

Autodeterminação corporal da mulher gestante: o que pensam profissionais de saúde? Um estudo de revisão

Body self-determination of pregnant women: what do health professionals think?

A review study

Autodeterminación del cuerpo de la mujer embarazada: lo que piensan los profesionales de la salud? Una revisión

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha¹, Giorge Andre Lando², Larissa Lima Pereira³, Elane de Matos Sousa³, Laiane Sousa da Costa³, Raimunda de Paula de Castro³, Layse Siqueira Costa Miranda³, Marcos Vitor Batista de Oliveira³

RESUMO

Objetivo: descrever os aspectos que envolvem as concepções de profissionais de saúde acerca dos limites da autodeterminação corporal da gestante em face dos direitos do nascituro. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Narrativa da Literatura utilizando as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Bases de Dados de Enfermagem e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica, mediante a utilização da associação dos descritores: aborto, autonomia pessoal, gravidez, profissionais de saúde e planejamento familiar, obtendo-se 17 estudos. O período de busca foi 2011 a 2015. **Resultados:** os profissionais de saúde, em sua maioria, são a favor da interrupção da gestação apenas em condições legais, sugerindo um posicionamento contrário ao livre exercício da autodeterminação corporal da gestante quando a mesma interferir nos direitos do nascituro. **Conclusões:** a mulher, embora possua o direito à autodeterminação em relação ao uso de seu corpo, este apresenta limitações a partir do momento que pode interferir na vida de outra pessoa, sendo os profissionais de saúde atores significativos no esclarecimento das mulheres quanto ao uso devido de sua autonomia corporal, sobretudo pela realização oportuna do Planejamento Familiar.

Descritores: Aborto; Autonomia Pessoal; Trabalhadores de Saúde; Planejamento Familiar.

ABSTRACT

Objective: to describe the aspects that involve the conceptions of health professionals about the limits of the body 's self - determination of the pregnant woman in the face of the rights of the unborn child. **Methodology:** This is a Narrative Review of Literature using the following databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Nursing Databases and Online System of Search and Analysis of Medical Literature, through the use of Association of the descriptors: abortion, personal autonomy, pregnancy, health professionals and family planning, obtaining 17 studies. The search period was from 2011 to 2015. **Results:** health professionals, in their majority, are in favor of interrupting gestation only under legal conditions, suggesting a position contrary to the free exercise of the pregnant woman's body self-determination when it interferes with the rights Of the unborn child. **Conclusions:** women, although they have the right to self-determination in relation to their body's use, have limitations from the moment they may interfere in the life of another person, and health professionals are important actors in the clarification of women regarding their use Of their bodily autonomy, especially for the timely implementation of Family Planning.

Keywords: Abortion; Personal Autonomy; Health Workers; Family planning.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Maranhão (CESBA/UEMA) e da Faculdade de Ciências e Tecnologias do Maranhão (FACEMA). E-mail: francidalmafilha@gmail.com

² Advogado. Doutor em Direito. Coordenador do Curso de Direito da Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão (FACEMA). Docente do Curso de Direito da Universidade de Pernambuco (UPE).

³ Acadêmico de Enfermagem. Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão (FACEMA). Endereço residencial: Rua Lauro Pereira, S/N, São Raimundo. CEP: 65420-000. Timbiras-MA. Email: marcosrotiv.123@outlook.com. Tel: (99) 98409-9145.

RESÚMEN

Objetivo: Describir los aspectos relacionados con profesionales de la salud concepciones acerca de los límites del cuerpo de la embarazada la libre determinación en el rostro de los derechos del niño por nacer. **Metodología:** Se trata de una revisión narrativa de la literatura utilizando las siguientes bases de datos: América Latina y el Caribe Ciencias de la Salud, Base de datos de enfermería y en línea Sistema de búsqueda y análisis de la literatura médica, el uso de la asociación de descriptores: aborto, la autonomía personal, el embarazo, los profesionales de la salud y la planificación familiar, lo que resulta en 17 estudios. El período de búsqueda era de 2011 a 2015. **Resultados:** profesionales de la salud, sobre todo en favor de la interrupción del embarazo sólo en condiciones legales, lo que sugiere una posición contraria al libre ejercicio de la libre determinación cuerpo de la mujer embarazada cuando se interfiere con los derechos el niño por nacer. **Conclusiones:** una mujer, a pesar de que tiene el derecho a la libre determinación en el uso de su cuerpo, esto tiene limitaciones desde el momento en que pueden interferir con la vida de otra persona, y profesionales de la salud actores significativos en la clarificación de las mujeres como de usar debido de su autonomía corporal, especialmente para la terminación oportuna de la planificación de la familia.

Palabras clave: Aborto; Autonomía Personal; Trabajadores de la salud; Planificación de la familia.

INTRODUÇÃO

A autodeterminação refere-se à autonomia privada, sendo conceituada como o poder, certificado ou outorgado pela autorização a uma pessoa ou um grupo, para que façam suas escolhas entre as opções que lhe são oportunas. Nessa perspectiva, o Estado garante ao indivíduo a autonomia para ordenar sobre situações que correspondam ao seu âmbito jurídico. Assim, a autonomia privada permite que o indivíduo portador de direitos, possa escolher o meio que mais lhe convier para fazer uso de seus direitos individuais (LANDO; CARVALHO FILHA 2014).

De acordo com Canuto (2013), a autodeterminação corporal das mulheres como direito ainda é um assunto polêmico e tem sido uma discussão pautada na história através de argumentos morais, religiosos, estratégicos, de classe e até econômicos, referindo-se precisamente à avaliação jurídica dos direitos e de interesses das mesmas e dos filhos que forem gerados por elas.

A capacidade de autodeterminação do indivíduo em relação ao próprio corpo, denominada de autonomia corporal, está inserida no campo da existencialidade ou extrapatrimonialidade, relacionando-se com a subjetividade e o interior. E também compõe a área de atuação concreta da liberdade, que se manifesta a princípio, na esfera de seu titular, não sendo um elemento necessário para a associação entre indivíduos, mas sim da pessoa em relação a si mesma (MORAES; CASTRO, 2014).

Ao se tratar dos direitos das mulheres, especialmente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, é necessário evidenciar que o planejamento familiar, introduzido na Estratégia de Saúde da Família, precisa promover uma assistência direcionada à saúde integral da mulher, não a limitando a sua atribuição social de procriadora, mas ao mesmo tempo envolvendo a prevenção de uma gravidez indesejada e/ou não planejada, que conseqüentemente pode resultar em aborto induzido (ANJOS et al., 2013).

O art. 5º da Constituição Federal de 1988 certifica aos brasileiros e mesmo aos estrangeiros que residem no país a inviolabilidade do direito à vida, à igualdade, à liberdade, à propriedade e à segurança. O primeiro é um dos princípios mais significativo que está assegurado pela Constituição Federal e constitui, além de qualquer coisa, na própria existência humana. Assim, o direito à vida sendo uma propriedade jurídica que está sob tutela da Constituição Federal, aquele que atacar contra a vida de outro, estará sujeito a receber penalizações (LANGER, 2013).

O aborto está caracterizado no Código Penal dos artigos 124 ao 128, onde apenas o aborto que tem provocação intencional irá receber uma maior atenção da legislação penal. O aborto será considerado crime quando praticado pela gestante (autoaborto) ou por meio de sua autorização (aborto consentido); quando o mesmo for provocado por outro e sem a autorização da gestante; quando for provocado por outro e com a autorização da gestante.

Deste modo, investigar na literatura as questões que norteiam a autodeterminação corporal da mulher face aos direitos do nascituro, é primordial quando se pretende compreender os fatores que fundamentam o direito à autodeterminação corporal da mulher, os limites dessa autonomia individual e o direito de nascer saudável. Assim, a busca por respostas apoiou-se na seguinte questão norteadora: quais os limites da autonomia corporal da mulher gestante frente aos direitos do nascituro?

Diante do contexto exposto, por meio dessa pesquisa pretendeu-se abordar sobre os fatores que envolvem os limites da autodeterminação corporal da mulher em face aos direitos do nascituro e promover uma revisão narrativa acerca da temática abordada. Os resultados desse estudo poderão servir como base científica para os profissionais em sua prática assistencialista ou mesmo promoverão importantes ponderações acerca da liberdade e da autonomia da pessoa.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Narrativa da Literatura, de caráter descritivo-discursivo, que é um tipo de estudo utilizado na Prática Baseada em Evidência e possibilita a inclusão das evidências científicas no exercício da prática clínica.

No desenvolvimento deste estudo foi realizado um levantamento bibliográfico para a seleção dos estudos em bases de dados on-line: Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), onde chegou-se a um total de 16 artigos selecionados por meio da associação dos seguintes descritores através da expressão booleana “AND”: 1) associação: Aborto and Autonomia Pessoal – Abortion and Personal Autonomy; 2) associação: Gravidez and Aborto and Profissionais de Saúde – Pregnancy and Abortion and Health professionals; 3) associação: Gravidez and Planejamento Familiar and Aborto – Pregnancy and Health professionals and Abortion; 4) associação: Autonomia Pessoal and Gravidez and Aborto - Personal Autonomy and Pregnancy and Abortion.

Foram elencados como critérios de inclusão para a realização deste estudo os artigos completos publicados nas bases de dados selecionadas, os artigos disponíveis nos idiomas português e inglês e os publicados no recorte temporal de 2011 a 2015. Determinou-se como critérios de exclusão: revisão de literatura, teses, monografias, textos incompletos, artigos publicados fora do recorte temporal determinado e artigos que após a leitura verificou-se a divergência com o tema proposto.

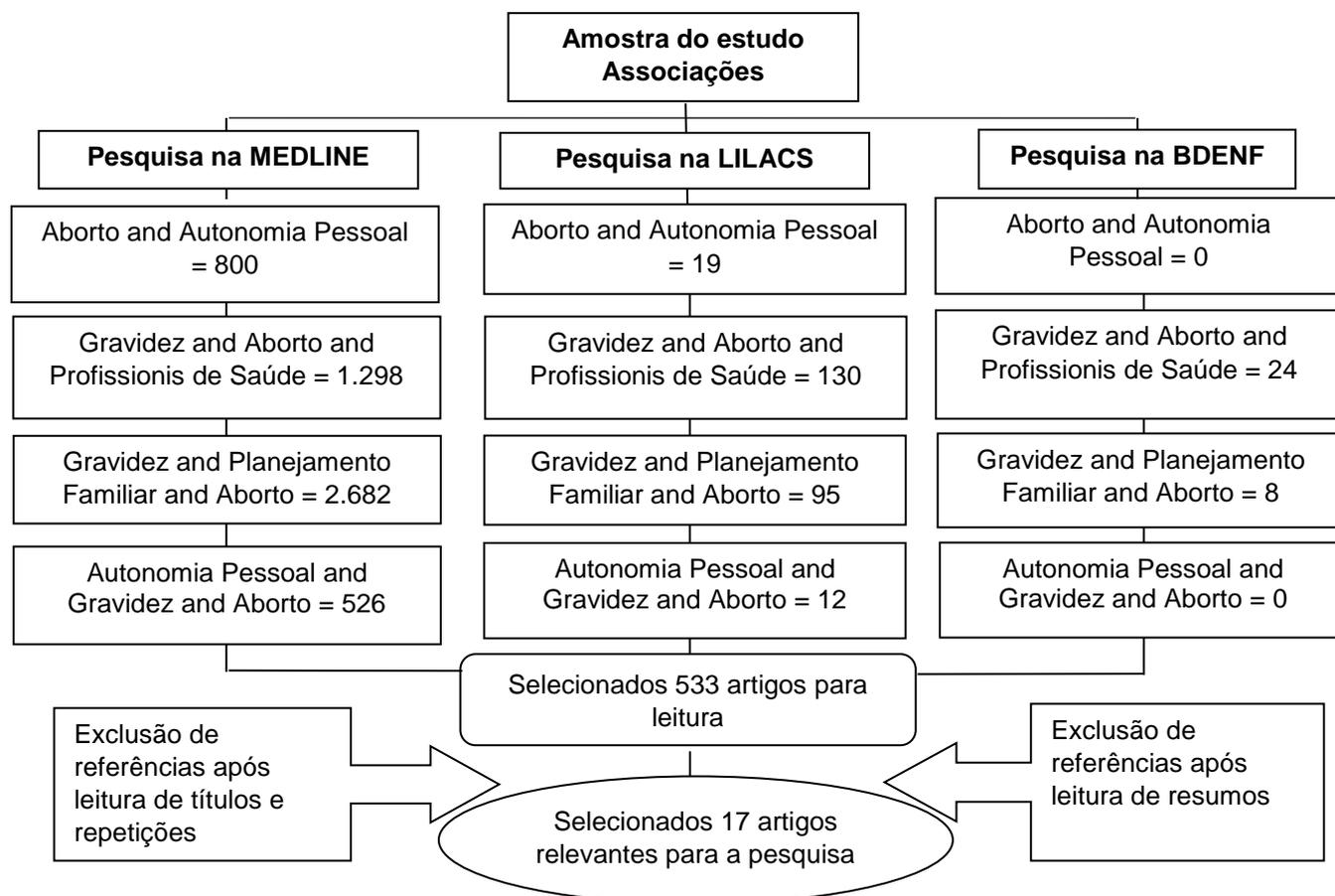
À medida que a coleta de dados ia acontecendo, os estudos eram organizados, verificando a sua importância e relevância para o estudo e temática em questão. Desta maneira, realizou-se a análise descritiva das pesquisas, considerando os critérios de inclusão e exclusão, com o propósito de identificar o objetivo central de cada artigo e obter informações que fundamentassem o estudo em questão.

RESULTADOS

Na Fig. 1, está representada a busca através das associações. Na primeira associação Aborto and Autonomia Pessoal, foram encontradas 819 referências, destas, 800 artigos foram publicados na MEDLINE, 19 na LILACS e nenhuma na BDENF. Na segunda associação Gravidez and Aborto and Saúde foram encontradas 1.452 referências, onde 1.298 foram publicadas na MEDLINE, 130 na LILACS e 24 na BDENF. Através da associação Gravidez and Planejamento Familiar and Aborto, foram encontradas 2.784 referências, destas 2.682 foram publicados na MEDLINE, 95 na LILACS e 8 na BDENF. Na busca da última associação Autonomia Pessoal and Gravidez and Aborto foram encontradas 538 referências, das quais 526 foram publicadas da MEDLINE, 12 na LILACS e nenhuma na BDENF. Dentre as referências encontradas, 533 foram selecionadas para leitura e apenas 17 foram identificadas como relevantes para o estudo.

A Fig. 2 representa uma síntese dos estudos utilizados na amostra, descrevendo o título do artigo, autores, periódico, ano de publicação, abordagem e local do estudo.

FIGURA 1 - Disposição dos trabalhos encontrados em todas as associações. Brasil, 2016.



Fonte: Pesquisa realizada em bancos de dados online coletados no ano de 2016.

DISCUSSÕES

A autonomia possui definições diretamente ligadas à autodeterminação, ao direito à liberdade, ao livre-arbítrio, à escolha individual e à privacidade. Em sua essência, autonomia é a capacidade de raciocinar, tomar decisões e agir de acordo com o livre pensamento e decisão independente. Porém, a capacidade e a liberdade de pensar não são satisfatórias para o exercício pleno da autonomia. (MOTA et al., 2015).

Em se tratando de dignidade, esta é uma característica de qualquer ser humano, a mesma é apreciada como valor constitucional supremo e independe de qualquer condição ou requisito, ou seja, é tida como núcleo axiológico da Carta Magna. Assim, o princípio da dignidade da pessoa humana possui destaque como padrão de valores ocidentais, investiga o sujeito com personalidade particularizada e dispõe de normas de proteção e direitos da personalidade (CORRÊA; CAMPOS, 2012).

Com relação ao abortamento, Wiese e Saldanha (2014) afirmam que o crime de aborto procura proteger de forma precípua a vida do feto, onde, para finalidade de proteção através da lei penal, só é considerado importante após a nidação, ou seja, após a implantação do óvulo fecundado na cavidade uterina, fenômeno que ocorre cerca do 14º dia após da concepção.

Figura 2 - Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa, nas bases LILACS, MEDLINE, BDEFN, no período de 2011 a 2015. Caxias-MA, 2016.

Nº	Título	Autores	Periódico	Ano	Abordagem/ tipo e local do estudo	Base de dados
I	Pesquisa-ação com grupo de mulheres sobre planejamento familiar: percepção das participantes	MOTA, DS et al.	SANARE	2015	Qualitativo Exploratório descritivo (Brasil)	BDEFN
II	Antecipação terapêutica do parto do feto anencéfalo: uma discussão necessária	CORRÊA, AHM; CAMPOS, ACV.	Rev bioét (Impr.)	2012	Reflexão Crítica (Brasil)	LILACS
III	Aborto induzido na interface da saúde e do direito	WIESE, IRB; SALDANHA, AAW.	Saúde e Sociedade	2014	Qualitativo (Brasil)	LILACS
IV	Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal	ROCHA, WB et al.	Rev. bioét. (Impr.)	2015	Quantitativo Exploratório descritivo (Brasil)	LILACS
V	Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem	STREFLING, ISS et al.	Esc Anna Nery	2013	Qualitativo Exploratório-descritivo (Brasil)	LILACS
VI	Cenário de desenvolvimento da vida humana e reflexões sobre o aborto	SPIANDORELLO, WP	Rev bioét (Impr.)	2012	Não especificado (Brasil)	LILACS
VII	Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco	PAZ, A.P.B; SALVARO, GIJ	Ver. Elec. de Invest. y Docencia	2011	Pesquisa Documental (Brasil)	LILACS
VIII	Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study.	NIETO, CA et al.	Reproductive health	2015	Qualitativo Fenomenológico (Espanha)	BDEFN
IX	As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino—uma abordagem sociológica.	CARVALHO, SM; PAES, GO	Saúde e Sociedade	2014	Qualitativo (Brasil)	LILACS
X	Motivations for adolescent pregnancy	NIETO, CA et al.	Gaceta Sanitaria	2012	Qualitativo Fenomenológico (Espanha)	BDEFN
XI	Direitos Sexuais E Reprodutivos, Autonomia Reprodutiva, Política E (Des) Respeito Ao Princípio Da Laicidade	GALLI, B; ROCHA, H.	Dhesca Brasil	2014	Não Especificado (Brasil)	LILACS
XII	Prenatal screening, reproductive choice, and public health	WILKINSON, S.	Bioethics	2015	Não Especificado (Reino Unido)	MEDLINE
XIII	Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados	BORGES, ALV et al.	Ver. da Esc. de Enf. da USP	2011	Transversal (Brasil)	LILACS
XIV	Return on investment: a fuller assessment of the benefits and cost savings of the US publicly funded family planning program	FROST, JJ et al.	Milbank Quarterly	2014	Não Especificado (Estados Unidos)	MEDLINE
XV	Perfil sociodemográfico e reprodutivo de mulheres com história de aborto	ALMEIDA, MS et al.	Ver. Baiana de Enfermagem	2015	Transversal Descritivo (Brasil)	LILACS
XVI	Effectiveness of family planning policies: the abortion paradox	BAJOS, N et al.	PloS one	2014	Quantitativo Descritivo Retrospectivo (França)	MEDLINE
XVII	Serviços de aborto legal no Brasil - um estudo nacional	MADEIRO, AP; DINIZ, D.	Rev Ciência & Saúde Coletiva	2016	Quantitativo (Brasil)	LILACS

Fonte: Pesquisa realizada em bancos de dados online coletados no ano de 2016.

Sobre a temática convém mencionar que existem várias Teorias por parte do Direito que explicam sobre o início da vida, tais como: a Teoria da Concepção defendendo que a vida começa no momento da concepção, a Teoria da Nidação explica que a vida tem início a partir da implantação do óvulo no útero materno, para a Teoria da Gastrulação a vida tem início com o desenvolvimento da gástrula e a Teoria da Formação dos Rudimentos do Sistema Nervoso Central defende que a vida tem início com a formação do sistema nervoso central.

Definir o início da vida é importante para assegurar ao nascituro o direito de nascer com vida e saudável, pois a partir deste, todos os outros serão acrescentados, sendo dever da família, sociedade e Estado proteger e garantir os direitos do nascituro.

No Brasil existem Fichas de Investigação de Óbitos Fetais, Infantil e Materna. No entanto, não foi produzido e distribuído, oficialmente, para todo o território nacional, um Instrumento de investigação etiológica de abortamentos; por isso, apenas por iniciativa individual de alguns serviços hospitalares, são adotadas algumas formas de registro. Tal situação predispõe cada vez mais as mulheres a condições inapropriadas de atenção à saúde, de falta de acesso a métodos contraceptivos para evitar abortamentos de repetições, além de atentar contra a vida do concepto e das mulheres em tentativas frustradas de abortamento, pois é comum as pessoas e profissionais de saúde calarem diante deste acontecimento, inclusive como forma de proteger suas próprias identidades.

Rocha et al. (2015) recordam que apesar do abortamento ser considerado crime, existem casos determinados no Código Penal como exceções não puníveis, quais sejam: quando houver risco de vida à mulher provocado pela gestação, quando a gestação for resultante de violência sexual e ainda, o caso de feto diagnosticado com anencefalia, que se tornou não punível através de decisão do Supremo Tribunal Federal.

Por esta razão, atentar contra o direito do nascituro de nascer saudável e/ou lhe provocar alterações capazes de tirar as chances de viver com dignidade infringe direitos fundamentais que precisam ser assegurados ao ser humano em todas as fases da sua vida, tendo como cerne os princípios da paternidade e maternidade responsável.

O fato é que a gestante e a família têm deveres para com o nascituro. Como detentores do poder familiar, os pais têm não só direitos, mas também obrigações para com o nascituro e demais filhos já nascidos, sendo uma delas propiciar o direito à saúde, protegido constitucionalmente. É dever da família assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde, conforme Art. 227 da CF (BRASIL, 1988) e Art. 4.º do ECA (BRASIL, 1990).

Outrossim, também é dever do poder público garantir os referidos direitos, sendo indispensável a intervenção do Ministério Público, especialmente, preventivamente, fazendo valer suas funções previstas no artigo 129 da Constituição Federal, para impedir que os genitores ou outras pessoas, causem danos aos direitos do nascituro; além de utilizar de mecanismos para punir aqueles que realizaram condutas prejudiciais à vida e à saúde do nascituro.

Em caso de gestação de feto anencefálico, a liberdade de escolha da gestante, o direito à saúde e sua dignidade asseguram a realização da interrupção terapêutica da gestação com a finalidade de reduzir o seu sofrimento. Deste modo, o princípio da dignidade da pessoa humana é a forma mais adequada de garantir a liberdade da mulher gestante em dispor de seu próprio corpo e preservar sua saúde física e psíquica (CORRÊA; CAMPOS, 2012).

Em concordância com o estudo supracitado, uma pesquisa realizada com profissionais da área da saúde e do direito sobre a legislação do aborto, mostrou que a maioria dos juízes e promotores respondeu de forma favorável à ampliação das circunstâncias não puníveis do abortamento, de maneira especial à interrupção da gestação de fetos com anomalia congênita grave e não compatível com a vida extrauterina, referindo-se aos casos de gestação de fetos com anencefalia (WIESE; SALDANHA, 2014).

Ainda de acordo com o estudo realizado por Wiese e Saldanha (2014), observou-se que os profissionais em que suas crenças foram antagônicas à descriminalização do aborto (n=19), afirmaram ser imprescindível a proteção da vida, baseando-se no poder divino e em sua dimensão sagrada, significando uma influência expressiva da religião.

No que diz respeito ao conhecimento sobre o aborto legal, identificou-se um despreparo, também denominado afastamento acadêmico em relação ao tema, em uma pesquisa realizada em um Hospital Materno Infantil de Brasília, foi possível identificar que dos 177 profissionais entrevistados, apenas 56 profissionais de saúde já haviam participado de cursos, palestras ou oficinas em que foram discutidos aspectos éticos ou jurídicos do abortamento. Os autores destacam que há necessidade de melhoria das políticas públicas destinadas para a promoção de discussões sobre o tema no corpo hospitalar (ROCHA et al., 2015).

Em conformidade Madeiro e Diniz (2016), também perceberam que há necessidade de maior capacitação da equipe quanto à ampliação do conhecimento sobre a legislação, incluindo sobre a garantia de direitos em saúde sexual e reprodutiva. A falta de informação dos profissionais sobre a legislação e as políticas públicas acaba prejudicando a qualidade do atendimento.

Se tratando das práticas de promoção da saúde reprodutiva, Strefling et al. (2013), constatou que os profissionais demonstraram reconhecer a importância e necessidade de uma abordagem mais ampla, envolvendo além dos meios para evitar uma gravidez não planejada, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas, capacitando as mulheres para realizarem escolhas conscientes

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) criado em 1983, atendendo as reivindicações do movimento feminista e buscando a promoção da saúde da mulher, aborda, além das questões reprodutivas, centradas no pré-natal, parto e puerpério, trata de aspectos relativos à assistência integral à saúde da mulher, clínica ginecológica, no climatério, em planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama (PAZ; SALVARO, 2011).

A partir dos esforços para melhorar a saúde materno-infantil foi criado em 2000 pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000).

Uma vez que o direito à saúde é um direito fundamental tutelado pelo Estado, e que tal direito é garantido a todas as pessoas, quando os direitos da gestante e do nascituro são violados, em razão da falta de atendimento ou da assistência inadequada pelo Sistema Único de Saúde, porque o profissional de saúde não realizou o atendimento pré-natal, de forma qualificada, tanto a mulher quanto o Ministério Público tem legitimidade para exigir que a assistência seja prestada nos moldes estabelecidos pelos artigos 8.º da Lei n.º 8.069/90 e artigo 3.º, parágrafo único, inciso III da Lei n.º 9.263/90. Ainda, é possível afirmar que a falta de atendimento ou a assistência inadequada e incompleta pode acarretar dano à saúde do binômio mãe/filho, e, conseqüentemente, a responsabilização civil do Estado.

Portanto, é notório que existem normativas importantes de acompanhamento do Pré-natal e de prevenção e promoção da saúde da mulher e do conceito, e, que de modo geral, os gestores e profissionais de saúde as conhecem, entretanto, nem sempre as ações são executadas como deveriam. Ora, porque os trabalhadores não as executam por falta de interesse próprio, em outra, porque lhes faltam os materiais e instrumentais necessários, ou ainda, porque não existe o incentivo dos gestores, tanto em termos salariais, quanto de reconhecimento profissional. Entretanto, de nenhum modo a vida e a saúde do conceito podem ser minimizadas ou desconsideradas em sua completude e dimensão.

No que se refere ao Planejamento Familiar, a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) refere-se ao acesso às informações sobre serviços de tratamento e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, distribuição e formas de uso de contraceptivos, aborto, gravidez, partos seguros e de baixo risco e serviços realizados

no pós-parto. O governo deve garantir a prática justa dos serviços de SSR para os seus cidadãos, sendo este um requisito essencial reconhecido pelas principais organizações internacionais (NIETO et al., 2015).

De forma contrária, um estudo realizado por Carvalho e Paes (2014) mostra que em relação às informações, orientações e aos serviços de saúde prestados sobre os métodos contraceptivos, a percepção das entrevistadas é que essas ações governamentais possuem pouca expansão, sendo um sistema falho quanto às ações de prevenção e promoção da saúde, demonstrando a necessidade de medidas estratégicas que favoreçam melhorias às condições para as práticas sexuais e reprodutivas de adolescentes e jovens.

Em concordância, os resultados de um estudo realizado na Espanha apontam que a gestação na fase da adolescência não resulta do processo de tomada de decisão consentido pelos membros de um casal, mas acontece como resultado da falta de uso de métodos contraceptivos ou uso indevido do mesmo (NIETO et al., 2012).

O estudo de Galli e Rocha (2014) relata que alguns projetos de lei foram objeto de medidas específicas da Relatoria do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva, como no caso do projeto de lei reconhecido como Estatuto do Nascituro, o mesmo confere ao feto o mesmo status jurídico que uma criança ou uma pessoa nascida viva possui. O projeto tem viés criminal sobre a prática do aborto e se fundamenta na proteção absoluta dos direitos do nascituro e utiliza-se da determinação constitucional da inviolabilidade do direito à vida e do artigo 4º do Pacto de San José da Costa Rica.

De forma contrária ao que se determina no Brasil, um estudo realizado no Reino Unido mostra que o fundamento que providencia a triagem e o diagnóstico pré-natal é a forma de reconhecer o direito particular das pessoas de decidir se querem ou não realizar o teste genético que detecta malformações congênitas e posteriormente, fazer suas escolhas reprodutivas baseando-se nos resultados dos testes. Minimamente, o consentimento informado requer que os pacientes tenham informações relevantes suficientes e que suas decisões sejam voluntárias e não influenciadas por pressões externas, sejam elas de seguro médico, social ou político (WILKINSON, 2015).

Segundo a teoria principialista determinada pela bioética, a autonomia é a decisão da mulher em escolher o momento adequado para gerar uma criança, as circunstâncias favoráveis, bem como o parceiro adequado, que esteja disposto a lhe ajudar nessa nova etapa (SPIANDORELLO, 2012).

Na pesquisa realizada por Borges et al. (2011) foi possível perceber que as estatísticas que apontaram diferenças entre dois grupos de mulheres, o grupo que planejou a gravidez e o grupo que não a planejou, indicaram que a mulher que planeja a gestação geralmente é aquela que possui mais experiência, levando em consideração o ponto de vista reprodutivo, e não somente a mulher com um bom nível de escolaridade ou que possui ocupação remunerada.

Já em um estudo realizado nos Estados Unidos, constatou-se que metade das gestações é involuntária e se concentra de forma alarmante entre as mulheres de baixo nível socioeconômico. Em resposta a essa disparidade, os governos federal e estadual têm trabalhado durante décadas para ampliar o acesso aos serviços de planejamento familiar para jovens (FROST et al., 2014).

De acordo com o estudo supracitado, a pesquisa realizada por Almeida et al. (2015) constatou que as mulheres que mais optaram pela prática abortiva foram aquelas sem vínculo empregatício e com nível socioeconômico mais baixo, determinando que as variáveis econômicas e sociais aumentam as possibilidades de recorrer à interrupção voluntária diante da gravidez não planejada.

Desta maneira, os trabalhadores de saúde precisam prestar uma assistência segura, aproveitando para conversar com a mulher sobre as situações que levaram ao abortamento, bem como orientando sobre métodos contraceptivos, ou o incentivo oportuno a outras gestações, quando for o caso; além de falar sobre o direito à vida e ao nascimento saudável, com o intuito de empoderar a mulher a escolher se e quando quer gestar, e, em caso positivo, saiba proteger a integridade do conceito.

Compreender como as taxas de aborto variam ao longo do tempo é necessário na orientação de políticas voltadas para a melhoria da saúde sexual e reprodutiva. Para alguns observadores o número de abortos diminui à medida que a prevalência de métodos contraceptivos aumenta, enquanto outros acreditam no contrário. Deste modo, a prática abortiva é tida como o ponto final de uma etapa que se inicia com a atividade sexual, acompanhado pelo uso ou não-uso de contraceptivos, que por sua vez aponta o risco de uma gravidez não planejada. Assim, o exercício da autonomia no planejamento familiar necessita dos métodos contraceptivos disponibilizados pelos serviços de saúde (BAJOS et al., 2014).

CONCLUSÕES

O direito à autodeterminação corporal deve ser analisado sob uma perspectiva dúbia, visto que por um lado, exige que a mulher se aproprie do mesmo para o livre exercício feminino de sua autonomia e reprodução humana e, por outra perspectiva, necessita de políticas públicas dispostas a assegurar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

É nos casos de configuração do aborto criminoso que o direito à vida do nascituro deve prevalecer, já que nas demais situações, o direito à vida e à integridade da gestante, bem como de sua autodeterminação corporal, são assegurados. Isto se verifica quando a mulher começa a desenvolver problemas de saúde por conta da gravidez, então se indica a interrupção da mesma, pois a vida e a saúde da mulher ficam em primeiro plano, mas se a sua higidez física e mental estão preservadas, a vida e a saúde do nascituro devem ser mantidas, inclusive em detrimento de sua autonomia.

Recebido em: 2/2017

Aceito em: 2/2017

Publicado em: 3/2017

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA MS, COELHO EAC, SOBRAL PHAF et al. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de mulheres com história de aborto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2015; 29(4): 296.
- ANJOS KF, SANTOS VC, SOUZAS R et al. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. *Saúde em Debate*, 2013; 37(98): 504-515.
- BAJOS N, GUEN LM, BOHET A et al. Effectiveness of family planning policies: the abortion paradox. *PLoS one*, 2014; 9(3): 915-939.
- BORGES ALV, CAVALHIERI FB, HOGA LAK et al. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 2011; 45(2): 1679-1684.
- BRASIL. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição Federal de 1988*. [s.l.: s.n.], 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao. Acesso em: 20 out. 2016.
- BRASIL. 1990. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990* [s.l.: s.n.], 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080. Acesso em: 20 out. 2016.
- BRASIL. 2000. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000 [s.l.: s.n.], 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 20 out. 2016.
- CANUTO AF. Análise do aborto como direito da mulher. *e-RAC*, 2013; 3(1).
- CARVALHO SM, PAES GO. As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino—uma abordagem sociológica. *Saúde e Sociedade*, 2014; 23(2): 548-557.
- CORRÊA AHM, CAMPOS ACV. Antecipação terapêutica do parto do feto anencéfalo: uma discussão necessária. *Revista bioética (Impr.)*, 2012; 20(3): 417-24.
- FROST JJ, SONFIELD A, ZOLNA MR et al. Return on investment: a fuller assessment of the benefits and cost savings of the US publicly funded family planning program. *Milbank Quarterly*, 2014; 92(40): 696-749.
- GALLI B, ROCHA H. Direitos Sexuais E Reprodutivos, Autonomia Reprodutiva, Política E (Des) Respeito Ao Princípio Da Laicidade. *Dhesca Brasil*, 2014.
- LANDO GA, CARVALHO FILHA FSS. Os limites da autodeterminação da gestante em face dos direitos do nascituro. *Revista do direito Unisc*, 2014; 43: 25-39.
- LANGER CE. *A possibilidade de descriminalização do aborto face aos princípios constitucionais do direito à vida e à dignidade da pessoa humana*. Monografia. (Graduação em Direito). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Três Passos, 2014. 58 p.
- MADEIRO AP, DINIZ D. Serviços de aborto legal no Brasil - um estudo nacional. *Revista ciência saúde coletiva*, 2016; 21(2):563-572.
- MORAES MCB, CASTRO TDV. A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo. *Pensar-Revista de Ciências Jurídicas*, 2014; 19(3): 779-818.
- MOTA DS, JÚNIOR FNS, SOUZA VR et al. Pesquisa-ação com grupo de mulheres sobre planejamento familiar: percepção das participantes. *SANARE*, 2015; 14(2): 79-83.
- NIETO CA, MORENO GP, ABAD ML et al. Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 2012; 26(6): 497-503.
- NIETO CA, MORENO GP, GASCÓN MLG et al. Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reproductive health*, 2015; 12(1): 1.
- PAZ APB, SALVARO GIJ. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. *Revista Eletrônica de Investigación y Docencia (REID)*, 2011; 121-133.
- ROCHA WB, SILVA AC, LEITE SML et al. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Revista bioética (Imp)*, 2015; 23(2): 387-99.
- SPIANDORELLO WP. Cenário de desenvolvimento da vida humana e reflexões sobre o aborto. *Revista bioética (Impr.)*, 2012; 20(3): 425-35.
- STREFLING ISS, FILHO WDL, KERBER NPC et al. Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem. *Escola Anna Nery*, 2013; 17(4):698-704.
- WIESE IRB, SALDANHA AAW. Aborto induzido na interface da saúde e do direito. *Saúde e Sociedade*, 2014; 23(2): 536-547.
- WILKINSON S. Prenatal screening, reproductive choice, and public health. *Bioethics*, 2015; 29(1): 26-35.