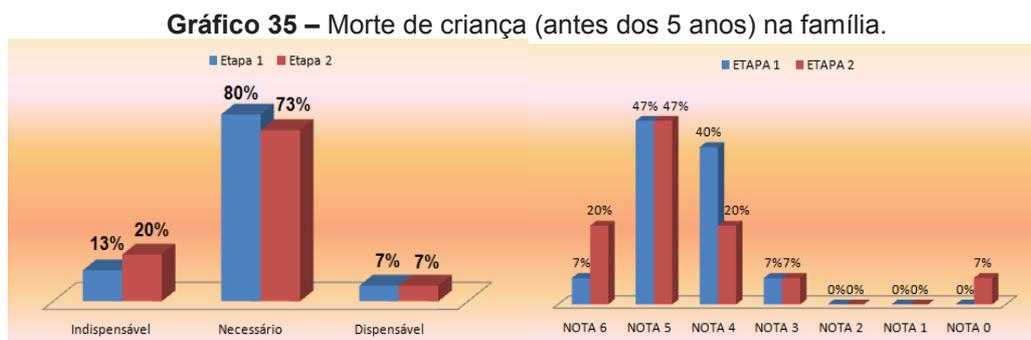
Além das questões econômicas, que muitas vezes nem aparecem ou são reconhecidas nominalmente, é importante sabermos quais outros fatores levam ou induzem as mulheres a fazerem o aborto. Assim, todos os fatores têm de alguma forma uma relação com a questão econômica, uma vez que envolve a liberdade e a autonomia. Esta está relacionada com a idade. Neste caso, com a pouca idade, o que nos faz pensar na falta de autonomia econômica e na inexperiência somadas com a falta de confiança na solidariedade ou a ausência de compreensão da família, em caso de gravidez precoce.

Somados estes dois motivos e acrescido ao segundo o estado civil, solteira, atingimos 55% dos abortos. Estes são dados que certamente, no caso de haver

interesse em construir uma política pública de superação desta realidade, ajudam grandemente o Estado e os gestores públicos, especialmente da área de saúde.

Descritor 56 - Ocorrência de morte de criança (antes de 5 anos) na família

O questionamento acerca da ocorrência de morte de criança antes de cinco anos na família foi considerado, na etapa não presencial, por 80% dos avaliadores como necessário, com percentual de notas 5 e 6 de 67%, conforme registrado no gráfico 35. Na etapa presencial, o percentual diminuiu um pouco, 73%, com notas de 5 e 6 com percentual de 67%, apenas chegando-se a discutir a necessidade de se incluir a deficiência na pergunta.



Fonte: os autores, 2013.

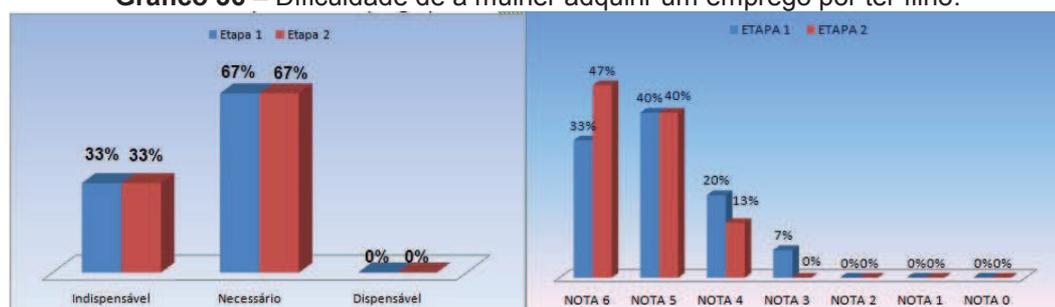
Esse questionamento corrobora com o que foi apontado no capítulo sobre a violência contra as crianças, e seus desdobramentos. Ressalte-se que o estudo não trata especificadamente da idade de crianças, mas enfatiza apenas o que diz o ECA, em relação a violência.

Seguindo na mesma linha de pesquisa e buscando aprofundar ainda mais a compreensão deste fenômeno social que depõe contra a sociedade e a espécie humana (MARTINS; JORGE, 2011), são quatro as categorias ou os tipos de violência contra a criança e o adolescente. A violência física como o mais frequente; a violência sexual em todas as suas formas e variações; o abuso psicológico, altamente destrutivo do sistema emocional e gerador de insegurança; e a violência por negligência ou abandono.

Descritor 57 - Dificuldade da mulher em adquirir um emprego por ter filho

O questionamento sobre a dificuldade de a mulher adquirir um emprego por ter filhos foi tido como necessário para 67% dos avaliadores, tanto na etapa presencial como na não presencial, com percentual de notas de 73% na etapa não presencial e de 87% na presencial, de acordo com o gráfico 36.

Gráfico 36 – Dificuldade de a mulher adquirir um emprego por ter filho.



Fonte: os autores, 2013.

Destaque-se a menção feita por debatedores sobre a questão do emprego, enfatizando precisamente o teor do questionamento, que, além de ter filhos, também sofre por ser casada. Há assim uma discriminação da sociedade e da empresa por querer um empregado que dê lucros.

Houve ainda uma ressalva feita pelos avaliadores no sentido de que seria necessário contemplar o casal, visto que o filho pode atrapalhar, tanto o projeto pessoal como o profissional.

Descritor 58 - Identificação de quem exerce a chefia da família

O questionamento sobre quem exerce a chefia da família foi analisado pelos debatedores, no sentido de se estar referindo a que chefia, seja econômica ou outro tipo.

Dessa forma, é compreendida pelos avaliadores a necessária troca do termo chefia pelo responsável. De todos os avaliadores, na etapa não presencial percebe-se que 80% consideram indispensável, com percentual de notas 5 e 6 de 80%. Na etapa presencial, o percentual aumenta para 93%, com notas 5 e 6 com percentual de 93%, como descrito no gráfico 37.

Gráfico 37 – Identificação de quem exerce a chefia da família.

Fonte: os autores, 2013.

Dessa forma, a situação socioeconômica tem importância vital para definir o lugar da mulher na família e na sociedade. A chefia tratada aqui, entendida como a liderança no governo da família, segundo Sanches (2012), e se dá mais com relação à mulher e na ausência paterna. Na ausência do parceiro, outro. Ele coloca de forma contundente a liderança da mulher como resultado de uma questão social real e frequente, que é frequentemente o abandono familiar por parte dos pais o que faz da liderança materna ser uma situação forçada por circunstâncias adversas. Por isso, o status de liderança como sinônimo de chefia.

A família, assim, assume posição intermediária entre a mulher como sujeito político-social e a sociedade, como lugar da ação da mulher e da vivência familiar.

o processo de transformação que vem passando a família encontra raízes em sua construção histórica e revela a forma como esta vem se modificando e se reestruturando nos últimos tempos, o que leva a uma permanente revisão em conceitos/concepções que muitas vezes cristalizam-se e tendem a impor um padrão único e ideal. [...] Compreender a família Brasileira nos convoca a pensá-la para além das representações clássicas, [...]. O surgimento de novas configurações familiares nos colocou diante da materialização dos desafios contemporâneos a serem enfrentados pelas próprias famílias e pelo conjunto da sociedade (OLIVEIRA, 2011, p. 1-2).

Para tanto, precisamos reestruturar a unidade familiar, como o ponto de referência de valores e virtudes para a sociedade.

entende-se que a unidade familiar deve ser uma referência central na formulação de políticas públicas de combate às desigualdades sociais no país e que a política de proteção à família é uma forma eficaz de atuar sobre a realidade de seus membros (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos) imersos na miséria e na pobreza (OLIVEIRA, 2011, p. 5).

Como visto, o Grupo de Pesquisa em Bioética visa justamente à construção de um questionário adequado e à elaboração de pesquisas que ajudem a garantir os direitos das crianças e a dignidade da mulher.

Essas foram, grosso modo, as diversas e valiosas contribuições referentes às questões sociais, dadas pelos convidados para o debate no Grupo de Pesquisa. Uma grande contribuição, um trabalho de ouvir e ser ouvido. Um encontro de diferentes que se buscam, que se precisam e se completam mutuamente. Um processo de construção de conhecimento para a liberdade. Um momento rico de aprendizado e de raro valor.

Todavia, conforme já ressaltado por Sanches (2012), esse é um ponto de partida, não um ponto de chegada. Propõe-se a ser caminho e quem sabe mesmo um novo jeito de caminhar, jamais ponto de repouso, nem um ponto final.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que esta pesquisa teve como objetivo principal elaborar e validar um instrumento que permitisse uma ampla análise das causas da presença ou ausência de projeto de parentalidade em pessoas que já tiveram filhos, e assim, construir um instrumento que permita identificar o impacto dos *fatores analisados* sobre o projeto de parentalidade, e que possa futuramente ser aplicado em diferentes contextos e permita uma visão mais ampla das questões que envolvem o planejamento da parentalidade.

Esse Instrumento identificou as causas da ausência ou presença de 'projeto de parentalidade' em pessoas que já tiveram filhos. O projeto relacionou a parentalidade com a sexualidade, os modelos de família, as questões sociais, e a religião, cujos itens foram denominado como fatores analisados.

Dentro da complexidade que é validar esse instrumento (escala), a fim de se obter um resultado satisfatório, cada descritor foi precedido de uma ampla fundamentação e depois de ser testado, ser devidamente validado por especialista nas diferentes áreas.

Esse estudo enfatizou as questões socioeconômicas que impactam sobre o planejamento da parentalidade. Dessa forma, visou à construção de um questionário adequado e à elaboração de pesquisas que ajudaram a garantir os direitos das crianças e a dignidade da mulher. Almejou-se contribuir com a sociedade, disponibilizando dados confiáveis, a partir de pesquisas e que puderam ser úteis ao nosso sistema de saúde. Inclusive, antes, reunir muito do que já existe disperso, para que se torne acessível a todos. A possibilidade de oferecer uma maior compreensão e discussão em torno da temática tratada, por meio de dados concretos e referenciais que orientem uma política séria e eficaz foi o grande incentivador deste estudo.

A fim de facilitar a compreensão e a distribuição dos conteúdos abordados, a dissertação foi dividida em 4 capítulos, além da introdução: o aborto, a mortalidade e a morbidade materna, a violência em relação à criança e ao adolescente, o acesso aos serviços de saúde da mulher, o cuidado da mulher e da criança na doutrina social da igreja e as questões socioeconômicas envolvidas, e, por fim, os descritores

relacionados com a questão social, demonstrado por meio dos gráficos e das falas entre os debatedores.

Esta dissertação procurou demonstrar que o aborto é uma questão central na vida humana e nos processos que envolvem esta vida humana, bem como as relações e as opções que nela fazemos, e que os interesses econômicos que alardeiam a todos os ventos o aborto como alternativa para os conflitos pessoais, as crises de identidade e torna importante a discussão da parentalidade.

Procurou-se mostrar que não é possível aceitar de forma alguma que o aborto seja *ipso facto* defensável como solução para qualquer problema humano, seja para resolver as questões sociais, ou quando se fala em parentalidade, a qual é considerada como um processo psicológico que se opera no homem e na mulher no caminho de tornarem-se pais.

Vimos que os projetos de parentalidade ocorrem quando os casais refletem, planejam e decidem ter ou não filhos num determinado momento, não se podendo deixar de considerar que deve haver uma participação da sociedade como um todo, governo, igrejas, escolas, imprensa, todos num crescente incentivo ao planejamento familiar, o qual deve ser visto como uma necessidade para uma parentalidade responsável, ou seja, que os filhos sejam pensados e criados responsabilmente, ainda que Constituição Federal brasileira dê sustentação a tal participação.

O que se percebe, a partir do projeto de parentalidade, é que os questionamentos feitos são de grande valia para o entendimento do proposto na dissertação.

Verifica-se pelos números e percentuais a importância das discussões com dados extremamente relevantes para a questão da parentalidade, seja quanto ao número de filhos, também a investigação sobre o grau de participação religiosa, as condições do planejamento no primeiro e no último filho, bem como na análise dos descritores que indicam parentalidade. Assim como, igualmente, naqueles relacionados com as questões sociais, que eram o foco do trabalho, estando em perfeita sintonia com o proposto.

REFERÊNCIAS

ADORNO, S. Exclusão socioeconômica e violência urbana. **Sociologias**. Porto Alegre, n. 8, p. 84-135, jul./dez. 2002.

AHMED, S. et al. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. **The Lancet**, v. 380, n. 9837, p. 111-124, July 2012.

ALARCOS, F. J. **Bioética e pastoral da saúde**. São Paulo: Paulinas, 2006.

ALÉSSIO, R. L. S.; APOSTOLIDIS, T.; SANTOS, M. F. S. Entre o aborto e a pesquisa: o embrião na imprensa brasileira. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 3, p. 455-463, 2008.

BENAGIANO, G. Reproductive strategies for human survival. **Reproductive BioMedicine Online**, v. 4, suppl. 1, p. 72-76, 2001.

BENCOSTTA, M. L. A. Mulher virtuosa, quem a achará? In: **Revista Brasileira de História da Educação**, v. 1, n. 2, p. 117-136, 2001.

BEÑERAF, L. F. Los orígenes de la violencia y la segunda revolución in psicoanálisis. In: SOLÍS-PONTÓN, L.; BECERA, T. L.; MALDONADO-DURÁN, M. **La cultura de la parentalidad – antídoto contra la violencia y la barbarie**. México: Manual Moderno, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CELAM: Conselho Episcopal Latino Americano: **A Família na América Latina Desafios e Esperanças**. São Paulo: Paulinas, 2007.

_____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF: [s.n.], 2010.

COSTA, S.H.; MARTINS, I. R.; PINTO, C.S.; FREITAS, R.S. **A prática de planejamento familiar em mulher de baixa renda**. Rio de Janeiro, 1989.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). **Texto base da Campanha da Fraternidade de 2012 – nº 38**. Brasília, DF, 2012.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. Curitiba: SMS, 2006.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e a adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 177-187, 1994.

EGUREN, J. A. **Paternidad responsable y valores humanos**. Valencia: [s.n.], 1976.

FORD, N. M. A catholic ethical approach to human reproductive technology. **Reproductive BioMedicine Online**, v. 17, suppl. 3, p. 39-48, 2008.

GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P.; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 171-181, 1999.

HARING, B. **Paternidad responsable**. Madrid: Paulinas, 1971.

JOÃO PAULO II. **Carta apostólica mulieris dignitatem sobre a dignidade e a vocação da mulher por ocasião do ano mariano**. São Paulo: Paulinas, 1988.

_____. **Carta encíclica evangelium vitae**: aos bispos, aos presbíteros e diáconos, aos religiosos e religiosas, aos fiéis leigos e a todas as pessoas de boa vontade sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana. Petrópolis: Vozes, 1995.

LARRAÍN, J. **El concepto de Identidad**. **Revista Famecos** (Porto Alegre) n. 21. 2003.

LIBERATI, W.D: **Revista Igualdade e Estudos: Violência contra crianças e adolescentes**. Vol. 8, nº 24. Janeiro/Março, Ano 2000, p. 42-54.

MANZO, A. J. **Manual pra la preparacion d monografia**: uma guia para presentear informes y tesis. Buenos Aires: Humanitas, 1971.

MARSTON, C.; CLELAND, J. **The effects of contraception on obstetric outcomes**. Geneva: WHO, 2004.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. **Violência contra crianças e adolescentes** – contexto e reflexões sobre a ótica da saúde. Londrina: EDUEL, 2011.

MARTINS, I. R. et al. Aborto induzido em mulheres de baixa renda – dimensão de um problema. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 251-266, abr./jun. 1991.

MASSÉ, M. C. **Decisiones de pareja en el comienzo de la vida** – límites y posibilidades del principio de autonomía. 2008. Disertación (Máster en Bioética) – U.P. Comilas, Madrid, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010a.

_____. **Violência urbana**. [S.l.: s.n.], 2010b.

MOURA, D. A. **O direito à vida e a questão do aborto**. [S.l.: s.n.], 2009.

OLINTO, M. T. A.; MOREIRA FILHO, D. C. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 15, n. 5, p. 331-336, 2004.

OLIVEIRA, M.L.M. **Famílias: Concepções e contextos de Violências e Parâmetros de atuação** IN: PAIR- Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual, Infância – Juvenil no Território Brasileiro. Cadernos de Textos. Curitiba-PR: UFMS/UFPR 2009-2011

PARPINELLI, M. A. et al. Mortalidade materna na cidade de Campinas, no período de 1992-1994. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 21, n. 4, p. 227-232, 1999.

RHONHEIMER, M. **Ética de la procreación**. Madrid: RIALP, 2004.

RIQUINHO, D. L. **Mortalidade materna na cidade de Porto Alegre, de 1999 a 2001**. 2003. Monografia (Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2003.

SANCHES, M. Religião e ciência: o porquê do diálogo. In: KUSMA, C; ROSSI, L. A. S. **Cultura, religião e sociedade**: um diálogo entre diferentes saberes. Curitiba: Champagnat, 2010.

_____. **Teologia e educação** – educar para a caridade e a solidariedade. São Paulo: Paulinas, 2012.

SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. (Orgs.). **Bioética e saúde**: novos tempos para mulheres e crianças? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SOLÍS-PONTÓN, L.; BECERA, T. L.; MALDONADO-DURÁN, M. **La cultura de la parentalidad** – antídoto contra la violencia y la barbarie. México: Manual Moderno, 2006.

SOUZA, K. V.; ALMEIDA, M. R. C. B; SOARES, V. M. N. Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná: 2003-2005. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 741-749, 2008.

TANAKA, A. C.; SIQUEIRA, A. A. F.; BALIFE, P. N. Situação de saúde materna e perinatal no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 23, p. 67-75, 1989.

TELES; BORGES. In: SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. (Orgs.). **Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

TRUJILLO FERRARI, A. **Metodologia da ciência**. 3. ed. Rio de Janeiro: Kenedy, 1974.

APÊNDICE A – Ficha dos descritores

PROJETO DE PESQUISA: PLANEJAMENTO DA PARENTALIDADE NO CONTEXTO DA TEOLOGIA E BIOÉTICA

Equipe de pesquisadores – Programa de Pós-Graduação em Teologia da PUCPR: Mário Antonio Sanches, Miguel Fernando Rigoni, Juarez Celso Krum, Edésia de Souza Sato, Renato Barbosa dos Santos

Obs.: Alguns descritores serão verificados separadamente em relação à gravidez do primeiro e do último filho.

- Identificar se a pessoa/sua parceira está grávida (critérios de exclusão)

DESCRITORES DE IDENTIFICAÇÃO

1	Identificação de Gênero	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
2	Número de filhos: consanguíneos / adotivos / por reprodução assistida / gravidezes múltiplas	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
3	Religião: pertença / grau de participação	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
4	Estado civil na gravidez do primeiro/último filho	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
5	Escolaridade na gravidez do primeiro/último filho	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
6	Idade em que a pessoa teve o primeiro/último filho	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
7	Identificação da renda familiar na gravidez do primeiro/último filho	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>

8	Identificação da situação de emprego na gravidez do primeiro/último filho	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota 0 1 2 3 4 5 6
DESCRITORES QUE INDICAM PROJETO DE PARENTALIDADE		
9	A gravidez do primeiro/último filho fora planejada – houve clara decisão de ter o filho antes de engravidar	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota 0 1 2 3 4 5 6
10	Os riscos relacionados com a maternidade fora avaliada antes da gravidez do primeiro/último filho	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota 0 1 2 3 4 5 6
11	As condições para cuidar dos filhos foram avaliadas antes da gravidez do primeiro/último filho	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota 0 1 2 3 4 5 6
12	O anúncio da gravidez se dera num clima de aceitação e alegria na gravidez do primeiro/último filho	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota 0 1 2 3 4 5 6
13	O (a) parceiro (a) acolheu a criança na gravidez do primeiro/último filho	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota 0 1 2 3 4 5 6
14	O cuidado do primeiro/último filho se tornou preocupação constante	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota 0 1 2 3 4 5 6
15	A possibilidade de um aborto fora descartada na gravidez do primeiro/último filho	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota 0 1 2 3 4 5 6
16	A gravidez do primeiro/último filho foi mal acolhida, mas hoje o (a) parceiro (a) acolhe a criança muito bem	
	Na tua opinião este descritor é <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	Nota 0 1 2 3 4 5 6

- 17** **A gravidez do primeiro/último filho foi bem recebida, mas o (a) parceiro (a) não se preocupa mais com a criança**
- | Na tua opinião este descritor é | Nota |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável | 0 1 2 3 4 5 6 |
- 18** **Ocorrência de aborto no núcleo familiar**
- | Na tua opinião este descritor é | Nota |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável | 0 1 2 3 4 5 6 |
- DESCRITORES QUE INDICAM MODELO DE FAMÍLIA (F)**
- 19** **A decisão de engravidar do primeiro/último filho fora compartilhada pelo (a) parceiro (a)**
- | Na tua opinião este descritor é | Nota |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável | 0 1 2 3 4 5 6 |
- 20** **Ocorrência de ajuda profissional para conseguir engravidar do primeiro/último filho**
- | Na tua opinião este descritor é | Nota |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável | 0 1 2 3 4 5 6 |
- 21** **Com quem a pessoa morava quando soube da gravidez do primeiro/último filho**
- | Na tua opinião este descritor é | Nota |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável | 0 1 2 3 4 5 6 |
- 22** **Um dos parceiros não queria o primeiro/último filho por já ter filho de outro relacionamento**
- | Na tua opinião este descritor é | Nota |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável | 0 1 2 3 4 5 6 |
- 23** **A pessoa assumiu a gravidez do primeiro/último filho sozinha**
- | Na tua opinião este descritor é | Nota |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável | 0 1 2 3 4 5 6 |
- 24** **Apoio da família do(a) respondente à gravidez do primeiro/último filho**
- | Na tua opinião este descritor é | Nota |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável | 0 1 2 3 4 5 6 |
- 25** **Influência da atividade profissional da mulher na decisão de engravidar mais tarde (adiar a primeira gravidez)**
- | Na tua opinião este descritor é | Nota |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável | 0 1 2 3 4 5 6 |

26	Influências de terceiros (familiares, religiosos, profissionais de saúde) na decisão em ter filhos	
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<p>Nota</p> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
27	Participação da pessoa na tomada de decisão na hora de conflito (aborto, doenças, doar o filho)	
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<p>Nota</p> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
28	Cuidado pessoal com os filhos: acompanhamento na escola/ responsabilidade financeira/ tempo investido com os filhos/ acompanhamento religioso.	
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<p>Nota</p> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
29	Decisão de a mulher engravidar relacionada com sua idade (evitar gravidez de risco)	
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<p>Nota</p> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
DESCRITORES RELACIONADOS COM VISÃO DE SEXUALIDADE (S)		
30	Uso de contraceptivo antes da gravidez do primeiro/último filho	
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<p>Nota</p> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
31	Ocorrência de separação do casal devido às dificuldades em ter filho	
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<p>Nota</p> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
32	Decisão de não ter filho devido à possibilidade de ter um filho doente	
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<p>Nota</p> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
33	Realização pessoal/ alegria em ter o filho	
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<p>Nota</p> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
34	Vínculo afetivo materno/paterno do entrevistado	
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	<p>Nota</p> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>

35 Onde recebeu informações sobre sexualidade: família/escola/comunidade religiosa

Na tua opinião este descritor é	Nota
<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	0 1 2 3 4 5 6

36 Prática sexual influenciada/adiada por possibilidade de engravidar

Na tua opinião este descritor é	Nota
<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	0 1 2 3 4 5 6

37 Prática sexual influenciada/adiada por possibilidade de adquirir doença

Na tua opinião este descritor é	Nota
<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	0 1 2 3 4 5 6

38 Idade de início da sua atividade sexual

Na tua opinião este descritor é	Nota
<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	0 1 2 3 4 5 6

39 Motivações para praticar o ato sexual (realização pessoal / pertença o grupo / afirmação da identidade)

Na tua opinião este descritor é	Nota
<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	0 1 2 3 4 5 6

40 Ocorrência de abusos sexuais de criança na família

Na tua opinião este descritor é	Nota
<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	0 1 2 3 4 5 6

DESCRITORES RELACIONADOS COM INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO (R)

41 Influência da religião na escolha ou não de método contraceptivo

Na tua opinião este descritor é	Nota
<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	0 1 2 3 4 5 6

42 Para o entrevistado a sexualidade está vinculada aos seguintes pontos: naturalidade / espiritualidade/ promiscuidade

Na tua opinião este descritor é	Nota
<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	0 1 2 3 4 5 6

43 Os filhos são compreendidos como sinais da bênção de Deus

Na tua opinião este descritor é	Nota
<input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável	0 1 2 3 4 5 6

44	Identificar se o uso de preservativos induz à promiscuidade
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável
45	Filho como projeto do casamento / ou relacionamento
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável
DESCRITORES RELACIONADOS COM QUESTÃO SOCIAL (QS)	
46	Um dos pais está ausente da vida do primeiro/último filho por morte ou separação
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável
47	Participação da mulher em algum serviço de saúde tido como de planejamento familiar na gravidez do primeiro/último filho
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável
48	Participação da mulher em serviço pré-natal na gravidez do primeiro/último filho
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável
49	A gravidez do primeiro/último filho visava melhorar o relacionamento com o parceiro (a)
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável
50	A gravidez do primeiro/último filho visava uma melhor situação social ou econômica
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável
51	Ocorrência de separação do casal devido às dificuldades em cuidar de filho
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável
52	O acesso aos serviços de saúde (materno-infantil) fora incentivado pela família/ escola/ pela comunidade religiosa
	<p>Na tua opinião este descritor é</p> <input type="checkbox"/> Indispensável <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Dispensável

53	A ocorrência de violência contra a criança decorreu de situações familiares/ econômicas/droga									
	Na tua opinião este descritor é				Nota					
	<input type="checkbox"/> Indispensável	<input type="checkbox"/> Necessário	<input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
54	O filho é um peso/uma sobrecarga									
	Na tua opinião este descritor é				Nota					
	<input type="checkbox"/> Indispensável	<input type="checkbox"/> Necessário	<input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
55	Ocorrência de morte na família relacionada com parto									
	Na tua opinião este descritor é				Nota					
	<input type="checkbox"/> Indispensável	<input type="checkbox"/> Necessário	<input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
56	Ocorrência de morte de criança (antes de 5 anos) na família									
	Na tua opinião este descritor é				Nota					
	<input type="checkbox"/> Indispensável	<input type="checkbox"/> Necessário	<input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
57	Dificuldade da mulher em adquirir um emprego por ter filho									
	Na tua opinião este descritor é				Nota					
	<input type="checkbox"/> Indispensável	<input type="checkbox"/> Necessário	<input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
58	Identificação de quem exerce a chefia da família									
	Na tua opinião este descritor é				Nota					
	<input type="checkbox"/> Indispensável	<input type="checkbox"/> Necessário	<input type="checkbox"/> Dispensável	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>

APÊNDICE B – Instrumento encaminhado para projeto piloto

DESCRITORES – PLANEJAMENTO DA PARENTALIDADE

RESPOSTAS ESPECÍFICAS

1 - Identificação de Gênero

<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Outro
-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

58 – Quem exerce a chefia da família

<input type="checkbox"/> O homem	<input type="checkbox"/> a mulher	<input type="checkbox"/> Outro
----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

3 – Religião:

Participação Religiosa	Grau de Participação
<input type="checkbox"/> Católico	<input type="checkbox"/> Não Participante
<input type="checkbox"/> Evangélico	<input type="checkbox"/> Participante
<input type="checkbox"/> Judeu	<input type="checkbox"/> Agente / Obreiro
<input type="checkbox"/> Islâmico	<input type="checkbox"/> Ministro / Ministérios
<input type="checkbox"/> Religiões Orientais	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Religiões Afro-brasileiras	
<input type="checkbox"/> Sem religião	
<input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____	

4 - Estado civil na gravidez do primeiro/último filho

<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado
<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> União Estável
<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Divorciado

5 - Escolaridade na gravidez do primeiro

<input type="checkbox"/> 4 ^a . série não concluída	<input type="checkbox"/> 4 ^a . série concluída	<input type="checkbox"/> 8 ^a . série concluída
<input type="checkbox"/> Ensino Médio concluído	<input type="checkbox"/> Curso Superior concluído	

na gravidez do último filho

<input type="checkbox"/> 4 ^a . série não concluída	<input type="checkbox"/> 4 ^a . série concluída	<input type="checkbox"/> 8 ^a . série concluída
<input type="checkbox"/> Ensino Médio concluído	<input type="checkbox"/> Curso Superior concluído	

7 - Identificação da renda familiar atual FGV)

- Classe A: Acima de R\$9.745,00
- Classe B: de R\$7.475,00 a R\$9.745,00
- Classe C: de R\$1.734 a R\$7.475,00
- Classe D: de R\$1.085,00 a R\$1.734,00
- Classe E: de R\$0,00 a de R\$1.085,00

8 - Identificação da situação de ocupação na gravidez do primeiro filho

<input type="checkbox"/> Empregado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autônomo(a)	<input type="checkbox"/> Do lar
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

	Desempregado(a)		
do último filho			
<input type="checkbox"/> Empregado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autônomo(a)	<input type="checkbox"/> Do lar
	Desempregado(a)		

21 - Com quem morava quando soube da gravidez do primeiro filho

<input type="checkbox"/> Sozinha	<input type="checkbox"/> Com amigos	<input type="checkbox"/> Com os pais	<input type="checkbox"/> Com o(a) parceiro(a)
----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

último filho

<input type="checkbox"/> Sozinha	<input type="checkbox"/> Com amigos	<input type="checkbox"/> Com os pais	<input type="checkbox"/> Com o(a) parceiro(a)
----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

2 - Número de filhos.

Consanguíneos	Adotivos	Por Reprodução Assistida
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5 ou mais	<input type="checkbox"/> 5 ou mais	<input type="checkbox"/> 5 ou mais

30 – Uso de contraceptivo:

<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> camisinha
<input type="checkbox"/> cirurgia	<input type="checkbox"/> pílula contínua
<input type="checkbox"/> DIU	<input type="checkbox"/> pílula do dia seguinte
<input type="checkbox"/> método natural	<input type="checkbox"/> outro método

6 - Idade em que a pessoa teve o primeiro filho

<input type="checkbox"/> Com menos de 18 anos	<input type="checkbox"/> Entre 18 e 25 anos	<input type="checkbox"/> Entre 26 e 35 anos
<input type="checkbox"/> Entre 36 e 50 anos	<input type="checkbox"/> Acima de 50 anos	

o último filho

<input type="checkbox"/> Com menos de 18 anos	<input type="checkbox"/> Entre 18 e 25 anos	<input type="checkbox"/> Entre 26 e 35 anos
<input type="checkbox"/> Entre 36 e 50 anos	<input type="checkbox"/> Acima de 50 anos	

RESPOSTA SIM OU NÃO

20 – Houve ocorrência de ajuda profissional para conseguir engravidar

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

31 – Houve separação do casal devido às dificuldades em ter filho

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

32 – Houve decisão de não ter filho devido à possibilidade de ter um filho doente

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

55 – Houve ocorrência de morte na família relacionada com parto

Sim Não

56 – Houve ocorrência de morte de criança (antes de 5 anos) na família

Sim Não

51 – Houve ocorrência de separação do casal devido às dificuldades em cuidar de filho:

Sim Não

22 - Um dos parceiros não queria o filho por já ter filho de outro relacionamento

Primeiro filho

Sim Não

Último filho

Sim Não

23 - A pessoa assumiu a gravidez sozinha

Primeiro filho

Sim Não

Último filho

Sim Não

DÊ UMA NOTA DE 0 A 4.

09 – Houve planejamento na gravidez do primeiro filho

zero 1 2 3 4

do último filho

zero 1 2 3 4

10 - Os riscos relacionados com a maternidade foram avaliados antes da gravidez:
do primeiro filho

zero 1 2 3 4

do último filho

zero 1 2 3 4

11 - As condições para cuidar dos filhos foram avaliadas antes da gravidez:
do primeiro filho

zero 1 2 3 4

do último filho

zero 1 2 3 4

12 - O anúncio da gravidez se dera num clima de aceitação e alegria:
do primeiro filho

zero 1 2 3 4

do último filho

zero 1 2 3 4

13 - O (a) parceiro (a) acolheu:

o primeiro filho

zero 1 2 3 4

o último filho

zero 1 2 3 4

15 – Chegou-se a pensar no aborto
do primeiro filho

zero 1 2 3 4

do último filho

zero 1 2 3 4

17 – A atual preocupação do(a) parceiro (a) com:
o primeiro filho

zero 1 2 3 4

o último filho

zero 1 2 3 4

19 – A participação do (a) parceiro (a) na decisão de engravidar:
do primeiro filho

zero 1 2 3 4

do último filho

zero 1 2 3 4

24 - *Apoio da família na gravidez do*
do primeiro filho

zero 1 2 3 4

do último filho

zero 1 2 3 4

47 - *Participação da mulher em serviços de saúde sobre planejamento familiar na*
gravidez

do primeiro filho

zero 1 2 3 4

do último filho

zero 1 2 3 4

48 - *Participação da mulher no serviço pré-natal na gravidez*
do primeiro filho

zero 1 2 3 4

do último filho

zero 1 2 3 4

49 - *A gravidez ocorreu para melhorar o relacionamento com o parceiro (a):*
do primeiro filho

zero 1 2 3 4

do último filho

zero 1 2 3 4

50 – *A gravidez ocorreu para melhorar a situação social ou econômica:*

do primeiro filho

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

do último filho

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

34 – O teu vínculo com a mãe:

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

com teu pai:

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

35 - Recebeu informações sobre sexualidade:

De familiares

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

da escola

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

de religiosos

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

de profissionais de saúde

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

25 - Influência da atividade profissional da mulher na decisão de engravidar mais tarde (adiar a primeira gravidez)

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

29 –Influência da idade da mulher na decisão de engravidar:

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

26 - Influências na decisão em ter filhos;

influência de familiares

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

influência de religiosos

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

influência de profissionais de saúde

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

52 –*Influência no acesso aos serviços de saúde (materno-infantil):*

Influência de familiares

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

influência da escola

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

influência de religiosos

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

influência de campanhas públicas

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

37 –Influenciada da possibilidade de adquirir doença na prática sexual:

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

41 –Influência da religião na escolha do método contraceptivo

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

44 – Influência do uso de preservativos na prática de relacionamento com mais de uma pessoa

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

57 – Influência do fato da mulher ter filho na dificuldade de se conseguir emprego

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

43 – A compreensão dos filhos como sinais da bênção de Deus:

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

45 – Como se avalia a relação entre ter filhos e casamento

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

53 – Há ocorrência de violência contra a criança:

- por dificuldades de relacionamento:

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- por dificuldades econômicas:

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- por causa de drogas

<input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------