

Seção 06: Saúde, Gênero e Direito.**Identidade masculina hegemônica e o impacto na penalização feminina do aborto
provocado e saúde reprodutiva****Cleonides Silva Dias Gusmão****Ana Alayde Werba Saldanha**

Resumo: A punição do aborto ilegal é destinada apenas às mulheres como se elas fossem às únicas responsáveis pela reprodução, fato que fortalece a irresponsabilidade masculina nos casos em que este não assume a paternidade, e também resume a mulher apenas a sua função de procriação. Até nas situações de aborto legal as mulheres têm uma grande dificuldade na realização do aborto seguro, principalmente àquelas de classe socioeconômica desfavorecida, que tentam fugir do preconceito que permeia as instituições de saúde em situações de aborto provocado. Além da punição legal há a punição informal em relação às pacientes que chegam aos serviços públicos de saúde em casos de aborto provocado, influenciando a qualidade do cuidado humanizado, sendo isso fruto do costume sociocultural que pune as mulheres que passam por essa determinada situação. Com a responsabilidade do aborto voltada apenas para a mulher e com o distanciamento masculino desse processo, as diferenças e desigualdades de gênero são acentuadas, de forma que a mulher é responsável pelos afazeres domésticos – cuidar do lar e da família – e o homem tem o papel de provedor. Pode-se perceber que a sociedade, desde tempos remotos, contribuiu para o estabelecimento de uma divisão de papéis entre homens e mulheres, como no caso da condenação pela medicina da contracepção e do trabalho feminino fora de casa. Isso acarretou e acarreta

diversas consequências negativas para a saúde da mulher e do homem. Em suma, todo o reforço e difusão das desigualdades de gênero e da Identidade Masculina Hegemônica contribuem para que o homem se afaste cada vez mais das atividades ligadas ao processo de reprodução, influenciando de forma negativa a saúde da mulher e do homem e criando um ambiente de injustiças e desigualdades que, se não lutarmos para que haja uma mudança, será sempre reproduzido pela sociedade.

Palavras-chave: Aborto.
Desigualdades. Masculinidade.
Penalização.

Abstract: The punishment of illegal abortion is aimed only at women as if they were the only responsible for reproduction, a fact that strengthens male irresponsibility when the paternity is not assumed and also summarize women only for their procreative function. Even in situations of legal abortion women have great difficulty in having a safe abortion, especially women from lower social and economical classes, who try to escape the prejudice that permeates health institutions in situations of abortion. Apart from legal punishment there is the informal punishment in relation to patients who come to public health services in cases of abortion, influencing the quality of humanized care, this being the result of socio-cultural custom that punishes women

who undergo this particular situation. With the responsibility for abortion focused only on women and the male distance from that process, differences and gender inequalities are accentuated, so that women are responsible for household chores - taking care of home and family - and the men's role as the provider. It can be noticed that society, from ancient times, contributed to the establishment of a division of roles between men and women, as in the case of conviction for medicine the use of contraception devices and women's work outside the home. This entailed and entails several negative consequences for women's and men's health. In short, all the strengthening and dissemination of gender inequalities and the Hegemonic Masculine Identity contribute to keep men distant from activities related to the process of reproduction, influencing negatively the women's and men's health and creating environmental injustices and inequalities, which if not fought will always be a mistake repeated by society.

Keywords: Abortion. Inequalities. Masculinity. Penalization.

O objetivo desse estudo é pôr em discussão a influência que a difusão e reforço da identidade masculina hegemônica têm na penalização do aborto provocado e nas questões voltadas ao processo reprodutivo, destacando que apenas as mulheres que provocaram aborto e as pessoas que ajudaram a provocar é que são punidas, distanciando o homem ainda mais de questões relacionadas à reprodução,

como: aborto, contracepção, gravidez, etc. Além disso, é importante chamar a atenção para o fato das consequências negativas que a penalização do aborto traz à saúde da mulher, principalmente aquelas de classe socioeconômica desfavorecida que não tem como optar por um abortamento seguro, como afirma o Ministério da Saúde (2009, 2011).

Sem a intenção de defender ou fazer apologia ao aborto, pretende-se incentivar a discussão em relação às consequências que sua penalização pode acarretar. Como bem colocado por Moraes (2008), até mesmo em situações de aborto legal, as mulheres tem uma grande dificuldade na realização do aborto seguro, principalmente àquelas de classe socioeconômica desfavorecida. A autora afirma que a não efetivação de uma política que disponibilize o aborto seguro traz consigo consequências negativas pondo em risco a vida das mulheres em todo o mundo, inclusive no Brasil. Ademais, a ocorrência de aborto em situações que vão de encontro à saúde é considerada uma violação dos direitos humanos (Anjos et al., 2013).

Conforme o Ministério da Saúde (2011), o aborto pode ser

entendido como “o produto da concepção eliminado no abortamento” (p. 29). O aborto induzido ou provocado pode ser entendido como a interrupção da gravidez devido à intervenção determinada antes que o feto tenha capacidade para viver fora do ventre da sua genitora (Olinto & Moreira-Filho, 2006).

No Brasil, a prática do aborto induzido é considerada ilegal, salvaguardando as situações em que a vida da mulher está em risco ou quando o aborto acontece devido a estupro como instituído no artigo 128 do código penal de 1940 (Ministério da Saúde, 2011). No entanto, essa proibição não coíbe o ato (Petracci et al. 2012). Zordo (2012) acrescenta que desde abril de 2012 casos de anencefalia são considerados legais no Código Penal brasileiro. No Brasil, apesar do aborto ser proibido, ele não deixa de ser praticado por pessoas de todas as classes sociais (Olinto & Moreira-Filho, 2006). O aborto também é considerado um grave problema de saúde pública (Guedes, 2000).

Mejía (2011) apoia que o aborto seja despenalizado, de forma que as mulheres que não planejaram a gravidez, não a desejam, ou que

possuem um projeto de vida que não está em comunhão com o fato de ser mãe, devem ter o direito de realizar o aborto. Segundo a autora, sua penalização tem como consequência a violação do princípio constitucional da dignidade, obrigando a mulher a prosseguir com uma gravidez que ela não deseja e não planejou, mudando o curso do seu projeto de vida. Além disso, é importante destacar que a punição do aborto ilegal é destinada apenas às mulheres como se elas fossem às únicas responsáveis pela reprodução, fato que fortalece a irresponsabilidade masculina nos casos em que este não assume a paternidade, e também resume a mulher apenas a sua função de procriação (Mejía, 2011).

Mesmo que o aborto provocado não seja liberado em todas as situações no Brasil, dificilmente ele será denunciado em um serviço de saúde público e conseqüentemente punido, devido o sigilo médico. No entanto, apesar de não haver a punição legal há a punição informal em relação às pacientes que chegam aos serviços públicos de saúde em casos de aborto provocado, influenciando a qualidade do cuidado humanizado, sendo isso fruto do costume sociocultural que pune

as mulheres que passam por essa determinada situação (Costa et al., 2012), esquecendo-se dos homens que, assim como as mulheres, contribuíram para gerar o filho.

Essa postura contribui para que as mulheres tenham sentimentos negativos, que os autores (Costa et al., 2012) denominam de “estado imoral”, como: vergonha, desonra e receio de que sejam excluídas socialmente. Para tentar amenizar esse problema o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi criado com a finalidade de que o Estado instituisse em serviços públicos a interrupção de gravidezes em casos legalmente liberados para o aborto (Costa et al., 2012). Apesar disso, Morais (2008) considera que no Brasil o aborto legal é parcialmente clandestino, já que as mulheres optam pelo aborto clandestino em situações legais para fugir de situações constrangedoras em hospitais que realizam o aborto legal, como o preconceito e tratamento diferenciado. Percebe-se com isso, que para além da esfera legal, há uma grande cobrança social e peso moral e social que o aborto provocado acarreta para a vida da mulher, no entanto, tais consequências não são visíveis na vida do homem.

No estudo realizado por Dantas et al. (2011) acerca da percepção masculina em relação ao aborto provocado observa-se que alguns sujeitos desse estudo consideram que o aborto provocado é algo que diz respeito apenas as mulheres, nesse sentido o homem se ausenta desse processo, acreditando que ele não tem nada a ver com esse fato. Nada diferente deles, as mulheres em uma pesquisa realizada por Digiovanni (2008) percebem o aborto como sendo uma decisão que deve ser tomada pela mulher. Os autores – Dantas et al. (2011) - afirmam que o distanciamento do homem no período gestacional e consequentemente no processo de aborto pode ser devido à cultura a qual ele pertence, que coloca a mulher como responsável pela criança que está se gerando. Eles acham que isso pode acontecer também devido ao temor de que algo aconteça com a mulher e que ele seja penalizado por isso, assim, reforçando a ideia de que o aborto provocado é uma decisão que deve ser tomada pela mulher, os homens da pesquisa colocam o aborto como sendo algo negativo.

Sendo assim, com a responsabilidade do aborto voltada

apenas para a mulher e com o distanciamento masculino desse processo as diferenças e desigualdades de gênero são acentuadas, de forma que a mulher é responsável pelos afazeres domésticos – cuidar do lar e da família – e o homem tem o papel de provedor (Dantas et al. (2011). Tal autor através da análise de alguns estudos chama a atenção para o fato da concepção da maternidade como algo que é intrínseco e natural às mulheres e para o afastamento do homem de questões reprodutivas, posicionando-se apenas como contribuinte de sêmen (Souza, 2010).

Em um estudo realizado por Petracci et al. (2012), foi revelado que os participantes do sexo masculino consideram que o seu papel no processo que envolve o aborto é secundário, sendo ele apenas um acompanhante. Os autores acrescentam, ainda, que nas entrevistas é revelado que existem momentos onde os homens são excluídos, ou até mesmo em todos os momentos, tendo em vista que é no corpo das mulheres que acontece tal ato. Para os homens o aborto é um evento que marca as suas vidas, no entanto é visto como sendo algo intruso, que vem de fora (Petracci et al. 2012).

Uma pesquisa desenvolvida por Silva e Lemos (2012), com 34 jovens homens, revelou que os sujeitos da pesquisa consideram que o homem deve ter uma participação ativa no processo de planejamento reprodutivo. Para os autores, esse posicionamento leva a uma maior igualdade nas relações de gênero, bem como uma nova forma de visualizar a função paterna. Apesar disso, deve-se destinar cuidado ao tomar conclusões através das informações fornecidas pelos participantes da pesquisa, pois, como aponta Giffin (1994), é possível que não haja tanta semelhança entre o que os participantes expressam e como eles realmente agem, problema que, segundo o mesmo autor, está presente em toda metodologia que se utiliza de dados de informações verbais.

Por mais que esses resultados sejam surpreendentes, na pesquisa de revisão bibliográfica de Gomes e Nascimento (2006), quando se faz uma ligação entre masculinidade e reprodução, um dos núcleos de sentidos identificados pelos autores é a pouca participação masculina. Evidenciando que o homem ainda não está envolvido em questões relacionadas à reprodução, como gravidez, aborto e contracepção.

Nessa mesma pesquisa em relação ao poder masculino foi encontrado uma imagem associada ao ser masculino de força, não vulnerabilidade, corpo forte, que segundo os autores pode ser fruto da naturalização do poder do homem. Os autores pontuam que a partir do que foi encontrado, pode-se concluir que em relação às questões hegemônicas de gênero, elas podem pôr em risco a saúde da mulher e do homem.

Para que se possa avaliar como surge o processo de reforço e difusão da identidade masculina hegemônica pela sociedade, contribuindo assim para as desigualdades nas relações de gênero, será discutido abaixo um pouco da história do processo reprodutivo.

HISTÓRIA DO PROCESSO REPRODUTIVO

Historicamente, a reprodução passou a ser tema de estudo por meio da medicina, por volta do final do século XIX e início do século XX, o olhar sobre a reprodução se amplia, percebendo a grande importância que ela possui para a família, para o casamento, para a sociedade e para a nação, de forma que ela é a responsável pela perpetuação da espécie. Esses

temas passam a ser centrais nos debates em medicina, sendo essa época marcada pela intersecção entre a medicina e a justiça. O papel do médico, apoiado no seu conhecimento científico, está em traçar os padrões corretos de comportamentos sexuais e reprodutivos. Tais conhecimentos baseiam a prática e discursos jurídico-policiais (Rohden, 2003).

Como coloca Rohden (2003), na metade do século XX tenta-se através do poder jurídico-policial e dos movimentos, ambos promovidos pelo Estado, uma intervenção voltada para reprodução e a sexualidade por meio da proteção à maternidade e à infância. Conforme Nagahama e Santiago (2005) foram elaborados programas com o intuito de garantir a saúde das crianças que nasciam tendo como finalidade a povoação da nação com indivíduos fortes, de forma que se dava atenção à saúde da gestante, a amamentação, a nutrição e ao período entre as gestações. Além disso, data desse mesmo século a publicação das primeiras legislações sobre o aborto, qualificando-o e definindo-o como um crime (Galeotti, 2007). Por meio dessa condenação, tal controle de natalidade passou a ser público, de forma que os médicos que

perseguiam aqueles que praticavam os crimes de aborto e infanticídio são exemplos de que a contracepção está longe de ser algo privado (Rohden, 2003).

Teses que abordavam as questões sobre o casamento tratavam o trabalho feminino fora de casa como algo ruim, elevando as vantagens que a maternidade trazia. Na época do governo de Vargas, o futuro do Brasil estava nas mãos das “mulheres-mães” (Rohden, 2003). Nesse sentido, Rohden (2003) ao analisar discursos de uma tese de 1872, que segundo a autora é apenas um caso entre muitos, descobre que a fecundidade é posta como uma benção e a esterilidade como sendo algo muito ruim, uma maldição, principalmente para as pessoas que se utilizam de “artifícios” para que a concepção não aconteça. Nisso, o papel da mulher seria o de ser mãe (Figueroa Perea, 2000; Rohden, 2003) e dar prosseguimento a espécie (Rohden, 2003).

A questão do aborto sempre fez parte da história da humanidade, mudando-se apenas a forma como abordá-lo. O século XVIII é a marca que identifica duas formas de abordar o aborto. Antes desse século o aborto era entendido como algo privado, do

domínio privado das mulheres, o feto era tido como aquilo que faz parte do corpo da mulher, no qual apenas a mulher poderia comprovar sua existência. Com a revolução francesa o aborto torna-se uma questão de ordem pública com intervenções do estado e da igreja sobre tal fato. O feto agora poderia ser visualizado devido aos avanços ocorridos no meio científico, sendo agora entendido na sua individualidade. Essa nova concepção do aborto não surgiu aleatoriamente, mas está pautada na necessidade do estado do crescimento populacional, de soldados e trabalhadores (Galeotti, 2007).

Antes do século XVIII entendia-se a gravidez como uma mudança que ocorria no corpo da mulher, o que estava em comunhão com a noção de que a mulher tem o papel de ser mãe, sendo assim “a única transição relevante na existência da mulher era a que conduzia do status de filha ao de mulher e de mãe” (Galeotti, 2007, p. 27), sendo assim, ainda com base em Galeotti (2007), o valor da mulher era medido através da sua fertilidade, que também era a única culpabilizada no caso em que os casais não conseguiam ter filhos.

Com isso pode-se perceber como a medicina, a justiça e o estado contribuíram para acentuar as desigualdades de gênero, interferindo também nas questões reprodutivas do casal e reforçando a ideia de papéis pré-definidos para homens e mulheres, destacando-se o reforço da identidade masculina hegemônica, acarretando diversas consequências negativas, como a penalização feminina do aborto provocado. Nesse sentido, como destaca Scavone (2003), o espaço privado tinha como uma forte característica a subordinação das mulheres, baseado em relações de poder, dominação e hierarquia, justificada pelas diferenças sexuais entre homens e mulheres, o que foi bastante contrariado pelo movimento feminista.

SOCIEDADE E QUESTÕES VOLTADAS AO PROCESSO REPRODUTIVO

Nesta seção serão tratados assuntos relacionados ao processo reprodutivo, destacando o posicionamento da sociedade, dos homens e dos profissionais de saúde em relação ao aborto, bem como a forma como esses agem frente a uma situação

de aborto legalizada ou não e ainda como eles lidam com o homem que junto a sua parceira estão passando por uma experiência de aborto. Tal discussão será realizada para que haja uma maior contextualização de como a sociedade e o homem se colocam frente às questões de reprodução, especialmente em relação ao aborto, frente às diversas masculinidades existentes, o que fundamenta o reforço e difusão da identidade masculina hegemônica e contribui para as desigualdades nas relações de gênero.

Como apontado por Heilborn et al. (2012), a inclusão do homem em estudos sobre o aborto traz à tona a questão social e não simplesmente biológica imbricada nesse ato. Destaca-se a importância da inclusão do homem na saúde coletiva e, especificamente, na saúde reprodutiva descentralizando a atenção apenas para as mulheres, de forma a melhorar o bem-estar destas e incluí-los como sujeitos de direitos e características próprias (Chumpitaz, 2003)

Alguns autores (Rodrigues & Hoga, 2006) chamam a atenção para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, acusados de insensíveis quanto ao sofrimento

vivenciado pelas pessoas que passam por uma situação de aborto. Sabe-se que o atendimento aos companheiros das mulheres que abortaram não existe. No entanto, esse atendimento é de grande importância para auxiliar esses homens na elaboração da perda de um aborto espontâneo ou provocado. Os autores apontam que a consideração dos sentimentos dos homens que compartilham com sua parceira uma experiência de aborto – espontâneo ou provocado – pode colaborar para que haja uma promoção da qualidade do cuidado, em que as necessidades dos homens também devem ser atendidas nesse processo. Necessidades essas de cunho emocional, que também são importantes e devem ser reconhecidas (Rodrigues & Hoga, 2006). No entanto, o atendimento nas situações de abortamento leva em consideração apenas o aspecto biológico, voltando-se para a parte física da mulher nessa situação, sendo assim, os homens não são notados, já que são “coadjuvantes” nesse caso (Rodrigues & Hoga, 2005).

Loureiro e Vieira (2004) chamam a atenção para o fato de que existe o preconceito no meio médico em casos que envolvem aborto e que eles muitas vezes evitam falar sobre sua

opinião quanto a esse tema. Os profissionais de saúde fundamentados na objeção de consciência, principalmente em casos de aborto provocado, recusam o atendimento às mulheres que estão passando por essa situação (Diniz (2013), o que dificulta ainda mais o acesso ao aborto mesmo em casos legalizados (Morais, 2008).

Diante disso, Diniz (2013) propõe que um médico em uma situação de objeção de consciência em caso de abortamento legal deve receber atendimento e ser cuidado, o que não significa que ele deve recusar-se a exercer os seus deveres, sendo dever das instituições garantirem que tais mulheres recebam assistência. Alega-se ainda que a objeção de consciência passa a ser questão de hierarquia e não de crenças, pondo em destaque a hegemonia médica, destacando também a consideração do aborto avaliado através de uma perspectiva religiosa, colocando a característica laica apenas como um adjetivo das políticas públicas (Diniz, 2013). Morais (2008) destaca que é necessário que os gastos em relação às políticas públicas sejam investidos em áreas com maior prioridade, sendo assim, tendo em conta que o aborto está em quarto lugar como

a maior causa de mortalidade materna considera-se que ele seja avaliado como uma área prioritária. Que isso seja levado em consideração e não seja apenas ignorado com a justificativa de que o aborto é um crime (Morais, 2008). No Brasil embora esse seja um país laico, a moralidade se destaca quando o assunto é aborto provocado, impondo à mulher a aceitação da gravidez, mesmo que essa não seja desejada (Santos, et al., 2013).

Se a igualdade e a liberdade são valores afins da dignidade da pessoa humana como coloca Moraes (2008), então por que há uma diferenciação em relação à penalização da mulher que provocou o aborto e do homem que seria o pai da criança abortada? Além disso, por que tolher através da penalização o direito da mulher de escolher o aborto? São contradições que vão de encontro à constituição brasileira. Segundo Moraes (2008) a mesma deve garantir, preservar e proteger a dignidade do indivíduo. Portanto, quando a mulher é impedida de ter acesso ao tratamento adequado ao seu tipo de problema devido ao preconceito, como no caso do aborto, a sua dignidade que deveria ser garantida está sendo ferida (Morais, 2008).

Em relação à participação masculina nos processos reprodutivo, um fato que aponta para a posição secundária do homem em relação ao aborto foi encontrado na pesquisa de Heilborn et al. (2012), realizada com 31 mulheres e 28 homens de classes populares e médias, com grupos de idade de 18 a 27 anos e 40 a 49 anos da região metropolitana do Rio de Janeiro que já passaram por experiência de aborto provocado. Pode-se observar nessa pesquisa que o número de aborto foi maior que o número de filhos, tanto para o grupo de mulheres mais jovens, quanto para aquele com faixa etária entre 40 e 49 anos. No entanto, homens de classes populares e mais velhos relataram um maior número de filhos do que de aborto. Segundo os autores, esse dado indica que o aborto, em alguns casos, pode não ter sido revelado para o parceiro, como verbalizado pelas mulheres do estudo, as quais afirmaram que era frequente manter segredo sobre a gravidez ao parceiro quando esta resultava em um aborto, especialmente em casos onde o relacionamento não era duradouro. Isso reafirma que em muitos casos o homem é excluído de todo o processo (Pettracci et al. 2012).

Os homens têm o direito de participar do planejamento familiar junto a sua parceira, de forma que o seu direito está em participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, o número de filhos, participação no período da gestação, bem como no momento do parto, pós-parto e educação dos filhos (Ministério da Saúde, 2009). Os dados do estudo realizado por Heilborn et al. (2012) apontam que em certas circunstâncias a negociação com o parceiro em relação ao aborto não existe, conferindo ao homem um papel secundário nesse processo, lembrando que esta posição secundária pode ter sido tomada de forma voluntária pelo homem ou não. Ademais, o tipo de relação afetivo-sexual exerce grande influência na decisão de interromper ou não uma gravidez (Heilborn, et al., 2012).

Vigoya e Navia (2012) constataram através de sua pesquisa que quando o homem não participa de atividades de contracepção e aborto eles justificaram esse alheamento afirmando que são coisas que se passam no corpo da mulher e que eles não podem interferir. Os autores apontam que esse argumento revela a confusão que se faz em relação à responsabilidade

compartilhada, respectiva a eventos reprodutivos e o direito diferenciado que as mulheres deveriam ter em relação ao aborto. Na pesquisa realizada por Heilborn et al. (2012), ao analisarem os dados provindos dos homens de 40 a 49 anos, constataram que eles se queixam devido a exclusão da figura masculina no processo de abortamento, bem como a prevalência da decisão feminina quanto ao desfecho de uma gravidez imprevista.

Vale ressaltar que no momento do parto, o parceiro tem o direito de acompanhar a parturiente e a equipe de saúde tem o papel de orientar o casal, disponibilizar informação, tirar dúvidas e estar atentos a quaisquer necessidades deles (Motta & Crepaldi, 2005). Percebe-se que apesar de ser um direito do pai “O Sistema Único de Saúde-SUS ainda não conseguiu colocar em prática a participação dos pais no processo de nascimento” (Alexandre & Martins, 2009, p. 325).

Nishimura (2004), ao utilizar dados sobre o posicionamento em relação à homossexualidade, o aborto, o papel da mulher, a hierarquia social e dados da pesquisa ESEB de 2002, produziu um artigo acerca do conservadorismo social que traz

informações interessantes de opiniões sobre o aborto. Nesse artigo ela chama a atenção para o fato de que a afirmativa que diz que o aborto deve ser proibido em qualquer situação foi escolhida por grande parte dos participantes. Segundo a autora, pode-se identificar um grupo mais conservador que defendia (p.353):

a preservação dos valores familiares, que defendem a idéia de que a preservação da família sobrepõe-se à defesa da mulher e para quem o trabalho de cuidar dos filhos e da casa é uma tarefa que cabe estritamente à mulher são também os mais conservadores em relação à liberalização do aborto, afirmando-se favoráveis à sua proibição em qualquer circunstância.

O que, segundo a autora, revela que ainda existe certo conservadorismo social, que junto ao conservadorismo em relação à homossexualidade, ao papel da mulher e a hierarquia social contribuem para as desigualdades de tratamento e impedem o exercício real da democracia nas relações sociais Nishimura (2004).

Diante do apresentado, pode-se notar que o aborto está para além da esfera biológica, sendo uma decisão complexa e compartilhada que leva em consideração diversos fatores. Seguindo

esse raciocínio, socialmente atribui-se papéis a homens e mulheres, os quais são vistos como sendo próprios e inerentes a cada um deles, portanto com caráter essencialista, fixo e imutável, como pode-se observar nas declarações de Giffin (1994), em que o homem tem o papel de sustentar financeiramente a família e a mulher tem os afazeres domésticos como responsabilidade, cuidando da casa e da família. A sociedade, incluindo a área da saúde e a justiça, reforça a identidade masculina hegemônica e essa divisão de papéis entre homens e mulheres, o que contribui ainda mais para as desigualdades de gênero.

Construção da Identidade Masculina

As noções de masculinidades são, desde muito cedo, construídas através da interação com outros, em que elementos que simbolizam a virilidade estão em jogo para a formação daquilo que o homem entende como sendo masculinidade. Para entender como a identidade masculina é construída, três elementos entram em destaque, são eles: a sexualidade, o desejo e a violência. Essa construção não se dá de forma imediata, ela é longa e repleta de contratempos, no entanto percebe-se

que ela, muitas vezes, não é construída de forma saudável, podendo ser baseada na violência, posse e dominação (Souza, 2010). A visão mais predominantemente compartilhada socialmente sobre o que é ser homem, segundo Batista (2003, p. 211) é: “ser homem é ser viril, forte, trabalhador, chefe de família, agressivo, firme, honesto, responsável, inteligente, competitivo e de uma sexualidade incontrolável”.

Nesse sentido há um padrão de aceitação por homens e mulheres da masculinidade hegemônica, que diz respeito à desigualdade entre os homens e mulheres, a qual vai de encontro a valores para uma convivência adequada, como solidariedade, respeito, ética, entre outros, como bem colocado pelo autor supracitado (Korin, 2001). Até mesmo os profissionais reforçam a ideia de diferenças entre homens e mulheres, pondo em evidência as desigualdades de gênero, como por exemplo, a atenção demasiada dos médicos no desenvolvimento de métodos contraceptivos femininos (Chumpitaz, 2003).

Lopez e Moreira (2013) não encontraram política local ou global voltada exclusivamente para homens

adultos. Segundo os mesmos autores, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que apesar de ter sido instituída em 2009, sua institucionalização propriamente dita aconteceu recentemente, reforçando a ideia de que o homem não precisa cuidar da sua saúde. Eles apontam ainda o fato de que o homem ocupa cargos de liderança e poder com mais frequência, indicando que há a possibilidade de que se tenha a visão de que o homem está acima de qualquer vulnerabilidade em relação a sua saúde, esquecendo qualquer singularidade e diferença que ele possui. Em relação à iniciação e vivências sexuais, as questões de gênero interferem na vivência da sexualidade por jovens do sexo masculino e feminino, de maneira que o homem tem o papel masculino de vivenciar sua sexualidade de maneira mais aberta – heterossexualidade compulsiva - (Villela & Doreto, 2006; Schraiber et al., 2005), que por vezes pode potencializar uma gravidez não esperada. E quando eles são comparados às mulheres, percebe-se que em relação à sexualidade, a mulher tem por papel social ser mais recatada quando o assunto diz respeito a experiências sexuais. Além disso, o

homem é visto como o responsável pelo sustento da família. Lembrando que esses fatos citados acima variam também de acordo com a situação socioeconômica, escolaridade e faixa etária do sujeito (Villela & Doreto, 2006). Em relação ao cuidado com os filhos, já que a mulher desde sempre é ensinada a ser mãe, o pai com frequência se vê livre desse papel, destinando pouco tempo com os filhos (Korin, 2001). Pode-se notar, também, com a revisão bibliográfica realizada por Batista (2003), que a fecundidade, a reprodução e o aborto são considerados pelos homens assuntos de ordem feminina.

Uma forma dominante de demonstrar masculinidade é através da adoção de comportamentos e crenças de risco (Courtenay, 2000; Schraiber, et al., 2005), em que os homens podem não adotar cuidados com a saúde, exercendo poder para com as mulheres e homens menos poderosos que ele (Courtenay, 2000). Segundo este autor, existe também outra forma menos difundida de construção da masculinidade com a adoção de comportamentos saudáveis e de prevenção, com a realização de exames e a ingestão de alimentos saudáveis. Korin (2001) propõe que

para que haja igualdade entre homens e mulheres é preciso à promoção de masculinidades em que os homens sintam-se bem e que vão de encontro a práticas do modelo de masculinidade hegemônica. Fala-se em masculinidades, pois com base em Batista (2003, p. 211-212) “Estamos falando de vários homens, que, convivendo em novas práticas sociais, em relação com outros homens e mulheres, têm se reconstruído socialmente, gerando ‘múltiplas formas de masculinidade’”.

Esse modelo de masculinidade hegemônica baseado no poder masculino, colocando o homem como forte, ativo, competitivo, competente para trabalhos físicos intensos, aquele capaz de lutar em guerras e penetrar o corpo da mulher, racional, inabalável, é ainda predominante, segundo Korin (2001), de forma que as pessoas acreditam que os homens se comportam de tal maneira devido a determinações biológicas, sendo naturalizada a forma como ele é, o que contribui mais ainda para a conservação de tal paradigma essencialista de gênero (Korin, 2001). Até mesmo em muitos serviços de saúde permeia ainda o modelo hegemônico de masculinidade, que por

sua vez põe diversos obstáculos para efetivação do atendimento integral em relação à saúde sexual e reprodutiva, aos homens e mulheres, sendo um padrão de relações de gênero que barra tal efetivação (Duarte, et al., 2003).

Apesar disso, percebe-se que a construção da identidade masculina está pautada nas diferenças de gênero que são justificadas pelo essencialismo e construtivismo e servem para endossar as desigualdades existentes entre homens e mulheres, que são justificadas pelos estereótipos desses grupos – homens e mulheres - frutos das diferenças entre eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que a sociedade, desde tempos remotos, contribuiu para que se estabelecesse uma divisão de papéis entre homens e mulheres, como no caso da condenação da contracepção e do trabalho feminino fora de casa pela medicina, colocando que a função da mulher é ser mãe. Isso acarretou e acarreta diversas consequências negativas para a saúde da mulher e do homem, tratamentos diferenciados (como no caso da penalização feminina do aborto, do

tratamento diferenciado nas instituições de saúde entre homens e mulheres que estão passando por uma experiência de abortamento e o tratamento diferenciado nas instituições de saúde as mulheres que provocaram aborto), favorecendo as desigualdades nas relações de gênero.

Com a discussão dos materiais consultados para a elaboração do presente estudo foi possível notar que essa diferenciação perpassa diversos setores da sociedade, senão todos, como a justiça, as instituições de saúde (com os tratamento diferenciados citados acima em relação as mulheres que provocam aborto, com a falta de atendimento e até mesmo de sensibilidade para com o sofrimento do parceiro que junto a sua parceira está vivenciando uma situação de aborto).

Ademais, a penalização do aborto provocado, de certa forma, traz consequências diferenciadas em relação à saúde das mulheres de acordo com a classe socioeconômica da mesma. Como pode-se observar através dos materiais usados para a discussão, as mulheres que mais são prejudicadas com a ilegalidade do aborto são aquelas mais pobres, que não tem como realizar um aborto seguro.

Diante disso, aponta-se tanto para os pontos negativos das desigualdades nas relações de gênero, com a sociedade reforçando e difundindo a identidade masculina hegemônica, quanto para os pontos negativos da penalização do aborto provocado, de forma que em nenhum momento defende-se que essa prática ocorra indiscriminadamente, mas destaca-se que tal penalização não impede que os abortos aconteçam, apenas contribui para que as mulheres, principalmente as mais pobres, sofram com a realização do aborto clandestino pondo em risco suas vidas.

Além disso, percebe-se que para além da penalização, as mulheres ainda sofrem sozinhas com as crenças embutidas na sociedade, como a consideração de que as mulheres que provocam aborto são desumanas e ruins. Além de sofrer com o medo de serem penalizadas, ainda sofrem com questões morais que perpassam diversos ambientes da sociedade. Segundo Morais (2008), ao discriminar uma mulher que provocou aborto se está punindo-a duplamente. Elas são alvos de preconceito até mesmo em situações de aborto legalizado dificultando o acesso ao aborto seguro, como aponta

Morais (2008). Devido a isso, percebe-se que elas demoram a procurar atendimento com medo do julgamento dos profissionais de saúde, como pode-se verificar nos artigos analisados que tais profissionais tem um tratamento diferenciado para com as mulheres que estão passando por tal situação. Com isso, pode-se perceber tamanha a carga que uma situação de aborto traz para a mulher, deixando o homem escanteado.

Sendo assim, percebe-se que são necessárias ações que possam contribuir para uma maior igualdade nas relações de gênero, bem como, que possam fazer com que a justiça faça jus ao seu próprio nome, destacando a importância que tais ações terão em relação ao tratamento realmente igualitário entre os gêneros, assinalando que os princípios de liberdade, igualdade e fraternidade só deixarão de ser apenas palavras quando a igualdade plena acontecer, não apenas em relação ao gênero, mas a igualdade entre as etnias, classes sociais, e sexualidades. É importante que tais palavras saiam do discurso e passem à prática, como também é preciso que os discursos que incentivam a igualdade nas relações de gênero se tornem reais, não só nas relações entre os parceiros (homem e

mulher), mas também nos diversos setores da sociedade. É necessário também que a sociedade no geral contribua no sentido de não reforçar tais desigualdades existentes entre homens e mulheres, sendo de grande importância a capacitação dos profissionais de saúde para lidar de forma mais adequada tanto com os homens que estão compartilhando com sua parceira uma experiência de aborto, quanto com as mulheres que estão passando por uma experiência de aborto provocado.

É importante que haja uma valorização e respeito das crenças de todos e que as nossas próprias crenças não interfiram negativamente no tratamento ao outro. Tolher o direito da mulher sobre seu próprio corpo e submetê-la, assim, a riscos, segundo Anjos et al., (2013), fere os direitos humanos e é um problema de saúde pública devido ao seu largo número e também as consequências biopsicossociais que o mesmo desencadeia. Além disso, são elas que sofrem solitárias as penalizações moral, social e judicial do aborto.

Em suma, todo o reforço e difusão das desigualdades de gênero e da Identidade Masculina Hegemônica contribuem para que o homem se afaste

cada vez mais das atividades ligadas ao processo de reprodução (como a maternidade, aborto e contracepção), o que influencia de forma negativa a saúde da mulher e do homem e cria um ambiente de injustiças e desigualdades que, se não lutarmos para que haja uma mudança, será sempre reproduzido pela sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexandre, Ana Maria Cosvoski; Martins, Marialda (2009), “A Vivência do Pai em Relação ao Trabalho de Parto e Parto”, *Cogitare Enfermagem*, 14(2). doi:10.5380/2176-91332009142.

Consultado a 25.08.2014, em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/15625/10396>.

Anjos, Karla Ferraz dos et al. (2013), “Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos”, *Saúde em Debate*, 37(98), 504-515. Consultado a 25.08.2014, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S011042013000300014&script=sci_arttext.

Batista, Luís Eduardo (2003), Parte IV - Desigualdades, diferença em saúde:

Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: Goldenberg, Paulete et al. (Org.), O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 187-196. Consultado a 25.08.2014, em <http://static.scielo.org/scielobooks/d5t55/pdf/goldenberg-9788575412510.pdf>.

Chumpitaz, Violeta Angélica Cuenca (2003), Percepções Femininas sobre a Participação do Parceiro nas Decisões Reprodutivas e no Aborto Induzido (Dissertação de mestrado). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

Costa, Mariana Diôgo de Lima et al. (2012), O aborto provocado e direitos sociais; problematizando a assistência em saúde oferecida às mulheres em situação de abortamento. 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. UFPB, João Pessoa. Consultado a 25.08.2014, em <http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/view/233/104>.

Courtenay, Will H. (2000), “Constructions of Masculinity and their

Influence on Men’s Well-Being: a theory of gender and health” *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401, consultado a 27.05.2014, em [http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course07443/published/1295951502373/resourceId/4292165/content/courtenay\[1\].pdf](http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course07443/published/1295951502373/resourceId/4292165/content/courtenay[1].pdf).

Dantas, Larissa Correia Nunes et al. (2011), “Percepção dos homens sobre o processo de abortamento”, *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12 (2), 342–350. Consultado a 25.08.2014, em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/164/73>.

Digiovanni, Rosângela (2008), “Entre mulheres: considerações sobre aborto, religião e projetos de vida”, *Fazendo gênero: corpo, violência e poder*. UFSC, Florianópolis. Consultado a 25.08.2014, em http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST23/Rosangela_Digiovanni_23.pdf.

Diniz, Débora (2013), “Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde”, *Cadernos de Saúde Pública*, 29 (9), 1704-1706. Consultado a 25.08.2014, em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=ci_arttext&pid=S0102-311X2013000900002.

Duarte, Graciana Alves et al. (2003), “Participação Masculina no Uso de Métodos Contraceptivos”, *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 207-216. Consultado a 25.08.2014, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14921.pdf>.

Figueroa Perea, Juan Guillermo (2000), “Derechos reproductivos y feminismo em la experiência de los varones”, *Estudios Feministas*, 8(1), 131-144. Consultado a 25.08.2014, em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9872/9098>.

Galeotti, Giulia (2007), *História do aborto*. Lisboa/Portugal: Edições 70. Tradutora: Sandra Escobar.

Giffin, Karen (1994), “Esfera de Reprodução em uma Visão Masculina: Considerações sobre a Articulação da Produção e da Reprodução, de Classe e de gênero” *PHYSIS -Revista de Saúde Coletiva*, 4(1), 23-40. Consultado a 18.07.2014, em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v4n1/02.pdf>.

Gomes, Romeu; Nascimento, Elaine Ferreira do (2006), “A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica”, *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 901-911. doi:10.1590/S0102-311X2006000500003. Consultado a 25.08.14, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000500003&script=ci_arttext.

Guedes, Alessandra Casanova (2000), “Abortion in Brazil: legislation, reality and options”, *Reproductive Health Matters*, 8 (16), 66-76. DOI: 10.1016/S0968-8080(00)90188-5.

Heilborn, Maria Luiza et al. (2012), “Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios”, *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 12, 224-257. Consultado a 25.08.2014, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=ci_arttext&pid=S1984-64872012000600010.

Korin, Daniel (2001), “Novas perspectivas de gênero em saúde”,

Adolescencia latinoamericana, 2(2), 67–79. Consultado a 25.08.2014, em http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302001000200003&lng=es&nrm=iso

Lopez, Silvia Brãna; Moreira, Martha Cristina Nunes (2013), “Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 743–752. doi:10.1590/S1413-

81232013000300020. Consultado a 25.08.2014, em <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n3/20.pdf>.

Loureiro, David Câmara; Vieira, Elisabeth Meloni (2004), “Aborto conhecimento e opinião dos médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais”, *Caderno de Saúde Pública*, 20 (3), 679-688. Consultado a 22.07.2014 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300004.

Mejía, Natalia Zapata (2011), “La Lucha Continúa: Necesidad de Ampliar Las Causales de Despenalización del Aborto Cuando el Embarazo Represente un Daño al Proyecto de Vida de la Mujer ó Subsidiariamente Indemnización para esta Cuando se le Daña su Proyecto de Vida al Imponerle la Maternidad”, in Ochoa Carvajal, Raúl Humberto, *Estudios de Derecho*, 255-278. Consultado a 22.07.2014, em <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/red/article/viewFile/11388/10401>.

Ministério da Saúde (2009), “Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos”, Brasília: DF. Consultado a 25.08.2014, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf.

Ministério da Saúde (2011), “Atenção humanizada ao Abortamento: Norma Técnica”, Brasília – DF. [2ª ed.]. Consultado a 25.08.2014, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf.

Morais, Lorena Ribeiro de (2008), “A legislação sobre o aborto e seu impacto

na saúde da mulher”, *Senatus*, 6(1), 50-58. Consultado a 25.08.2014, em http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/131831/legisla%C3%A7%C3%A3o_aborto_impacto.pdf?sequence=6.

Motta, Cibele Cunha Lima da; Crepaldi, Maria Aparecida (2005), “O Pai no Parto e Apoio Emocional: A Perspectiva da Parturiente”, *Piadéia*, 15(30), 105-118. doi:10.1590/S0103-863X2005000100012. Consultado a 25.08.2014, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2005000100012&script=sci_arttext.

Nagahama, Elizabeth Eriko Ishida; Santiago, Silvia Maria (2005), “A institucionalização médica do parto no Brasil”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 651–657. doi:10.1590/S1413-81232005000300021. Consultado a 25.08.2014, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Nishimura, Katia Mika (2004), “Conservadorismo social, opiniões e atitudes no contexto das eleições de 2002”, *Opinião Pública*, 10(2), 339-367. Consultado a 25.08.2014, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762004000200007.

Olinto, Maria Teresa Anselmo; Moreira-Filho, Djalma de Carvalho (2006), “Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional”, *Caderno de Saúde Pública*, 22 (2), 365-375. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200014>. Consultado a 25.08.2014, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200014&script=sci_arttext.

Petracci, Mónica et al. (2012), “El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires”, *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (12), 164–197. doi:10.1590/S1984-64872012000600008. Consultado a 25.08.2014, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872012000600008.

[64872012000600008&lng=en&nrm=iso
&tlng=es.](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S064872012000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

Rodrigues, Márcia Melo de Laet; Hoga, Luiza Akiko Komura (2005), “Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas”, Revista da Escola de Enfermagem da USP, 39(3), 258–267.

doi:10.1590/S0080-62342005000300003. Consultado a 25.08.2014, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000300003&script=sci_arttext

Rodrigues, Márcia Melo de Laet; Hoga, Luiza Akiko Komura (2006), “Aborto espontâneo e provocado: sentimentos vivenciados pelos homens”, Revista Brasileira de Enfermagem, 59(1), 14–19.

doi:10.1590/S0034-71672006000100003. Consultado a 25.08.2014, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000100003&script=sci_arttext

Rohden, Fabíola (2003), A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Santos, Vanessa Cruz et al. (2013), “Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública”, Revista Bioética, 21 (3), 494-508. Consultado a 25.08.2014, em

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/778/933

Scavone, Lucila (2003), “Parte IV - Desigualdades, diferença em saúde. Das Diferenças às Desigualdades: reflexão sobre o conceito de saúde reprodutiva nas ciências sociais”, in Goldenberg, Paulete et al. (Org.), O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 187-196. Consultado a 25.08.2014, e <http://books.scielo.org/id/d5t55/pdf/goldenberg-9788575412510-12.pdf>.

Schraiber, Lília Blima et al (2005), “Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva”, Ciência & Saúde Coletiva, 10(1), 7–17. Consultado a 25.08.2014, em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002.

Silva, Natália Maria Portilho da; Lemos, Adriana (2012), “O jovem homem universitário frente ao aborto: Uma

contribuição para enfermagem”, Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, 5 (1), 3309-10, 2012. doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n1p3302. Consultado a 25.08.2014, em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2047/pdf_688.

Souza, Ezequiel de (2010), “Olhares sobre a identidade masculina”, Protestantismo em Revista, 21, 34-42. Consultado a 25.08.2014, em <http://periodicos.est.edu.br/index.php/nep/article/view/17/15>.

Vigoya, Mara Viveros; Navia, Ángela Facundo (2012), “El lugar de las masculinidades en la decision del aborto”, Sexualidad, Salud y Sociedad, (12), 135–163. doi:10.1590/S1984-64872012000600007. Consultado a 25.08.2014, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872012000600007&script=sci_arttext.

Villela, Wilza Vieira; Doreto, Daniella Tech (2006), “Sobre a experiência sexual dos jovens”, Cadernos de Saúde Pública, 22(11), 2467–2472. doi:10.1590/S0102-311X2006001100021. Consultado a

25.08.2014, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100021.

Zordo, Silvia De (2012), “Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia”, Ciência & Saúde Coletiva, 17(7), 1745-1754. Consultado a 25.08.2014, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700013&script=sci_arttext.

Cleonides Silva Dias Gusmão:

Mestranda em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba.

Ana Alayde Werba Saldanha:

Doutora em Psicologia, Universidade Federal da Paraíba.