

JORNAL DA

redesaúde

Informativo da Rede Nacional Feminista
de Saúde e Direitos Reprodutivos

N.º 21 - setembro 2000

**28 de Setembro:
Dia pela Descriminalização
do Aborto**

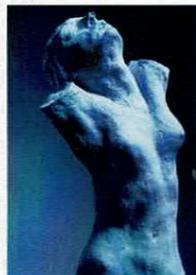
Aborto e Direitos Humanos

**Proteção Social da
Maternidade**

**Pesquisas Inéditas:
Direitos das Mulheres
e o Legislativo
Serviços de Esterilização**

**Encarte:
Campanha 28 de Setembro
e os Desafios pós-Pequim + 5**

Capa: Rodin



Coordenadora Regional da Campanha 28 de Setembro – Dia pela Descriminalização do Aborto na América Latina e Caribe no período de 2000-2002, a Rede Nacional Feminista preparou este número do *Jornal da Rede* como mais uma atividade no âmbito da luta pelo direito ao aborto.

A descriminalização do aborto como uma questão de direitos humanos e justiça social é o enfoque adotado por *Silvia Pimentel e Valéria Pandjarian*, do Cladem-Brasil. Enquanto *José Antônio Jordão* (SESSP) fala de médico para médico na defesa da humanização do atendimento das mulheres que decidem pela interrupção de uma gravidez, *Martha Rosenberg* (Foro por los Derechos Reproductivos) comenta o conceito de “gravidez forçada” como uma violação do direito da mulher.

Em suas análises sobre os resultados de pesquisas recentes com membros do parlamento federal, *Almira Rodrigues* (Cfemea) e *Myriam Santin* (Católicas pelo Direito de Decidir) fazem importantes revelações sobre o posicionamento dos/as parlamentares sobre temas contemplados na Plataforma de Ação de Pequim, com destaque para a questão do aborto.

Outra pesquisa comentada nesta edição por *Olinda Luiz e Maria Teresa Citeli* foi feita pela Comissão de Cidadania e Reprodução em 23 serviços públicos que realizam esterilização cirúrgica na região metropolitana de São Paulo. Entre as revelações: a lei de planejamento familiar ainda não saiu do papel e a categoria médica se ressentiu de haver perdido o poder de decidir sobre a realização do procedimento.

O artigo de *Marina Rea e Luis Eduardo Batista* (Instituto de Saúde/SESSP) traz uma análise sobre os ganhos e perdas em relação aos direitos da trabalhadora no período da maternidade, que resultaram da recente revisão da Convenção da OIT (Organização Internacional do Trabalho).

Sobre a RedeSaúde, os destaques foram: o 6º Encontro Nacional, em Atibaia, São Paulo, onde foram aprovados o novo Conselho Diretor e a nova Secretária Executiva, *Maria Isabel Baltar*; a Plataforma da Rede para as Eleições 2000; e a home page da Rede.

No encarte especial dedicado à Campanha 28 de Setembro, *Sonia Corrêa* (IBASE/DAWN) faz uma análise sobre as principais discussões e posicionamentos dos governos da região sobre o tema do aborto por ocasião da Sessão Especial da ONU sobre Pequim + 5, realizada em Nova York, em junho deste ano.

No encarte especial dedicado à Campanha 28 de Setembro, *Sonia Corrêa* (IBASE/DAWN) faz uma análise sobre as principais discussões e posicionamentos dos governos da região sobre o tema do aborto por ocasião da Sessão Especial da ONU sobre Pequim + 5, realizada em Nova York, em junho deste ano.

SUMÁRIO

3 a 5	Descriminar para Não Discriminar <i>Silvia Pimentel e Valéria Pandjarian</i>
6 a 8	Profissional de Saúde e o Abortamento: é preciso humanizar o atendimento <i>José Antônio Jordão Ribeiro Neto</i>
9 a 12	Legislativo Federal e os Direitos das Mulheres: não falta sensibilidade e sim vontade política <i>Almira Rodrigues</i>
13 a 15	O Conceito de Gravidez Forçada <i>Martha Rosenberg</i>
16 a 18	Vozes da Igreja Católica na Câmara Federal <i>Myriam Aldana Santin</i>
19 e 20	Proteção Social à Maternidade: ganhos e perdas na nova Convenção da OIT <i>Marina Rea e Luis Eduardo Batista</i>
21 e 22	Esterilização Cirúrgica: lei que fica no papel <i>Olinda C. Luiz e Maria Teresa Citeli</i>
23 a 25	6º Encontro Nacional da RedeSaúde Plataforma da RedeSaúde para as Eleições 2000
26 e 27	Em Pauta

Encarte:
Campanha 28 de Setembro e os Desafios pós-Pequim + 5

jornal da redesaúde

Nº 21 - setembro de 2000
Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reproductivos

Conselho Editorial
Cândida Carvalheira/RJ
Criméia Shimidt Almeida/SP
Eunice Guedes/PA
Fátima Oliveira/MG
Gilberta Soares/PB
Jacira Melo/SP
Márcia Larangeira/PE
Maria José de Oliveira Araújo/SP
Rurany Esther Silva

Secretária Executiva
Maria José de Oliveira Araújo

Coordenação Editorial
Jacira Melo

Editora
Marisa Sanematsu

Assistente Editorial
Eugenia Lisboa Homem

Colaboraram neste número
Silvia Pimentel e Valéria Pandjarian
José Antônio Jordão Ribeiro Neto
Almira Rodrigues
Martha Rosenberg
Myriam Aldana Santin
Marina Rea e Luis Eduardo Batista
Olinda C. Luiz e Maria Teresa Citeli
Sandra Unbehaum
Angela Freitas
Sonia Corrêa
Fernanda Pompeu

Projeto Gráfico e Arte
Paulo Batista

Fotolito
Input

Impressão
Hamburg Gráfica e Editora

Apoio
Fundação Ford
FNUAP

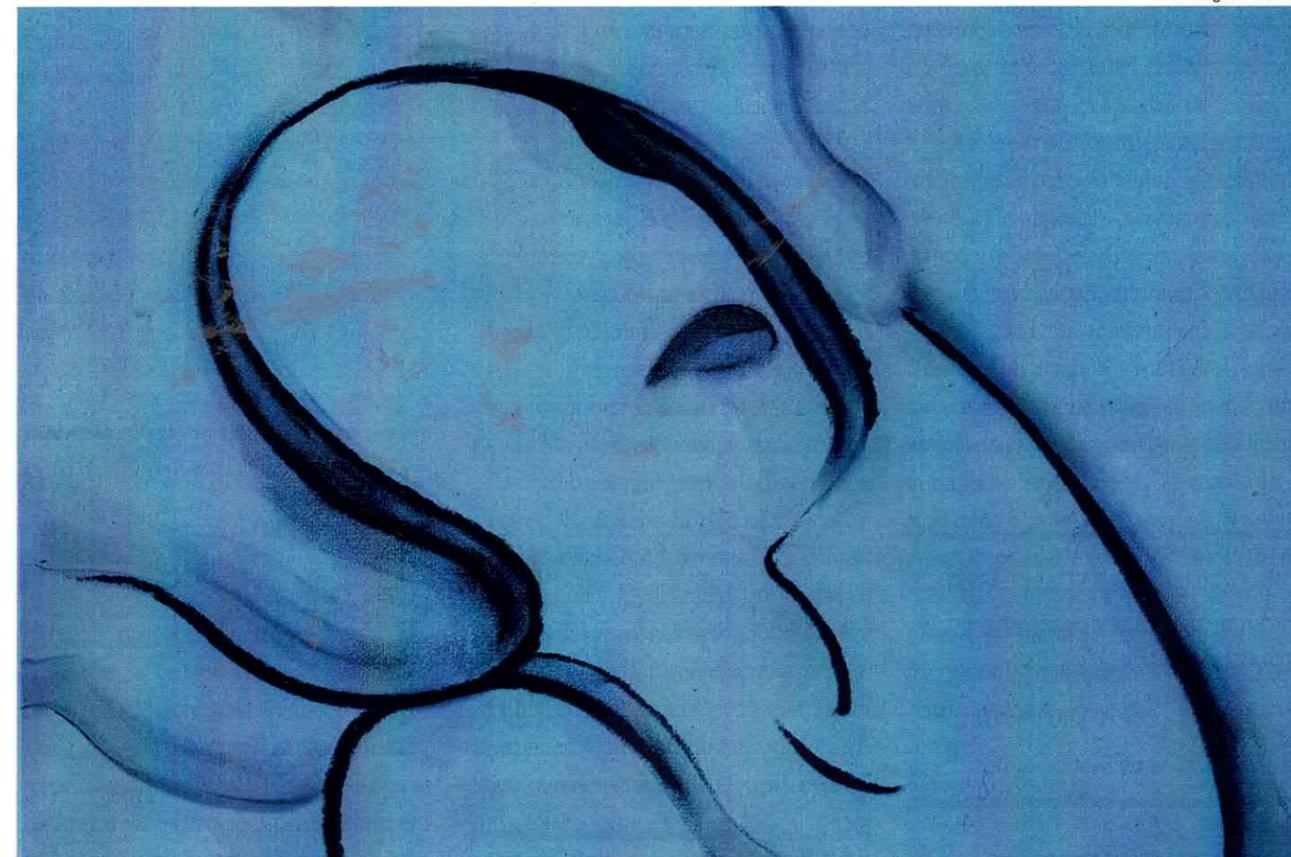
Secretaria Executiva da RedeSaúde
Rua Bartolomeu Zunega, 44
05426-020, São Paulo/SP, Brasil
tel.: (11) 813.9767 fax: (11) 813.8578
e-mail: redesaude@uol.com.br
http://www.redesaude.org.br

Autorizamos a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.

Descriminar para Não Discriminar

Silvia Pimentel e Valéria Pandjarian*

Georgia O'Keeffe



“Para a mulher que aborta: repouso...”
Nando Reis

A Campanha Regional do 28 de Setembro – Dia de Ação pela Descriminalização do Aborto na América Latina e Caribe invoca-nos a (re)visitar e refletir sobre o tema do aborto no marco teórico-filosófico, histórico-político e jurídico dos direitos humanos contemporâneos, a partir de uma perspectiva de gênero.

Reconhecimento internacional dos direitos reproductivos

O direito à saúde da mulher – incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva – tem

se constituído em componente essencial dos direitos humanos, concepção refletida em diversos documentos produzidos nas conferências internacionais das Nações Unidas das últimas décadas.

A Primeira Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos (Teerã, 1968) reconheceu pela primeira vez o direito humano fundamental de pais e mães de determinarem livremente o número de filhos/as e os intervalos entre seus nascimentos. Igualmente, a Conferência sobre População de Bucareste (1974) reconheceu esse

direito aos casais e indivíduos, estabelecendo ainda o papel que o Estado deve desempenhar para garantir o exercício desse direito. Nesse sentido destaca-se também a Conferência Mundial da Mulher realizada no México (1975), na qual foi reconhecido o direito da mulher à sua integridade física, incluindo-se o direito de decidir sobre o próprio corpo e o direito à maternidade opcional.

Entretanto, é a partir das conferências internacionais celebradas no decorrer da década de 90, em especial a Conferência

ABORTO E DIREITOS HUMANOS

Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995), que o tema ganha maior relevância, estabelecendo-se: que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos são fundamentais para os direitos humanos e o desenvolvimento; que os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais, incluindo-se o direito de todo casal e de todo indivíduo de tomar decisões sobre a reprodução, *livre de discriminação*; e reconhecendo-se, ainda, a necessidade de tratar-se o tema dos direitos reprodutivos da mulher, e especificamente o tema do aborto inseguro, de forma *humana e solidária*.

A partir das Conferências do Cairo e Pequim, a comunidade internacional passa a reconhecer expressamente o aborto inseguro como um grave problema de saúde pública

A partir das Conferências do Cairo e Pequim, a comunidade internacional passa a reconhecer expressamente o aborto inseguro como um grave problema de saúde pública e recomenda aos governos que *considerem a possibilidade de reformar as leis que estabelecem medidas punitivas contra as mulheres que tenham sido submetidas a abortos ilegais*, bem como que *garantam às mulheres, em todos os casos, o acesso a serviços de qualidade para tratar complicações derivadas de abortos*.

Apesar dos avanços ocorridos em alguns países, em termos de políticas e leis internas que buscam adequar-se às recomendações de Cairo e Pequim, bem como aos compromissos assumidos pela ratificação de tratados internacionais de proteção aos direitos humanos, as mulheres que vivem em

países nos quais o aborto, via de regra, ainda é considerado crime, como no Brasil, seguem sofrendo limitações ao exercício de seus direitos e liberdades fundamentais reconhecidos na legislação internacional e nacional. Entre eles, estão o direito de viver livre de violência e discriminação em razão de gênero, o direito à intimidade, à saúde, à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

A propósito, vale lembrar que o Estado brasileiro não só assinou os documentos produzidos nas conferências acima mencionadas, assumindo perante a comunidade internacional o compromisso político e moral de revisar as leis internas que punem as mulheres submetidas a abortos ilegais, como também ratificou os principais tratados internacionais de proteção aos direitos humanos. Entre estes últimos, destacam-se a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (*Convenção da Mulher*, ONU, 1979) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (*Convenção de Belém do Pará*, OEA, 1994). Ao assinar esses documentos e ratificar essas convenções, o Brasil obrigou-se legalmente a adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas que visem eliminar toda e qualquer forma de violência contra a mulher, inclusive *abolindo leis e regulamentos vigentes que respaldem a persistência e a tolerância da violência contra a mulher*.

Criminalização e dupla discriminação

No Brasil, o Código Penal de 1940 considera crime a prática do abortamento, exceto quando não há outro meio de salvar a vida da gestante (*aborto necessário*) ou se a gravidez é resultante de estupro (*aborto sentimental consentido*). Apesar desse direito, há 60 anos garantido pela legislação nacional, as mulheres que desejam recorrer à prática do abortamento nas condições legalmente autorizadas encontram inúmeros obstáculos ao exercício desse direito.

A regra geral de proibição do aborto em nosso ordenamento jurídico acaba por funcionar como uma “válvula de escape” para os que buscam sustentar o falacioso argumento de que os permissivos legais estabelecidos no artigo 128 do Código Penal brasileiro não constituem um direito da mulher para a prática do abortamento. Tentam assim, no entendimento do juiz José Henrique Torres, justificar “*a injustificável omissão do Estado, que ‘dá com uma mão e toma com a outra’, ou seja, admite a prática do abortamento sentimental ou necessário e, ao mesmo tempo, na grande maioria dos casos, não dá nenhuma assistência ou garantia às mulheres vítimas de violência sexual ou expostas a perigo de vida*”.

a escolha pela manutenção de dispositivos que penalizam a prática de aborto consentida em nosso país é duplamente discriminatória

Ora, a escolha pela manutenção de dispositivos que penalizam a prática de aborto consentida em nosso país é duplamente discriminatória, seja porque fere a autonomia e os direitos humanos e liberdades fundamentais de todas as mulheres, seja porque afeta de maneira distinta as mulheres, segundo seus recursos econômicos, discriminando aquelas que, por carência de meios suficientes, vêem-se obrigadas a recorrer ao aborto inseguro, violando-se assim o princípio de justiça e equidade. Ao Estado cumpre garantir os direitos humanos fundamentais dos indivíduos e promover a justiça social mediante políticas e leis adaptadas à realidade social do momento, sem pretender estabelecer ou impor uma moral pública única.

A propósito, vale frisar que, ao contrário do que se imagina, os países que legalizaram o aborto provocado e criaram programas acessíveis de planejamento familiar, combinados com um acesso efetivo à infor-

ABORTO E DIREITOS HUMANOS

Georgia O'Keeffe



zação. Vale dizer, descreminar para não discriminar. Nesse sentido, é mister deslocar o tratamento jurídico tradicionalmente dado ao aborto do campo do Direito Penal, repressivo, cuja responsabilidade recai sobre o indivíduo-mulher, impondo-lhe uma *obrigação de não-fazer* (o aborto, mesmo em condições legalmente autorizadas), para o campo da saúde pública, recaindo tal responsabilidade sobre o Estado, cuja lei já há muito determina uma *obrigação de fazer*... cumprir as leis estabelecidas no âmbito internacional e nacional.

Advogamos, sim, condições de saúde e dignidade para os casos de abortamento provocado quando o casal ou, em última instância, a mulher, não se sintam em condições (sociais, econômicas, psicológicas ou médicas) de levar a cabo uma gravidez indesejada.

a descriminalização do aborto é uma legítima questão de direitos humanos

E se tomamos por princípio que a descriminalização do aborto é uma legítima questão de direitos humanos, segundo a qual devem ser respeitados os princípios da dignidade humana, igualdade e não-discriminação, impõe-se a exigência da tolerância, sim, por parte daqueles que têm um entendimento diferenciado. A partir da tolerância, vale dizer, busca-se compreender as convicções adversas, sem, entretanto, necessariamente a elas aderir. A prática do aborto jamais deve ser imposta a qualquer mulher, mas a sua não-prática, tam-

bém. Portanto, não buscamos impor àqueles que são contrários à descriminalização que a respaldem, mas simplesmente que a compreendam, como entendemos ser legítimo não exigir às mulheres que efetivamente não se sintam em condições de procriar e exercer a maternidade de forma responsável que a ela tenham que obrigatoriamente se submeter. Isso porque o princípio que impulsiona nossa atitude coerente e consentânea com o respeito dos direitos humanos é aquele que nos move no sentido de exercitar a solidariedade, a tolerância e o respeito à diversidade de concepções perante a difícil questão sobre os sentidos de vida e morte.

A dificuldade no enfrentamento do tema do aborto se dá, também, do ponto de vista das diferentes concepções acerca da sexualidade humana, de seu exercício e de como a sociedade e os indivíduos dão (ou não dão) conta dessa questão. Porque nenhuma mulher quer abortar; mas, quando precisa abortar, o que ela necessita – além de assistência social, médica, jurídica e psicológica – é, mais do que tudo, afeto, solidariedade, tolerância, respeito e repouso. Como diz a música de Nando Reis, “para a mulher que aborta: repouso...”

* Silvia Pimentel é professora doutora em Filosofia do Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e coordenadora nacional do Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (Cladem-Brasil).

Valéria Pandjarian é advogada e pesquisadora; membro do Cladem-Brasil e do Instituto para Promoção da Equidade (IPÉ), ONGs através das quais desenvolve trabalhos de investigação, consultoria e treinamento em direito internacional dos direitos humanos, com ênfase sobre questões de gênero e violência.

Profissional de Saúde e o Abortamento: é preciso humanizar o atendimento

José Antônio Jordão de Araújo Ribeiro Neto*

Questionamento básico

Será que a atual legislação sobre o aborto no Brasil, acrescida da conduta médica existente, contribui para a geração de conflitos em nossas pacientes? Penso que sim. Então para termos liberdade é preciso ter dinheiro? Que país é este?

Todos sabem que as pessoas de nível sócioeconômico mais alto têm acesso a profissionais que praticam o abortamento, nem sempre de qualidade, mas sempre por um preço elevadíssimo. Assim, para as mulheres pobres o aborto fica inacessível, não por razões morais ou técnicas, mas simplesmente por uma questão econômica.

E qual é a preocupação da paciente ao optar pela interrupção da gravidez? Ela quer qualidade técnica e o mínimo de seqüelas. Será que ela sabe que pode ter também ajuda afetiva?

Como ser afetivo sendo contra

Mesmo quem é contra o direito ao abortamento pode ajudar a paciente afetivamente nesses momentos de crise. *Se atender afetivamente esses casos, não estará cometendo nenhum crime e nem provocando abortamentos.*

Está claro que para nós, profissionais de saúde, é preferível fazer pré-natais, partos normais de fetos vivos, assistir gestações de alto risco bem-sucedidas, do que cuidar de pacientes que querem interromper uma gravidez. Mas nem por isso temos o direito de usar o poder médico para fazermos pré-natais de gestantes que terão "abortos de termo" (isto é, filhos não desejados) para nossa própria satisfação. Devemos poder ouvir afetivamente. Na maioria das vezes, só ouvir e falar o que sentimos, ao invés de fazer discursos prontos ou simplesmente recitar benzodiazepínicos, poderá ser muito mais terapêutico.

Devemos poder ouvir afetivamente.

Na maioria das vezes, só ouvir e falar o que sentimos poderá ser muito mais terapêutico

A genética e o aborto

Outro ponto polêmico em que se deve pensar é na possibilidade de oferecer às gestantes com indicação de exames diagnósticos de doenças genéticas a realização desses exames e a posterior opção pela continuidade ou não da gestação. Sabe-se que há casos de profissionais que negam esta possibilidade à paciente para não terem que passar pela difícil situação de lidar com um possível abortamento.

A iatrogenia e o médico

Quando o profissional de saúde se defronta com um abortamento, ele precisa saber como as diversas questões relacionadas estão sendo elaboradas pela paciente, para que sua conduta seja a mais próxima possível da realidade dela e para que as projeções de seus próprios desejos e conflitos sejam menores. Ele precisa pensar que toda decisão que se toma é sempre precedida de uma "simples" pergunta interna: sim ou não? Nesse momento de decisão, avaliam-se as vantagens e desvantagens, com base nos ensinamentos, experiências e (pré)conceitos anteriores, internos e externos, e opta-se por um dos lados, que trará ganhos e perdas.

Isso acontece também com as pacientes quando pensam em abortar e entram em conflito sobre a decisão de prosseguir ou não com a gravidez. Gostaria de lembrar que a maioria das gestantes, principalmente no

início da gestação, passam por este conflito. Mas não é por este fato que devemos taxar e rotular todas as grávidas como desumanas.

Eu também estou escrevendo por vários motivos, depois de me perguntar internamente se deveria ou não. Escrevo pela motivação interna de possibilitar a nós, médicos, refletirmos sobre nossas iatrogenias. Outro fato relevante é ter atendido um grande número de pacientes que carregavam graves seqüelas sociais, orgânicas e psicológicas em consequência de abortos, talvez pelo fato de a atitude médica ter sido inadequada. Muitas dessas seqüelas poderiam ter sido evitadas se o equilíbrio emocional do médico permitisse condutas mais humanistas, se ele

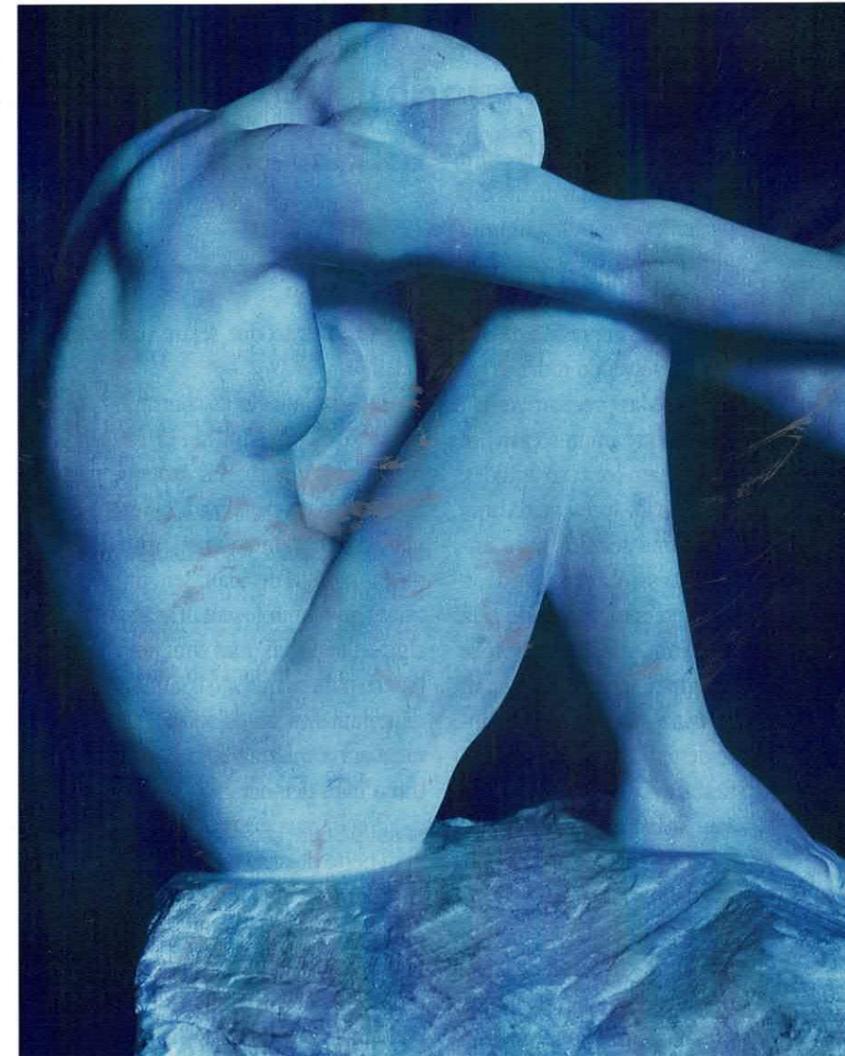
Muitas dessas seqüelas poderiam ter sido evitadas se o equilíbrio emocional do médico permitisse condutas mais humanistas, se ele pudesse sentir e ver além do orgânico

pudesse sentir e ver além do orgânico: o emocional do casal grávido que decide não prosseguir com a gestação. Vendo nosso emocional e o do casal, e evitando projeções, poderemos causar menos problemas para nossas pacientes, problemas que muitas vezes são mais graves que o próprio abortamento. Como melhorar essa situação?

Ajudar na elaboração é função do médico?

Diante de pacientes grávidas que não desejam prosseguir com a gestação, qual é a função do médico? Não podemos ter fór-

Rodin



mulas prontas, receitas e condutas estereotipadas, mas sim ver a realidade da situação e os aspectos emocionais – nossos e de nossa paciente. Nossas limitações devem ser colocadas nesta relação, de forma que possamos ajudá-la a elaborar melhor seus sentimentos para que possa decidir. Um grande empecilho é a lei vigente, mas não podemos colocar somente na lei a dificuldade de elaboração.

Existe abortamento bem elaborado? O abortamento é um momento de crise na vida de uma pessoa, como a perda de um emprego, um acidente automobilístico, a morte de um ente querido. Estas vivências emocionais ficam impressas no psiquismo e jamais são esquecidas, mas podem ser elaboradas de tal maneira que contribuam

para o crescimento da pessoa, para que ela possa lembrar desses fatos e associá-los a algum tipo de aprendizado. Partindo desta premissa, existe abortamento bem elaborado assim como existe uma boa elaboração da adolescência, da morte do pai, de uma separação e de outras situações da vida.

Elaborar bem é poder lembrar da vivência também como aprendizado. Discordo das pessoas que afirmam que um aborto "sempre" traz seqüelas irreparáveis; o problema é aceitar o "sempre". Acredito, sim, nas seqüelas irreparáveis, mas estas estão presentes onde não houve uma boa elaboração. Creio que, em boa parcela dos casos, isso ocorre por iatrogenia, devido à má elaboração interna do médico quanto

Se fosse possível sermos menos autoritários e inflexíveis quando pensamos em nossos princípios, ideologias e em nossa formação médica, conseguiríamos *atender pessoas e não situações*

a seu papel, que é o de procurar proporcionar um bem-estar biopsicossocial à paciente. Se fosse possível sermos menos autoritários e inflexíveis quando pensamos em nossos princípios, ideologias e em nossa formação médica, conseguiríamos *atender pessoas e não situações*.

Sem dúvida, há casos em que a mulher não deseja a gravidez. E se ela for "obrigada", pelo desejo do outro e por força da lei, não estaremos cometendo mais iatrogenias? Terá um filho em que condições? Será que terá condições afetivas de ter essa criança?

O papel do médico (*do parlamentar*) é, ou deveria ser, igual ao de um bom espelho "tcheco", isto é, refletir os sentimentos da paciente (*e da sociedade*) o mais próximo possível da realidade e sem distorções em virtude do emocional do médico (*parlamentar*). Mas sabe-se que muitos profissionais (*parlamentares*) são verdadeiros espelhos "mambembes", onde são refletidos mais seus pensamentos e sentimentos, inoculando na paciente (*sociedade*) uma imagem distorcida, carregada de conflitos.

Devemos saber os porquês e como vivemos nossos "abortos da vida" (*isto é, momentos criativos não realizados*), como são nossas gestações, nossas parentes grávidas, nossa mãe interna, nossos filhos e outros. Estas vivências vão interferindo em nossa conduta e, em nível inconsciente, poderemos não estar tomando uma atitude considerando os interesses daquela paciente, mas sim em relação a nossa realidade interna.

Muitos obstetras investem no aperfeiçoamento de novas técnicas e, quando enfrentam situações de contexto técnico basal mas de conteúdo emocional abundante,



como por exemplo o abortamento, acabam deixando cicatrizes profundas no emocional da paciente.

Ao adotar uma postura mais humanizada diante das pacientes que provocam um aborto, os profissionais de saúde não devem ficar com a onipotente impressão de que estão resolvendo todas as seqüelas. Mas precisam ter em mente que muitos casos se beneficiam com tais atitudes.

Não foi apresentada aqui nenhuma técnica para enfrentar situações onde o abortamento é cogitado pela paciente, mas procurou-se descrever uma posição mais afetiva e mais completa diante destes casos. É necessário, nestas situações, *respeitar e jamais agredir a mulher*. Pensando na paciente e em nós, médicos, a intenção deste artigo foi despertar um questionamento sobre condutas estereotipadas, a fim de que as mesmas sejam cada vez menos usadas pelos profissionais de saúde e pela lei.

Em resumo, precisamos modificar a lei e a postura do médico. Isso é o que a sociedade e as mulheres nos pedem.

Os parlamentares

Os médicos, parlamentares e a lei deveriam ter uma visão mais abrangente e abrir espaço para que as pessoas possam expressar seus senti-

A descriminalização do aborto não obrigaria ninguém a realizar abortamentos, apenas traria mais democracia

mentos, mesmo que sejam diferentes dos deles.

Imagine uma lei ao contrário, que obrigasse todas as mulheres grávidas de malformados a abortar e as que não o fizessem seriam penalizadas. Seria loucura, não acham? Vamos dar oportunidade para que as pessoas decidam sem uma lei autoritária que controle seus pensamentos, princípios, ideologias, mas com uma lei que dê espaço para os que são contra ou a favor. A descriminalização do aborto não obrigaria ninguém a realizar abortamentos, apenas traria mais democracia.

Precisamos exercer nossa profissão o mais perto possível do desejo da paciente e viver a realidade. Toda lei que facilite isto deve ser por nós apoiada.

Além da lei, precisamos garantir às mulheres que necessitem de aborto legal que tenham acesso a um atendimento de qualidade na rede pública de saúde. Existem vários estados brasileiros onde ainda não há esta garantia prevista no Código Penal brasileiro há 60 anos. Não é triste?

Para terminar, tenho dois recados:

1. *Você é contra o abortamento? Eu o respeito e gostaria de ser respeitado, obrigado.*
2. *Homens, abraçar as causas feministas não os torna homossexuais, mas apenas homens mais humanos e sensíveis.*

* José Antônio Jordão de Araújo Ribeiro Neto é médico e atualmente é o responsável pela Área Técnica da Saúde da Mulher da Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo, da Secretaria de Estado da Saúde.

Legislativo Federal e os Direitos das Mulheres: não falta sensibilidade e sim vontade política

Almira Rodrigues*

No 2º semestre de 1999, primeiro ano da Legislatura Federal 1999-2003, o Cfemea (Centro Feminista de Estudos e Assessoria) realizou uma pesquisa de opinião com deputados/as e senadores/as com o objetivo de identificar e difundir o posicionamento desses/as parlamentares sobre os direitos das mulheres previstos na Plataforma de Ação Mundial da Conferência de Pequim e em discussão no Congresso Nacional.

Embora o questionário da pesquisa tenha sido aplicado a todos os membros do Parlamento Federal, isto é, 513 deputados/as e 81 senadores/as, nem todos/as aceitaram participar da pesquisa. Responderam ao questionário um total de 313 parlamentares (52,7% do Congresso Nacional - CN), sendo 281 deputados/as (54,8% da Câmara) e 32 senadores/as (39,5% do Senado).

A "Pesquisa de Opinião com Parlamentares Federais sobre os Direitos das Mulheres Previstos na Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher - Pequim/1995" integra o Projeto *Saúde Materna: Recursos e Discursos*, desenvolvido pelo

Cfemea em parceria com o Unicef (Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Infância).

Trata-se da terceira pesquisa promovida pelo Cfemea junto ao Congresso Nacional. Esta prática de realização de pesquisas a cada Legislatura aponta para a expressão do Cfemea no Congresso Nacional e a sua disposição de realizar um trabalho sério e competente, que contribui para traçar o perfil do Legislativo Federal em relação à cidadania das mulheres e à equidade de gênero e, certamente, em muito subsidiará a qualificação e o aprofundamento da interlocução das organizações do movimento de mulheres brasileiras com o Legislativo Federal.

Além de trazer as opiniões e analisar os diversos tipos de posicionamento na Câmara e no Senado, o relatório preliminar da pesquisa, divulgado em março de 2000, aponta também algumas estratégias de ação. A seguir, serão destacados alguns dados e considerações sobre os resultados dessa pesquisa de opinião, especialmente no que diz respeito aos temas relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos.

Opiniões de Parlamentares que Participaram da Pesquisa

Algumas questões amplamente consensuais

- **violência sexual** - 298 parlamentares (ou 95,2% dos/as parlamentares que responderam à pesquisa) foram favoráveis a uma legislação que obrigue a rede pública de saúde a oferecer através do SUS *serviços de atendimento físico e psicológico às vítimas de violência sexual*.

- **educação sexual** - 285 parlamentares (91,1% dos/as parlamentares) colocaram-se favoráveis a uma legislação que obrigue a *inclusão da educação sexual nos currículos escolares*.

- **aborto no SUS** - 273 parlamentares (87,3%) manifestaram-se favoráveis a uma *legislação que obrigue o SUS a realizar o aborto nos casos já previstos em lei*, na rede pública hospitalar de todo o país.

- **proteção à mulher trabalhadora** - 245 parlamentares (78,3%) manifestaram-se a favor da *regulamentação da proteção ao mercado de trabalho da mulher*, mediante incentivos específicos.

- **exame de DNA gratuito** - 244 parlamentares (77,9%) posicionaram-se favoráveis à *gratuidade do exame de DNA para investigação de paternidade* à população de baixa renda.

- **assédio sexual** - 237 parlamentares (75,7%) expressaram o entendimento de que o *assédio sexual deve ser criminalizado*, com pena de detenção e multa.

Algumas questões polêmicas

- **não-discriminação por orientação sexual** - enquanto 204 parlamentares (65,2% dos/as respondentes) disseram-se favoráveis à *inclusão da não-discriminação por orientação sexual na Constituição Federal*, 47 parlamentares (15%) manifestaram-se contrários e 55 (17,6%) afirmaram não ter opinião formada.

- **parceria civil** - embora tenha contado com posição favorável de 148 parlamentares (47,4%), a *regulamentação da parceria civil entre pessoas do mesmo sexo* teve posicionamento contrário de 95 parlamentares (30,3%), enquanto 64 (20,4%) afirmaram não ter opinião formada sobre o assunto.

- **legislação sobre o aborto** - as respostas às duas questões a respeito da legislação sobre o aborto variaram de: posição *favorável à legislação atual*, compreendendo de 59 a 130 parlamentares (mínimo de 18,8% e máximo de 41,5% dos/as respondentes); posição *favorável à ampliação das possibilidades* apresentou uma variação de 140 a 201 parlamentares (mínimo de 44,7% e máximo de 64,2% dos/as respondentes); ao passo que o posicionamento *contrário à realização do aborto em qualquer caso* variou de 21 a 23 parlamentares (mínimo de 6,7% e máximo de 7,3% dos/as respondentes).

- **criminalização do aborto** - defendida por 182 parlamentares (58,1% dos/as respondentes), a *criminalização do aborto em alguns casos* confronta-se com a defesa de que *o aborto não deve ser considerado crime*, tendo o apoio de 83 parlamentares (26,5%), e com a opinião de que *o aborto deve ser considerado crime em todos os casos*, colocada por 20 parlamentares (6,4%).

Tabela 1 - Posicionamentos na Câmara e Senado sobre a Legislação sobre o Aborto

Posicionamento	Nº de parlamentares	%
favorável à legislação atual	130	21,9
favorável a uma legislação que amplie as possibilidades de realização do aborto	113	19,0
favorável a uma legislação que assegure o direito à realização do aborto em qualquer caso	27	4,5
favorável a uma legislação contrária ao aborto em qualquer caso	21	3,5
não tem opinião formada	15	2,5
não respondeu à questão	7	1,2
não participou da pesquisa	281	47,3
Total	594	100,0

Tabela 2 - Posicionamentos na Câmara e Senado sobre a Legalização do Aborto

Posicionamento	Nº de parlamentares	%
favorável à legalização do aborto em alguns casos e o SUS como responsável por sua realização	209	35,2
favorável à legalização do aborto e o SUS como responsável por sua realização em todos os casos	39	6,6
o aborto não deveria ser legalizado em nenhum caso	27	4,5
não tem opinião formada	21	3,5
não respondeu à questão	17	2,9
não participou da pesquisa	281	47,3
Total	594	100,0

ABORTO E LEGISLATIVO



Avanços, resistências e adversidades

No Brasil a década de 90 caracterizou-se pela regulamentação de direitos conquistados na nova Constituição Federal de 1988, que instituiu a igualdade de direitos entre homens e mulheres no público e no privado (contrato conjugal). No período, foram conquistadas cerca de trinta leis, entre as quais

destacam-se aquelas sobre: união estável, planejamento familiar, cotas por sexo para as candidaturas proporcionais, proteção ao mercado de trabalho da mulher etc. Na legislação em curso, cerca de duzentas proposições voltadas para os direitos das mulheres e equidade de gênero tramitam no Congresso Nacional e são acompanhadas pelo Cfemea.

No entanto, se alguns avanços no âmbito legal podem ser destacados, na própria esfera legal determinadas questões expressam bem as resistências e as adversidades. O maior exemplo é a não-ampliação das possibilidades de realização do aborto até o momento, mantendo-se os dispositivos assegurados no Código Penal de 1940, que criminalizam a prática do aborto, com exceção para os casos de gravidez resultante de estupro e risco à vida da gestante.

O Brasil tem assumido todos os compromissos internacionais referentes à construção da cidadania das mulheres e à equidade de gênero. Apesar dos compromissos assumidos e de toda a legislação favorável aos direitos das mulheres e à equidade de gênero, constata-se um grande distancia-

mento em termos de conquistas legais e da realidade da condição feminina e das relações de gênero no país.

Legislativo é solidário, mas falta vontade política

Nesse cenário, o atual Legislativo federal mostra-se solidário e relativamente afinado com as reivindicações dos movimentos de mulheres, colocando-se favorável à grande maioria das demandas em pauta, como mostram os dados da pesquisa, cujos principais resultados podem ser aqui sintetizados:

- O problema maior no âmbito do Legislativo brasileiro não é tanto o posicionamento dos/as parlamentares com relação aos direitos das mulheres (favorável na maioria das questões) e sim a prioridade e a vontade política para fazer tramitar as proposições legislativas referentes à temática em pauta. Portanto, é central para o movimento de mulheres a capacidade de atuar no sentido de acompanhar a tramitação das questões mais consensuais e de fazer gestões para que as mesmas se-

Prioridades e conhecimento do Cfemea e da PAM

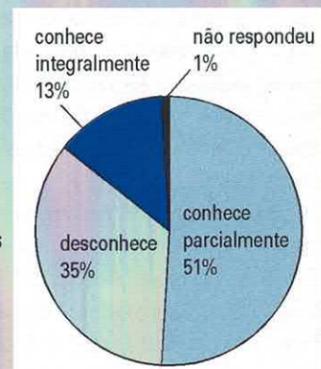
As áreas temáticas consideradas prioritárias pelos/as parlamentares que responderam à pesquisa foram: educação e cultura (93 indicações); questão agrícola (73); saúde (67); área social/justiça social/combate às desigualdades sociais (51); orçamento/fiscalização e controle das finanças públicas (32). A área da Mulher/Direitos da Mulher obteve 15 indicações.

Sobre o conhecimento do Cfemea, os/as 313 parlamentares responderam uma ou mais opções das que se seguem: 109 (34,8%) responderam nunca ter ouvido falar do Cfemea; 25 (8%) responderam ter uma parceria/interlocução regular com a entidade. Entre os extremos, colocaram-se três situações: já tinha ouvido referências ao trabalho do Cfemea, que contou com 108 respostas (34,5%); já conhecia alguma publicação do Cfemea, que totalizou 88 respostas (28,1%); e já tinha participado de algum evento promovido pelo

Cfemea, que contou com 26 respostas (8,3%). Um parlamentar deixou de responder a esta questão.

Conhecimento da Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, China - 1995)

Das parlamentares mulheres, 75% afirmaram conhecer integralmente a Plataforma de Ação Mundial, enquanto apenas 5,4% dos parlamentares homens responderam dessa forma.



jam apreciadas pelos/as parlamentares no Congresso Nacional.

- A bancada feminina, praticamente em peso, apresenta posições favoráveis aos direitos das mulheres e equidade de gênero, colocando-se mais comprometida do que o conjunto dos parlamentares homens com a defesa dessas questões.

- Constata-se a necessidade de maior popularização da Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, entre os/as parlamentares no Congresso Nacional, visto que um percentual significativo afirmou desconhecer-la totalmente.

- Faz-se necessário estimular e desenvolver a discussão sobre o significado e o alcance

das medidas afirmativas para a construção da equidade de gênero no Brasil. A discussão sobre as medidas afirmativas, embora extremamente difícil e polêmica, pode fluir mais facilmente na medida em que não envolva posicionamentos religiosos extremados, a exemplo da discussão sobre o aborto. Todas as questões que envolveram a adoção de legislação dispendiosa sobre políticas afirmativas, no âmbito do trabalho e do poder, contaram com posicionamentos contrários expressivos e/ou com a falta de opinião formada dos/as parlamentares, principalmente de parlamentares homens.

- É importante continuar a discussão com

o parlamento federal sobre a ampliação das possibilidades de realização do aborto, bem como sobre a descriminação e a legalização do aborto.

* Almira Rodrigues é socióloga. Assessora técnica e integrante do Colegiado do Cfemea, elaborou o "Relatório Preliminar da Pesquisa de Opinião com Parlamentares Federais" (Brasília, março/2000).

Nota: Mais informações sobre essa pesquisa podem ser obtidas junto ao Cfemea (e-mail: cfemea@cfemea.org.br e http://www.cfemea.org.br).

Sobre a Pesquisa de Opinião

Como foi feita a pesquisa

A pesquisa baseou-se em um questionário de 36 questões, distribuídas em dez itens: I - Dados do/a parlamentar; II - Informações gerais sobre o/a parlamentar; III - Conhecimento do Cfemea; IV - Conhecimento sobre a Conferência Mundial da Mulher/Plataforma de Ação Mundial; V - Trabalho; VI - Direitos Cívicos; VII - Saúde Sexual e Reprodutiva; VIII - Violência; IX - Poder; e X - Recursos Orçamentários.

Os itens V a X buscaram levantar a opinião dos/as parlamentares sobre temáticas e proposições específicas do movimento de mulheres, abordando questões que integram a PAM e que se encontram em discussão no Congresso Nacional, sob a forma de projetos de lei.

Perfil dos/as parlamentares federais

Em termos de Casa Legislativa e sexo, os/as parlamentares dividem-se em 513 deputados/as federais (86,4%) e 81 senadores/as (13,6%); as mulheres totalizam 36 parlamentares, o que representa 6,1% do total de membros do Congresso Nacional. As mulheres estão proporcionalmente melhor representadas no Senado Federal do que na Câmara dos Deputados: são 6 senadoras (7,4%) e 30 deputadas federais (5,8%).

Composta por 36 parlamentares, a bancada feminina está representada em todas as macrorregiões do país. Mas, à época da pesquisa, sete estados não tinham representante feminina no Legislativo Federal: Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná e Tocantins. Dos 17 partidos políticos com representação no Congresso Nacional, apenas 8

possuíam representação feminina, sendo eles: PSDB (9 parlamentares); PT (8); PMDB (7); PFL (6); PDT (2); PCdoB (2); PSB (1); PPB (1).

Perfil dos/as parlamentares que participaram da pesquisa de opinião

Do total de 594 parlamentares: 313 (52,7%) participaram respondendo ao questionário; 274 (46,1%) recusaram-se a participar; e 7 (1,2%) justificaram a não-participação. A bancada feminina, em sua totalidade, participou da pesquisa de opinião.

Dos/as 313 parlamentares que participaram da pesquisa, 281 são deputados/as (89,8%) e 32, senadores/as (10,2%). Com relação ao sexo, todas as 36 mulheres parlamentares participaram, representando 11,5% dos/as respondentes, enquanto o número de homens totalizou 277, ou 88,5%. É importante salientar que, pelo fato de a totalidade da bancada feminina haver participado da pesquisa, as mulheres estão proporcionalmente mais representadas que os homens nessa pesquisa de opinião, comparativamente ao Congresso Nacional como um todo.

Politicamente, os/as parlamentares assim se definiram: 107 (34,2%) como centro-esquerda; 87 (27,8%) como centro; e 82 (26,2%) como esquerda; 22 (7%) como centro-direita; 4 (1,3%) como direita; e 11 parlamentares (3,5%) não responderam à questão. Assim, enquanto os/as parlamentares que se autoneamaram politicamente de esquerda e de centro-esquerda totalizam 60,4%, os/as parlamentares que se autoneamaram politicamente de direita e de centro-direita somam 8,3%.

O Conceito de Gravidez Forçada

Martha Inés Rosenberg*

"O ensaio é um estilo de reflexão moral. Vê o mundo submetido a deficiências e indignidade. Vê a sociedade submetida a injustiças e abandonos. E se lança a seu destino de denúncia e convocação pública. (...) O ensaísmo é a busca de explicação para o mal-estar das consciências individuais e também um impulso em direção à emancipação das instituições públicas."

Horacio González

Georgia O'Keeffe



Somos protagonistas, tanto do produtivo, como do repetitivo na renovação das gerações. Mães das mulheres e dos homens, que por sua vez repetirão ou renovarão os estereótipos sociais que regulam as relações entre os sexos e as gerações; que estão sujeitas à lei, porém não no sentido de uma sujeição abstrata: as leis que nos sujeitam existem historicamente. Sancionadas pelos representantes políticos, elas refletem com certa verossimilhança o estado da complexa circulação do

poder na sociedade e sustentam certas práticas formalmente legais, mas substantivamente ilegítimas, como algumas das que são implementadas pelo poder médico - categoria que ultrapassa a boa vontade de muitos de seus praticantes -, impondo o disciplinamento da vida das mulheres.

A partir do momento em que decidimos sustentar uma estratégia legislativa

que nos faça justiça, necessitamos produzir nossas próprias representações da maternidade livremente escolhida. Colocar em circulação no discurso público argumentos, experiências e ações que tenham a capacidade de produzir alinhamentos pessoais e políticos, que se vejam refletidos na imaginação e nas ações individuais e/ou coletivas.

O uso ordenado do poder de desacreditar, a recusa em aceitar as definições sobre si mesmos propostas pelos poderosos, o agir desviando-se da norma são formas de os fracos exercerem o poder. É por isso que nós, mulheres conscientes da construção opressiva do gênero feminino, somos um tanto insuportáveis, dado que temos a vocação de redefinir o que nos constitui.

Embora renegado, o aborto insiste

Falar sobre aborto, pensá-lo, significa apresentar um aspecto renegado, destinado ao esquecimento, que afeta tudo o que é difícil de aceitar: o irremediável entrelaçamento entre a vida e a morte e o papel das mulheres na transição entre uma e outra.

Não deixamos de não poder inscrever nossos abortos na história de nossas vidas e da dos que nos rodeiam. E por isso o aborto insiste.

A luta pelo direito ao aborto é uma luta pela liberdade na reprodução. Refere-se a um direito individual primordial do qual as mulheres estão excluídas: o controle sobre o próprio corpo. Direito básico, ninguém pode outorgá-lo: constrói-se na prática. O aborto, ato de um sujeito que busca reconhecimento, é realizado por necessidade e precisa conquistar sua legitimidade nas leis.

O que em nossa legislação configura-se como casos de aborto não-punível exemplifica o tratamento dado à lei pelos diferentes poderes: é letra morta quando se opõe aos fundamentos do poder social; e a necessidade de apropriação da capacidade reprodutiva e sexual das mulheres é o fundamento último da estrutura patriarcal, que ainda sobrevive apesar da prolongada crise que atravessa. Contudo, o Código Penal argentino isenta de punição determinados casos de aborto provocado, reconhecendo que esta apropriação deve estar limitada por condições mínimas de respeito pela individualidade da mulher, como o risco para sua saúde e sua vida e a gravidez resultante de estupro.

Gravidez forçada

Em seu ensaio "El embarazo forzado y el aborto terapéutico en el marco de los

derechos humanos", Susana Chiarotti, Mariana García Jurado e Gloria Schuster abordam o tema sob a perspectiva do exercício dos direitos humanos e relacionam os limites do texto do Código com "a não-visualização das mulheres como pessoas".

A forma como essas autoras conceituam a figura da "gravidez forçada" resulta de uma extraordinária adequação para esclarecer a relação entre direitos reprodutivos e sexuais e direitos humanos. Elas criam e utilizam este conceito como operador para analisar a violação desses direitos.

"Denominamos gravidez forçada aquela que a mulher considera como um risco para sua integridade, saúde e também para sua vida, por diversos motivos"

"Denominamos gravidez forçada aquela que a mulher considera como um risco para sua integridade, saúde e também para sua vida, por diversos motivos. As causas mais comuns são: falta de informação adequada e/ou dificuldade de acesso a métodos anticoncepcionais, falha dos mesmos, estupro, incesto, relações forçadas, precariedade sócio-econômica. (...) Uma gravidez forçada que não é interrompida (quando não há uma elaboração psicológica a posteriori que implique o desejo da mulher de sua continuidade) resulta em uma maternidade forçada e isso significa considerar a maternidade como um dever/mandato que invisibiliza o sujeito mulher."

Essa operação conceitual produz estratégias dentro do marco jurídico existente: os direitos humanos, as garantias constitucionais, a ação de assistência etc. Essas estratégias requerem: práticas de denúncia; consciência de que a carência de serviços de aborto legal configura-se como uma vio-

lação de direitos; e uma prática jurídica encarada sob a perspectiva de gênero. Destacam a necessidade de dotar de força social essa estratégia jurídica, para se conseguir dissolver a resistência do sistema judicial e do sistema público de saúde ao reconhecimento desses direitos.

Maternidade como direito e não um dever

Como assinala Françoise Collin, citada por Mabel Campagnoli em seu trabalho "María Ester en el país de las pesadillas o de cómo rescatar nuestros cuerpos": "É necessário repensar a natureza mesma do laço social e da noção de cidadania democrática, reinscrevendo-a na totalidade do sujeito e não na categoria abstrata de indivíduo". Trata-se assim, destaca Campagnoli, de uma "cidadania posicionada": cidadãs e cidadãos concretos, encarnados na intersecção de várias determinantes: gênero, etnia, nível sócioeconômico, idade etc. Mulher e cidadã: a maternidade é um direito e não um dever. O

*Mulher e cidadã:
a maternidade é um direito
e não um dever*

direito de conceber, gestar e parir não se encarna em corpos masculinos, portanto não faz parte do conceito patriarcal de cidadania. Esta é a contribuição do conceito de direitos reprodutivos à construção de uma cidadania democrática.

A definição de risco à vida/saúde não cabe aos especialistas

Desde princípios do século 20, as lutas e práticas das mulheres, juntamente com os avanços médicos e tecnológicos que incidem sobre a demografia, têm consqui-



Campanha 28 de Setembro
Dia pela Descriminalização do Aborto
na América Latina e Caribe
2000

**O ABORTO É UM CÍRCULO VICIOSO
SUA SOLIDARIEDADE PODE ROMPÊ-LO**

Solidariedade na luta pela descriminalização do aborto

- É compartilhar desta luta cujo campo de batalha são os direitos reprodutivos.
- É exigir o cumprimento das leis, reunindo o apoio de amplos setores: parlamentares, juristas, profissionais da área médica, militantes de outros movimentos, a opinião pública em geral.
- É ponderar a respeito das punições que têm pesado sobre as mulheres que optam pelo abortamento.
- É refletir com generosidade sobre a difícil equação em que leis e compromissos internacionais não cumpridos resultam na morte, mutilação e doença para um grande número de mulheres, em franco desrespeito a seus direitos humanos e de cidadania.

Quando a lei se cumpre, abre-se para as mulheres a possibilidade de um percurso diferente, que envolve orientação médica e psicológica, aconselhamento e encaminhamento para serviços de contracepção, planejamento familiar e de apoio às vítimas de violência sexual, quebrando assim o círculo vicioso que costuma trazê-las de volta ao mesmo lugar: uma nova gravidez não planejada ou forçada.

O dia 28 de setembro do ano 2000 na América Latina e no Caribe unirá seus povos nesta missão solidária.

Pequim + 10, um chamado à ação

As meras palavras que compõem os acordos internacionais não têm sido suficientes para mudar as realidades na América Latina e no Caribe. E a conjuntura regional no período pós-Pequim + 5 coloca-nos diante de novos desafios. Para protagonizar o avanço, daqui até o balanço de Pequim + 10 é preciso:

- denunciar os governos que não cumprem os acordos internacionais;
- impulsionar ações urgentes nos níveis Legislativo, Executivo e Judiciário, assim como na mídia;
- socializar de forma permanente os debates em torno da legislação sobre o aborto em cada país da região;
- elaborar estratégias para despertar a solidariedade na sociedade em geral e uma visão mais humanitária sobre a prática do aborto em cada país.

CONTEÚDO

Campanha 28 de Setembro:
Chamado à ação e um pouco de história 1

Pequim + 5 e a Descriminalização
do Aborto na América Latina
Sonia Corrêa 3



Origem da Campanha 28 de Setembro

Há duas décadas as mulheres latino-americanas e caribenhas vêm se unindo na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos e pela justiça de gênero. Os encontros feministas da região têm sido um lugar importante para formar consensos e definir estratégias e prioridades do movimento de mulheres.

No 5º Encontro Feminista Latino-Americano e do Caribe (Argentina/1990), foi criado o *Dia pela Descriminalização do Aborto na América Latina e Caribe*, um tema de unânime e prioritária preocupação. O 28 de setembro foi escolhido como data de referência para uma *Campanha* que, desde 1993, vem impulsionando a cada ano ações diversas nos países da região.

Lidamos com um problema de saúde pública

Através da história, as mulheres recorrem à indução do aborto para interromper a gravidez. Grande parte dos procedimentos é realizada na clandestinidade, por pessoas sem habilitação ou em ambientes fora dos padrões médicos adequados.

- Entre os abortamentos inseguros realizados no mundo (cerca de 20 milhões), 90% ocorrem nos países em desenvolvimento, causando a morte de cerca de 70 mil mulheres por ano (FNUAP/1997).
- Na América Latina e Caribe, cerca de 4 milhões e 200 mil mulheres por ano submetem-se a abortamentos, sendo 95% desses procedimentos realizados na ilegalidade (OMS/1998).

Uma questão de direitos fundamentais

Além de representar um grave problema de saúde pública, a proibição do aborto fere princípios de justiça social e direitos humanos.

A gravidez forçada – aquela que a mulher considera como um risco para sua integridade, saúde e

também para sua vida, por diversos motivos – representa uma violação ao:

- direito de escolha
- direito à saúde
- direito de cidadania

Objetivo da Campanha

Visando a humanização dos serviços de atenção à saúde e a diminuição da morbi-mortalidade materna, a *Campanha 28 de Setembro* tem lutado para impulsionar o cumprimento das leis que permitem o abortamento e para gerar avanços na legislação dos países da região, através da formação de consensos políticos em torno da liberalização e da revisão das leis punitivas.

Quem somos

Centenas de organizações de mulheres em 15 países da América Latina e Caribe estão congregadas em torno desta *Campanha*. Integram também a *Campanha* as seguintes redes regionais: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe – RSMLAC; Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher – Cladem; Development Alternatives with Women for a New Era – DAWN; e Red de Educación Popular entre Mujeres de America Latina y el Caribe – REPEM.

No período 2000/2002, a coordenação da *Campanha 28 de Setembro* estará sediada no Brasil, sob responsabilidade da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – RedeSaúde. Nas gestões anteriores, as entidades coordenadoras foram: Católicas pelo Direito de Decidir/Uruguai; Grupo de Información e Reproducción Elegida – GIRE/México; e Centro de Información y Desarrollo de la Mujer – Cidem/Bolívia.

Informações sobre a Campanha 28 de Setembro:

RedeSaúde

tels.: (11) 813.9767 / 814.4970

fax: (11) 813.8578

e-mail: campanha28set@uol.com.br

<http://www.campanha28set.org>



Pequim + 5 e a Descriminalização do Aborto na América Latina

Sonia Corrêa*

Entre março e junho de 2000, o aborto inseguro foi uma vez mais objeto de debates acirrados no âmbito das Nações Unidas. Isto se deu no contexto de preparação para o Terceiro Período Extraordinário de Sessões da Assembléia Geral – conhecido como “A Mulher no Ano 2000: Igualdade, Desenvolvimento e Paz no Século 21”, em que se fez o balanço da implementação das recomendações da Plataforma de Ação de Pequim (PAP ou Pequim + 5). Estas tensões têm sido recorrentes ao longo da década de 90 e não parece excessivo afirmar que estão se tornando mais agudas.

Em 1994, no Cairo, pela primeira vez um documento intergovernamental reconhece o aborto inseguro como grave problema de saúde pública. Já então a negociação do parágrafo 8.25 do Programa de Ação do Cairo foi longa e penosa. O mesmo aconteceria em Pequim um ano mais tarde, quando se acrescentou ao texto produzido no Cairo a recomendação de que os países revejam as legislações punitivas contra as mulheres que se submetem à interrupção da gravidez (parágrafo 106k).

Em junho de 1999, no processo de revisão Cairo + 5, os parágrafos relativos ao aborto foram negociados na sessão final que enveredou pela noite adentro. Naquela ocasião, uma proposta de texto apresentada pelo Brasil obteve o apoio de mais de 40 países. O texto finalmente aprovado recomenda o treinamento de profissionais para atender as mulheres nas circunstâncias em que o aborto é legal. Não foi possível, contudo, incluir no documento final a menção à revisão de leis punitivas.

Setores conservadores tentaram romper os consensos de Pequim

Neste último ciclo de negociações, não se tratava apenas de que os conteúdos relativos a direitos sexuais e reprodutivos estivessem sistematicamente sob ataque, como havia acontecido no Cairo e em Pequim. Em 2000, as forças conservadoras fizeram o possível (e o impossível) para impedir a adoção de um documento final. Caso isto tivesse acontecido, estes setores poderiam afirmar que o consenso de 1995 estava rompido e seriam dramáticas as repercussões políticas de tal resulta-

Georgia O'Keeffe



do nos planos nacionais. A procrastinação e tensão eram tão agudas ao final do processo que o Bureau Político estabeleceu a regra de que, quando não houvesse consenso, se voltasse aos “textos consagrados”, ou seja, à linguagem da Plataforma de Ação Mundial ou de outros documentos acordados após 1995.

Em decorrência, o documento final retoma integralmente a definição do parágrafo 106k da Plataforma de Ação de Pequim, fazendo menção à necessidade de rever as leis punitivas em relação ao aborto. Também recomenda que os países implementem as definições de Cairo + 5, as quais incluem a recomendação de que os profissionais sejam treinados e os serviços, equipados. Foram feitos esforços no sentido de articular as duas definições de forma explícita num único texto (treinamento de profissionais e equipamento dos serviços com a revisão das leis). Mas sempre que se fazia menção ao treinamento de profissionais (tal como definido em Cairo + 5) os grupos conservadores exigiam a inclusão de uma cláusula de objeção de consciência. Vale lembrar que é inteiramente inadequado tratar do tema da objeção, quer em documentos internacionais ou mesmo leis nacionais, pois isto deve ser objeto dos códigos de ética profissional. A despeito desta “perda”, o resultado final no que diz respeito ao aborto inseguro foi muito favorável, especialmente quando se avaliam as condições políticas da negociação.



Violência Sexual e Aborto

As recomendações em relação à violência de gênero foram o resultado mais significativo de Pequim + 5. O documento final enfatiza a necessidade da adoção de medidas contra violência doméstica e sexual, mencionando explicitamente – e pela primeira vez num texto das Nações Unidas – o estupro marital e os crimes de honra. O mesmo se aplica à coibição e punição da violência de gênero perpetrada em situação de conflito armado – tal como definida pelo Estatuto de Roma do Tribunal Criminal Internacional – ou seja, estupro sistemático, escravidão sexual, aborto forçado, gravidez e esterilização forçadas.

Estas definições têm relevância no contexto latino-americano. Na maioria das legislações nacionais, os permissivos que autorizam o aborto são estupro ou incesto. Isso significa que é possível articular a prevenção e punição da violência sexual, inclusive marital, com a definição de que, nos casos em que o aborto é legal, este deve ser acessível e seguro.

Da mesma forma, a adoção das definições do Estatuto de Roma pode e deve mobilizar ações nas áreas de conflito existentes na região, em particular na Colômbia. Entretanto, cabe sublinhar que o conteúdo do parágrafo 106k da PAM (Plataforma de Ação Mundial), repetido *ipsis literis* no documento final de Pequim + 5, vai além do reconhecimento do aborto como um direito a ser assegurado em caso de estupro. Esse parágrafo sublinha o impacto do aborto inseguro como grave problema de saúde pública, afirma que as mulheres em situação de abortamento devem receber tratamento adequado e humanitário e, sobretudo, recomenda a revisão das legislações punitivas.

SLAC: a liderança latino-americana como bloco negociador

O aspecto mais importante a ser ressaltado em relação a Pequim + 5 é, sem dúvida, o comportamento e posicionamento dos países latino-americanos. A maioria dos países da região tem legislações muito restritivas em relação ao aborto. Tanto no Chile quanto na Colômbia não há um único permissivo legal para a interrupção da gravidez. Vale dizer que o Chile, em 1999, ao apresentar seu informe à CEDAW (Convenção Contra Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher), foi objeto de uma observação por parte do Comitê, pois o fato de que mulheres em risco de vida não tenham acesso ao aborto contradiz a Convenção. No caso de El Salvador, o Código Penal foi reformado em 1996 – ou seja, depois do Cairo e de Pequim – e incluiu a premissa de direito à vida desde a concepção. Vários países da região fizeram reservas ao 8.25 no Cairo e ao 106k em Pequim.

Contudo, isto não impediu a constituição do grupo de negociação que se autodenominou SLAC (*Some Latin-American Countries*, ou Alguns Países Latino-Americanos), do qual estavam excluídos apenas Nicarágua e Honduras. O SLAC separou-se do Grupo dos 77 (ou G77, bloco político de negociações na ONU, composto por mais de 130 países em desenvolvimento) nas negocia-

ções intersessionais de maio, assumindo identidade política própria, exatamente porque não era possível chegar-se a um consenso no interior do grupo em relação a vários temas, mais especialmente aqueles relativos à saúde e aos direitos reprodutivos. Entretanto esse passo tem precedentes que devem ser mencionados.

Ao final das negociações do Cairo + 5, em junho de 1999, um grupo de países também havia tomado posições independentes do G77 em relação à política para jovens e adolescentes e ao aborto. Este “movimento” contou com a participação de um conjunto de países latino-americanos. Em fevereiro, na VIII Conferência Regional da Mulher, em Lima, foi aprovado um documento de consenso latino-americano e caribenho em que se menciona explicitamente o termo “direitos sexuais e reprodutivos”. Deve-se dizer, inclusive, que nem mesmo a Nicarágua apresentou uma reserva formal em relação ao chamado Consenso de Lima, muito embora tivesse se posicionado contra o termo nas negociações. Ou seja, no Prepcorn (reunião preparatória realizada em março), Caribe e América Latina viram-se uma vez mais invisibilizados e sem direito a voz em razão da regra de consenso que regia o funcionamento do Grupo dos 77.

A partir de sua gestação em maio, o SLAC desempenharia um papel crucial como facilitador das negociações, contribuindo para romper o impasse que se ha-

O SLAC CONSTITUI A PRIMEIRA EXPRESSÃO DE UM ATOR POLÍTICO GLOBAL QUE COMBINA UMA AGENDA DE JUSTIÇA ECONÔMICA E JUSTIÇA DE GÊNERO

via cristalizado no Prepcorn de março entre o G77 e demais blocos de negociação (União Européia e JUSCANZ, este último composto por Japão, Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Noruega, Liechtenstein e Suíça), atuando em parceria e colaboração com o Caribe e o México (este último não pertencente ao G77). Segundo a economista indiana Gita Sen, o SLAC constitui a primeira expressão de um ator político global que combina uma agenda de justiça econômica e justiça de gênero.

O posicionamento da região em relação ao tema do aborto

Ao longo das negociações, os países do SLAC estiveram sob forte pressão do Vaticano. No caso da Colômbia, onde a Igreja Católica desempenha, neste momento, um papel central na mediação dos conflitos entre governo e guerrilha, as pressões foram brutais. Argentina e Chile nem mesmo acompanharam o SLAC no que diz respeito a estas questões, entre outras razões porque havia representantes de grupos pró-vida em suas delegações. A delegação argentina tinha, inclusive, instruções para manifestar-se no mesmo tom conservador que havia adotado em negociações anteriores. Entretanto, a forte pressão das organizações de mulheres impediu que isto ocorresse.

No que diz respeito mais especificamente aos parágrafos relacionados ao aborto, a margem de manobra era ainda mais estreita. São poucos os países cujas legislações possibilitam um posicionamento mais claro e firme (Brasil, Bolívia, Uruguai, Paraguai e o Caribe). Entretanto, assim como no Cairo + 5 o Brasil havia apresentado um texto sobre o aborto, em Pequim + 5 esta seria uma iniciativa mexicana. A adoção do parágrafo 106k ao final da negociação foi mobilizada pelo texto proposto pelo México, cujo conteúdo combinava as definições de Pequim e do Cairo + 5. Uma vez mais, entre as regiões em desenvolvimento, foi a América Latina que “puxou” o tema num contexto extremamente difícil de negociação, no que seria acompanhada por paí-



ses de outras regiões, como a Índia, Gana e África do Sul. Ao final do processo, apenas Nicarágua e Honduras mantiveram suas posições regressivas e El Salvador fez uma declaração que pode ser considerada “branda”, afirmando que a implementação das recomendações estaria condicionada aos limites de seu Código Penal. Este cenário é, sem dúvida, radicalmente diverso daquele ao qual assistimos em 1993-1994 durante as preparações para o Cairo, quando apenas o Brasil gradativamente assumiria uma posição mais liberal em relação ao aborto, enquanto a maioria dos demais países continuava “acompanhando” a posição do Vaticano. Entretanto, este avanço inegável traz na seqüência novos desafios e riscos.

Anos 90: o contexto do debate sobre o direito ao aborto na região

A mudança observada no posicionamento dos países do SLAC é o resultado da convergência entre processos nacionais e globais. Em 1991, quando a Rede Latino-Americana e do Caribe de Saúde da Mulher organizou uma reunião em Santiago, debatíamos se era ou não pertinente lutar abertamente pela descriminalização nos países da região. Naquele momento, apenas no Brasil as organizações de mulheres haviam adotado uma estratégia em que se combinava a abertura do debate público sobre legalização do aborto e a luta para garantir acesso ao procedimento nos casos permitidos por lei. O primeiro serviço de aborto legal havia sido implantado em São Paulo em 1989 e um projeto de lei nacional para assegurar o acesso na rede pública havia sido apresentado ao Congresso Nacional.

Considerava-se, entretanto, que em muitos países não havia condições para abrir um debate público. No Chile, por exemplo, nem mesmo com a redemocratização havia sido possível introduzir o tema nos debates legislativos, por força de pressões da Igreja sobre os partidos. Na Colômbia, a reforma constitucional tampouco havia se constituído em espaço para ampliar os permissivos legais. As feministas mexicanas viviam dilemas em face da iniciativa de “legalização” do aborto, mobilizada por um governador conservador com objetivos demográficos. Muitas feministas avaliavam que era prioritário oferecer serviços seguros às mulheres e que seria impossível enfrentar o debate legislativo na maioria dos países.

Não dispomos de um balanço sistemático sobre o que aconteceu desde então. Entretanto, parece não haver dúvi-



da que, ao longo da década de 90, foi construído um discurso público sobre o aborto inseguro na América Latina. Contribuíram para tanto as pesquisas sobre incidência, causas e conseqüências do aborto, como a investigação regional desenvolvida pelo Alan Guttmacher Institute (1994), os estudos de caso financiados pela Organização Mundial da Saúde (Brasil, México, Cuba e Colômbia) e recentemente publicados (Mundigo e Indriso, 1999), além de vários estudos nacionais e locais. Mas as estratégias de *advocacy* têm sido, possivelmente, o instrumento mais importante para firmar um discurso favorável à descriminalização.

Em 1995, a Guiana legalizou o aborto. No México e na Bolívia, a exemplo da experiência brasileira, têm sido desenhadas e implementadas estratégias para assegurar o acesso à interrupção da gravidez nos casos em que o aborto é legal. No Brasil, existem hoje 17 serviços públicos em funcionamento e o Ministério da Saúde adotou, em 1999, uma norma técnica de atenção às mulheres vítimas de violência sexual que contempla a possibilidade de interrupção da gravidez. No contexto desses esforços, tem sido fundamental o diálogo com outros grupos e setores: parlamentares, médicos e, sobretudo, a mídia. No caso brasileiro, em particular, não teria sido possível bloquear a proposta de emenda constitucional apresentada em 1995 e que pretendia incluir a premissa do direito à vida desde a concepção, caso veículos de imprensa e televisão não tivessem absorvido os argumentos desenvolvidos pelas feministas e demais atores políticos contrários à adoção da emenda.

Simultaneamente, as definições do Cairo e Pequim sobre saúde e direitos reprodutivos criaram um ambiente favorável ao debate. A incorporação das agendas dessas duas conferências continua limitada em muitos aspectos, mas sem dúvida abre espaço de legitimação para o discurso feminista sobre o aborto, pois não é possível falar de saúde e direitos reprodutivos ou de mortalidade materna sem tocar no tema. Da mesma forma, a recomendação internacional de que, nos casos em que é legal, o aborto deve ser seguro também tem sido um argumento fundamental para as estratégias nacionais. Neste sentido, foi absolutamente vital que estas definições tenham sido mantidas em Pequim + 5.

Pós-Pequim + 5: legitimidade e crise

De algum modo, Pequim + 5 encerra um ciclo intenso de legitimação e visibilidade do debate sobre aborto

AS DEFINIÇÕES DO CAIRO E PEQUIM SOBRE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS ABREM ESPAÇO DE LEGITIMAÇÃO PARA O DISCURSO FEMINISTA SOBRE O ABORTO

inseguro no plano global. A partir de agora os desdobramentos e embates vão se dar, basicamente, nos planos nacionais e tudo indica que estas serão batalhas virulentas. Na verdade, isto já vem ocorrendo. Por exemplo, o Congresso norte-americano, que é dominado por setores conservadores, tem sistematicamente feito esforços para incluir uma cláusula de condicionalidade em relação aos recursos de cooperação para o desenvolvimento, que visa impedir o uso desses recursos por entidades que realizem qualquer atividade relacionada ao aborto.

A proposta não é nova. Foi originalmente adotada em 1984, durante a Conferência de População do México, quando foi excluída toda e qualquer menção em relação aos impactos negativos do aborto e a administração Reagan retirou seu apoio ao FNUAP (Fundo das Nações Unidas para Assuntos de População). Muito embora em 1993 o governo Clinton tenha abolido a chamada "política americana do México", os republicanos têm conseguido incluir a mesma cláusula em outras decisões sobre recursos da cooperação. Neste momento, por exemplo, os financiamentos da USAID estão limitados por esta condicionalidade, circunstância que tem efeitos políticos claramente regressivos no debate sobre o aborto em países da região andina e América Central, que são grandes receptores de fundos dessa agência norte-americana.

Além disto, na medida em que os países da América Latina vêm assumindo posições progressistas em relação ao aborto no plano internacional, eles também se tornam alvos prioritários das estratégias dos grupos antiaborto e das igrejas conservadoras. Para ilustrar como os embates, de fato, estão sendo transferidos das salas da ONU para a esfera pública e o tecido social de cada país, é interessante descrever, de forma breve, a experiência recente do México e do Brasil.

Aborto inseguro: visibilidade no plano global e duros embates nos planos nacionais

No México, desde os meados da década de 90, tem se ampliado a ação das forças antiaborto em associação com o PAN (Partido de Ação Nacional), partido que acaba de ganhar as eleições presidenciais. A premissa do "direito à vida desde a concepção" foi adotada por dois estados governados pelo PAN. O fato mais recente e dramático é o episódio Paulina (ver box), ocorrido na

O Caso Paulina

Dia 31 de julho de 1999, cidade de Mexicali, Baja Califórnia. Paulina, 13 anos, dormia na casa de sua irmã. Ambas estavam acompanhadas unicamente pelos filhos desta (2 e 5 anos), quando um assaltante, visivelmente drogado (ao que se sabe por heroína), invadiu a pequena casa e estuprou a menor diante da irmã e seus filhos.

Nessa mesma noite, auxiliada por sua mãe e um irmão mais velho, apresentou queixa à agência do Ministério Público. O estupro foi localizado e preso pelas autoridades.

Paulina e sua mãe foram atendidas no dia 19 de agosto por uma médica de confiança da família, porque a menina sentia-se mal e sua menstruação havia atrasado. A médica informou que Paulina estava grávida e que tinha o direito de fazer um aborto de acordo com a lei. Ofereceu-se para realizar a intervenção assim que fosse apresentada a autorização legal para o procedimento.

A mãe de Paulina, no dia 13 de setembro, solicitou a realização do aborto à agência do Ministério Público especializada em delitos sexuais. A agente do Ministério, Norma Alicia Velazquez Carmona, autorizou a realização do aborto, enviando ofício ao Diretor de Saúde do Estado e ao Diretor do Hospital Geral da Cidade de Mexicali. Este ofício não foi entregue à mãe de Paulina, Maria Elena Jacinto, sob a alegação de que o mesmo seria enviado diretamente às autoridades de saúde, únicas autorizadas para a prática do aborto no estado. Essa última informação era falsa, pois em caso de estupro o Código Penal mexicano estabelece que a prática do aborto não é exclusividade das instituições públicas de saúde.

As autoridades de saúde não responderam à solicitação para o cumprimento da interrupção da gravidez até o dia 1º de outubro, quando Paulina foi internada em um hospital da cidade. Após sete dias de internação, e com gastos da família para pagar exames pedidos pelo hospital, a menina teve alta sem que houvesse sido feita a interrupção da gravidez e sem maiores explicações.

Paulina, sua mãe e o irmão continuaram insistindo com o Ministério Público e o hospital, sem contudo conseguir que fosse cumprida a lei. Ao mesmo tempo, as autoridades responsáveis circulavam ofícios para evadir-se de sua responsabilidade. Essa situação prolongou-se enquanto a gravidez de Paulina avançava. Em meados de outubro, Paulina voltou a ser internada no Hospital Geral por três dias. Estando sozinha em seu quarto, duas mulheres apresentaram-se como trabalhadoras do Sistema Nacional de Desenvolvimento Integral da Família (DIF-Governo), mas na verdade eram as dirigentes de grupos pró-vida, Mayra Topete y Marcela Vaquera. Estas mulheres exibiram para Paulina o vídeo "O Grito Silencioso" e imagens subliminares onde aparecia Jesus Cristo, com o objetivo de fazer com que a menina desistisse do aborto. Tentaram persuadir também a mãe de Paulina mas não obtiveram sucesso, pois esta estava consciente de que sua filha era ainda muito jovem para ser mãe e também pelo fato de que a lei as protegia.

Mãe e filha recorreram ao procurador de Justiça do

Estado, Juan Manuel Salazar Pimentel, para que acelerasse e autorizasse a interrupção da gravidez. Mas, em lugar de fazer cumprir a lei, ele tratou de convencer a menor e a família a não interromperem a gravidez levando-as em seu carro, com sua guarda pessoal, até uma igreja, onde as apresentou a um sacerdote que desaprovou a intenção das duas mulheres e as preveniu de que podiam ser excomungadas.

Cabe observar que o procurador do Estado da Baja Califórnia é concunhado do governador Alejandro Gonzalez Alcocer, do PAN; quer dizer, ambos pertencem à corrente política mais conservadora do país que, juntamente com Vicente Fox, ganhou as últimas eleições presidenciais no México. A porta-voz da Procuradoria do Estado na Baja Califórnia, Luisa Sofia Buerba, afirmou que "a Procuradoria não promove a cultura da morte".

No dia 13 de outubro de 1999, aproximadamente às 20:30, Paulina foi novamente internada para submeter-se à intervenção. Entretanto, o dr. Ismael Avila Iñiguez, Diretor do Hospital Civil, reuniu-se numa sala privada com sua mãe e desenhou para ela a figura de um útero. Em seguida explicou que a prática do aborto poderia ocasionar complicações e Paulina poderia ficar estéril ou mesmo vir a perder a vida devido a hemorragias, e ela, como mãe, seria a responsável. A mãe de Paulina respondeu: "Oxalá que os senhores nunca passem por isto; e se queriam meter-me medo, já conseguiram. Eu não quero que minha filha morra. Os senhores deveriam ter explicado isso desde o começo e assim não teríamos sofrido tanto com tantas voltas e nem gasto dinheiro".

Só foi possível conhecer essa história porque o repórter Javier Mejía estava no Hospital para uma reportagem e soube do caso. Ele publicou uma nota sobre a situação de Paulina e sua família na edição do dia seguinte do jornal em que trabalhava. No dia 25 de outubro as cidadãs Rebeca Maltos e Silvia Resendiz Flores (do grupo feminista Alaide Foppa) denunciaram este como um caso de violação dos direitos humanos ante a Procuradoria de Direitos Humanos e Proteção Cidadã do Estado da Baja Califórnia.

No dia 3 de março essa Procuradoria emitiu a recomendação 2/2000 sobre o caso da menor, solicitando a indenização às vítimas, um fideicomiso por parte do Governo do Estado e procedimento administrativo penal e/ou administrativo para os funcionários envolvidos. O governador Alejandro González Alcocer recusou a recomendação, declarando que a mesma não era procedente porque todos atuaram de acordo com a lei, já que a autorização havia sido dada e a mãe havia desistido do aborto. Há um mês, devido à pressão e à proximidade do processo eleitoral, o governador mandou chamar Paulina e sua mãe e lhes ofereceu 20.000 pesos (US\$ 2.000), mas a família recusou o dinheiro e agora aguarda o cumprimento da recomendação da PDH.

Contribuição de Maricarmen Rioseco, Grupo Feminista Alaide Foppa A.C., Mexicali, México.



AS PREMISSAS E RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS SERÃO INSUFICIENTES, POIS PRECISAMOS MAIS QUE PALAVRAS



Georgia O'Keeffe

Baixa Califórnia, México, em que se impediu o acesso ao aborto no caso de uma menina indígena estuprada e que dispunha de autorização legal para realizar o procedimento.

No caso brasileiro, o "novo clima político" foi inaugurado com a visita do Papa em 1997. Desde então, cresceu o número de organizações pró-vida. Em pelo menos três casos, esses grupos realizaram operações para impedir a realização do aborto em casos de estupro e malformação fetal. Uma breve análise das matérias sobre aborto publicadas pelos quatro maiores jornais brasileiros, entre janeiro e abril de 2000, mostra que a tônica atual é judicial ou policial, à diferença do que acontecia em 1995 e 1996, quando se privilegiava a perspectiva dos direitos. As matérias falam de uma clínica de aborto fechada no Rio de Janeiro, da apreensão de um contrabando de Cytotec e da ação de um grupo antiaborto para impedir um procedimento. Finalmente, vale lembrar que se encontra em curso neste momento uma campanha pública orquestrada por setores conservadores da Igreja Católica para a suspensão da norma técnica do Sistema Único de Saúde, que orienta os profissionais e gestores locais com relação ao atendimento de mulheres vítimas de violência sexual, no processo de implantação de serviços de aborto nos casos permitidos por lei.

Desafios e tarefas pós-Pequim + 5

As novas circunstâncias políticas que envolvem o debate sobre legalização e acesso ao aborto na América Latina não devem surpreender. Elas informam que foi

superada a barreira do silêncio, numa indicação inequívoca de que as estratégias adotadas ao longo da década têm sido efetivas. Mas também sugerem que a existência de um consenso discursivo sobre o aborto inseguro no plano global foi um instrumento fundamental no processo de construção de um discurso público sobre a questão. Entretanto, nesta nova etapa, as premissas e recomendações internacionais serão insuficientes, pois precisamos mais que palavras. São cruciais e urgentes ações em níveis muito diferenciados: no parlamento, no âmbito das políticas, na mídia e, sobretudo, na sociedade. É preciso documentar casos como o de Paulina, que começam a proliferar em todos os países. É preciso estar perto das mulheres que têm sido submetidas a essas formas de coerção quando exercem seu direito de decidir. É preciso manter uma rede de informação permanente e ágil para conhecer e disseminar informações sobre o estado do debate em cada país. É preciso, sobretudo, repensar nossas estratégias no que diz respeito a como ganhar corações e mentes para o sentido fundamental de justiça e de liberdade que está implícito na demanda pela descriminalização do aborto.

* Sonia Corrêa é coordenadora da Iniciativa Gênero - Projeto IBASE/DAWN (Development Alternatives with Women for a New Era) e integrou o Comitê Pequim + 5.

ABORTO E DIREITOS HUMANOS

do introduzir a problemática da saúde reprodutiva e sexual no discurso sobre a democratização da sociedade.

Conforme tem sido abundantemente documentado, o enfoque do aborto como uma questão de saúde pública é um dever dos governos, que devem garantir direitos adquiridos e não podem omitir-se das ações que esta obrigação demanda. O regime de acesso à saúde passa pelo exercício dos direitos consagrados: a decidir se, quando e com qual frequência ter filhos.

Quanto ao "risco à vida e à saúde da mãe", sua definição não deve ficar nas mãos dos especialistas. Não existem "especialistas" na avaliação subjetiva do que pode ser fatal no caso de uma maternidade forçada. O voto de morte que pesa sobre uma gestação causada por estupro, ou de uma gravidez que adquire para a mulher que a carrega o significado de atentar contra sua vida, sua integridade e sua identidade, não se origina autonomamente nela, mas é um efeito de sua submissão a um poder que a

A saúde, como a vida, ultrapassa amplamente o campo da medicina

nega como pessoa. Ela não faz mais que transferi-lo. Transmite a morte que lhe foi imposta (em uma relação atual ou pretérita).

Para aceitar uma gravidez é necessário poder outorgar a ela o sentido de transcendência desejada da própria sexualidade e da própria vida, e não no sentido de sua sujeição a indivíduos ou condições mortificantes. A saúde, como a vida, ultrapassa amplamente o campo da medicina.

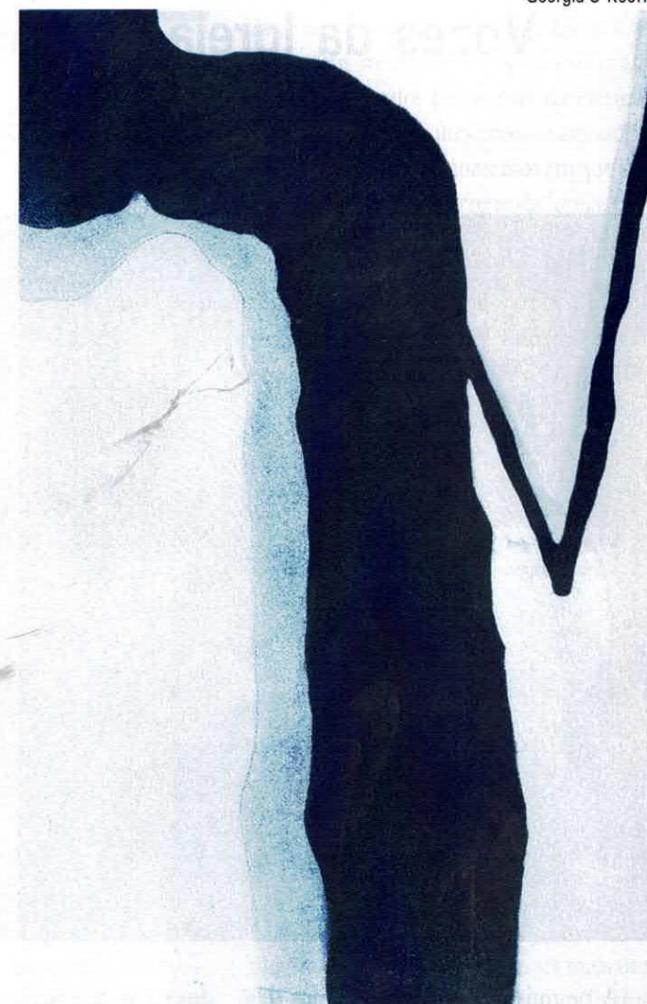
A cidadania das mulheres requer a garantia de direitos de acordo com sua especificidade sexual e reprodutiva. A ins-

tauração de seus direitos é necessária a partir da revolução cultural que, em um amplo processo de construção de hábitos e normas voltadas ao alcance da igualdade política, transforma a subordinação das mulheres.

A sociedade deve reconhecer nosso direito sobre as gestações: a dar-lhes continuidade, gozando de proteção para nossa saúde e a de nossos filhos; a interrompê-las quando há impedimentos objetivos ou subjetivos para a maternidade. As decisões sobre a própria gravidez são decisões éticas pessoais que tomamos levando em consideração o conjunto da situação e avaliando com nossos melhores instrumentos racionais e afetivos se podemos e desejamos assumir a responsabilidade de gestar e criar um filho.

* Martha Inés Rosenberg é integrante do Foro por los Derechos Reproductivos, Argentina.

Tradução de Marisa Sanematsu.



Georgia O'Keeffe

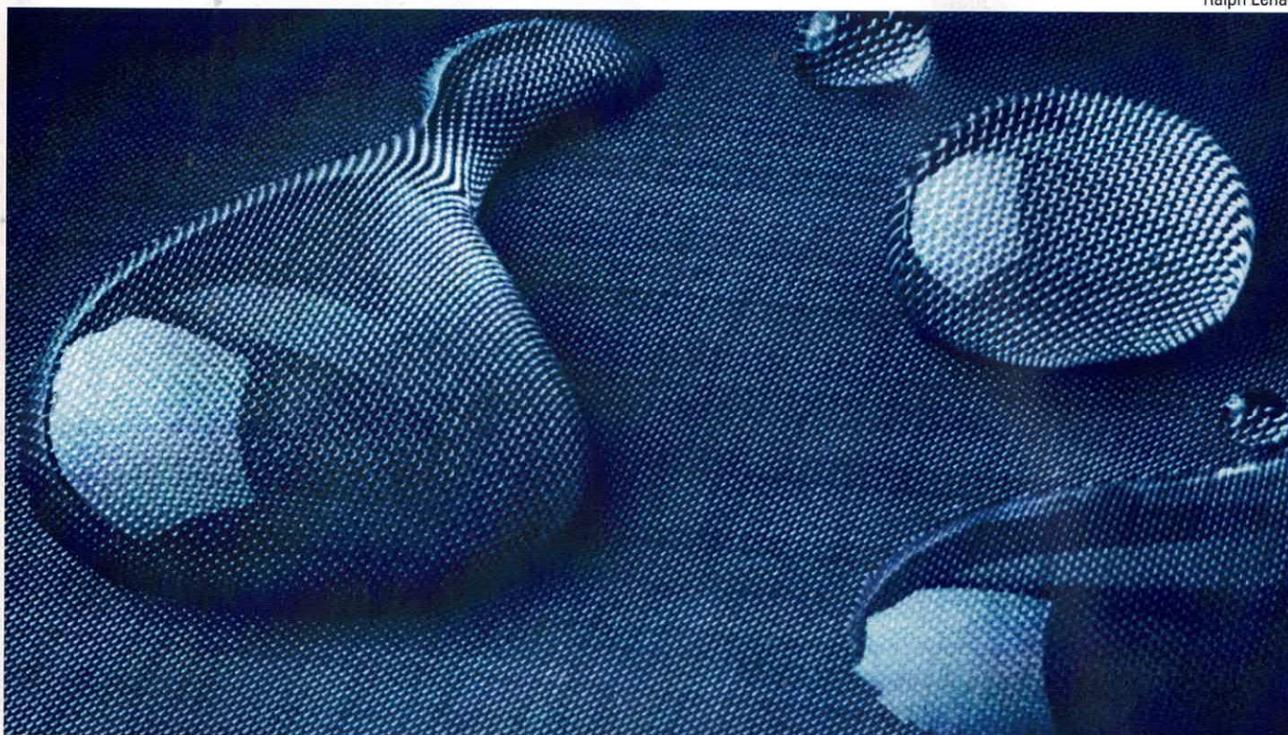
Nota: Este texto contém trechos da apresentação assinada por Martha Inés Rosenberg para a publicação Aborto no punible. Esse livro reúne os trabalhos premiados no concurso de ensaios: "peligro para la vida y la salud de la madre", promovido pelo Foro por los Derechos Reproductivos para estimular a produção de trabalhos de interpretação sobre o significado atual do artigo 86 do Código Penal argentino, que dispõe sobre o aborto e limita o direito das mulheres.

O concurso e a publicação dos ensaios vencedores foram atividades realizadas no âmbito da Campanha 28 de Setembro - Dia pela Descriminalização do Aborto na América Latina e Caribe.

Vozes da Igreja Católica na Câmara Federal

Myriam Aldana Santin*

Ralph Lenac



A pesquisa "Direitos Humanos das Mulheres: Congresso Nacional e Igreja Católica" buscou analisar a atuação da Igreja Católica no Congresso Nacional quando estão em pauta questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos. Finalizada em agosto de 1999, essa pesquisa teve o apoio do programa "Relações de Gênero na Sociedade Brasileira", da Fundação Carlos Chagas.

Além de identificar o Grupo Parlamentar Católico, isto é, parlamentares que se identificam com as posições oficiais da Igreja Católica, a pesquisa procurou mostrar, através dos discursos e práticas, a atuação e a articulação desse grupo com os diversos setores do Congresso diante de projetos de lei relativos à reprodução.

Para isso, foi realizado um estudo de caso sobre o processo de tramitação do Projeto de Lei nº 20, de 1991 (PL 20/91), que visa regulamentar o atendimento pelo SUS

dos casos de aborto previstos no Código Penal brasileiro. Acompanhando passo a passo o PL 20/91, a pesquisa procurou mostrar o caminho percorrido desde sua apresentação, em 1991, até a aprovação pela Comissão de Constituição, Justiça e Redação da Câmara dos Deputados em novembro de 1997.

Até setembro de 2000, o referido projeto não havia sido apresentado ao plenário da Câmara para votação.

Perfil do Grupo Parlamentar Católico

São considerados integrantes do Grupo Parlamentar Católico (GPC) os parlamentares que assinam uma carta-convite enviada pelos coordenadores do GPC no início de cada legislatura e que participam das diversas atividades promovidas pela coordenação e/ou pelos seus membros, tais como encontros de oração e debates sobre questões relacionadas com as temáticas pro-

postas pela Igreja Católica. Entre os membros mais atuantes do grupo, podemos citar os deputados Osmânio Pereira e Severino Cavalcanti e o vice-presidente da República Marco Maciel. O GPC conta também com a assessoria de um sacerdote ou bispo destacado pela CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil). Na Legislatura 1995-1999, esse grupo era composto por 57 deputados e 11 senadores. A pesquisa "Direitos Humanos das Mulheres: Congresso Nacional e Igreja Católica" concentrou-se na atuação desses 57 deputados.

O GPC contava com maior representação partidária no PSDB, com 21 parlamentares (ou 19,09% do total de deputados do partido); em seguida, vem o PFL, com 11 parlamentares (10,48% de seus membros); depois o PMDB, com 8 deputados (7,62% da sua bancada); o PTB tem 5 (17,24%); e o PT, 6 (ou 13,04% de seus deputados). Isso evidencia que o GPC não

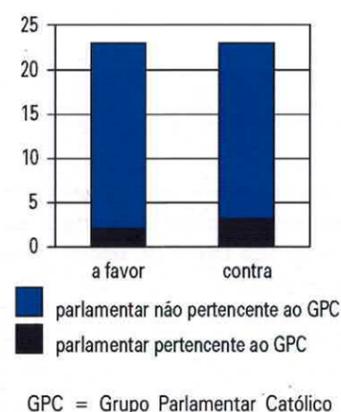
está vinculado preferencialmente a nenhum partido político e nem mesmo pode ser definido a partir de correntes ideológicas.

Votação sobre o PL 20/91 na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)



Dos 88 membros da Comissão, entre titulares e suplentes, estiveram presentes 38 parlamentares dos diversos partidos, resultando 21 votos a favor e 17 contra o PL 20/91. Os partidos com maior representação na Comissão também foram os que mais votaram a favor - PFL, PTB, PMDB e PT. Dos sete parlamentares católicos que participaram, dois votaram a favor (os dois do PFL) e cinco, contra: 1 do PTB, 1 do PMDB, 2 do PSDB e 1 do PDT. Os outros dois parlamentares católicos que pertenciam a essa Comissão estavam ausentes.

Votação sobre o PL 20/91 na Comissão de Constituição, Justiça e Redação (CCJR)



os dois votos favoráveis de parlamentares católicos vinculados ao GPC foram fundamentais para a aprovação do PL 20/91 na CCJR

De um total de 102 membros, entre titulares e suplentes, estavam presentes nessa Comissão 46 parlamentares, dos quais 23 deram seu voto a favor e 23, contra, sendo o projeto aprovado pelo voto favorável da relatora. Na ocasião, dos doze parlamentares católicos pertencentes à Comissão, participaram somente cinco, dos quais dois deram seu voto a favor e três, contra. Vale ressaltar que os dois votos favoráveis de parlamentares católicos vinculados ao GPC foram fundamentais para a aprovação do PL 20/91 na CCJR.

Ao realizar-se um levantamento sobre essas duas votações, na CSSF e na CCJR, imaginou-se ser natural que todos os parlamentares católicos votassem contra, ou que os parlamentares de esquerda votassem a favor, assim como que os partidos de direita ou de centro votariam contra. Nenhuma destas hipóteses foi confirmada. Como todos os parlamentares insistem: nessas questões não prevalece a posição do partido, mas a convicção íntima, a questão de "consciência, de foro íntimo".

Em geral, os votos do GPC nas Comissões da Câmara não representam uma força determinante nas aprovações ou não dos projetos relativos à reprodução humana. Mas sua ação é mais efetiva na condução dos trâmites para impedir a passagem de uma comissão a outra, das comissões para o plenário, ou da Câmara para o Senado. Este foi o caso do PL 20/91, que após ser aprovado na CCRJ tem tido sua passagem para o Senado impedida por representantes do GPC. Por essa razão, o mesmo se encontra arquivado até o presente momento.

Relações com a Igreja

A partir das entrevistas, foi possível apurar que, embora o GPC enquanto grupo

não esteja oficialmente ligado à Igreja Católica, seus membros em geral procuram ou são procurados por setores da mesma, como a CNBB, que lhes prestam assessoria ou pedem apoio nos momentos em que são votadas medidas de interesse da Igreja. Um subgrupo do GPC defende radicalmente os pontos doutrinários da Igreja sobre a família, recebendo apoio do Setor Família da CNBB e do movimento pró-vida, o qual propõe a inviolabilidade da vida humana desde a concepção, negando o aborto em qualquer circunstância.

O GPC não é um todo coeso, nem em termos de composição partidária nem ideológica.

O GPC não é um todo coeso, nem em termos de composição partidária nem ideológica

lógica, e, no que tange à linha doutrinária católica, apresenta as mesmas tendências presentes na hierarquia e no corpo teológico do magistério da Igreja no Brasil. Segundo depoimentos colhidos junto a seus integrantes, o GPC insiste em ser mais um grupo de reflexão e oração do que de atuação prática orgânica.

Argumentos contrários ao PL 20/91

A pesquisa constatou que os argumentos utilizados para desqualificar o PL 20/91 e impossibilitar a regulamentação do aborto legal fundamentaram-se principalmente em três aspectos:

o religioso - que apela para o mandamento do decálogo judaico-cristão "não matarás" e transfere para Deus a propriedade absoluta sobre a vida humana. Sob essa perspectiva, o homem não poderia de forma alguma interferir na geração e desenvolvimento espontâneo da vida até que a mesma culminasse na morte natural;

o da "lei natural" - o homem deve cumprir irremediavelmente uma lei imposta pela própria natureza e que está inscrita em seu coração. Segundo essa "lei natural", o ser humano não pode intervir na ordem

Bancada feminina católica

Do total de 57 deputados do GPC, 51 são do sexo masculino e 6, do feminino. As mulheres representam 10,5% do grupo, percentual maior do que o observado no Congresso Nacional como um todo, onde segundo dados do IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas) levantados em 1996 a participação das mulheres chegava apenas a 6,8%.

Entre os achados da pesquisa destaca-se a constatação de que as mulheres do GPC não apresentaram posições fechadas nas votações de projetos relativos à sexualidade e aos direitos reprodutivos. Por exemplo, nas votações do PL 20/91 na Comissão de Seguridade Social e Família, das 9 mulheres participantes, 7 votaram a favor e duas, contra; duas eram católicas, votando uma a favor e a outra contra. Na Comissão de Constituição, Justiça e Redação, havia somente três mulheres, que votaram a favor; mas nenhuma era do GPC.

Diante da votação quase unânime das mulheres a favor do PL 20/91, independentemente de sua filiação partidária e ao GPC, pode-se recorrer às reflexões da socióloga Maria José Rosado, das Católicas pelo Direito de Decidir-Brasil, sobre a existência ou não de uma identidade grupal na chamada bancada feminina católica. Segundo Rosado, analisando-se a questão partir de uma perspectiva religiosa, pode-se dizer que as integrantes dessa bancada defrontam-se com muitas contradições na sua atuação política: "pertencer a um grupo religioso conservador em questões relativas à autonomia das mulheres e defender posições de projetos de lei que se direcionam em sentido contrário; ter uma base eleitoral católica ou evangélica pentecostal e afinar-se com proposições advindas do movimento de mulheres. Ou, em sentido contrário, ideologicamente estar de acordo com o que propõem as normas religiosas e sentirem-se pressionadas politicamente a defender posições avançadas".

natural da reprodução. Daí, a proibição do uso de métodos artificiais, tanto para impedir a concepção, quanto o desenvolvimento do embrião humano, independentemente do que possa acontecer com o mesmo no útero materno e fora dele, ou mesmo das condições que o cercam, tais como a saúde física ou psíquica da mãe;

o emocional – que coloca o feto como vítima indefesa frente a uma mulher malvada e irresponsável que quer resolver seu problema a custo da vida de um inocente. Segundo essa linha argumentativa, tal ação só pode ser classificada como um crime bárbaro, impiedoso e digno de todo o repúdio.

Homens e celibatários legislando sobre o corpo da mulher

Assim, pode-se afirmar que, no processo de tramitação do PL 20/91, as posições de defesa intransigente da vida humana desde sua concepção estavam baseadas em argumentos ético-teológicos sustentados no mandamento bíblico "não matarás", numa filosofia essencialista a respeito da vida humana e numa teologia fundamentada na lei natural e no magistério da Igreja, que sempre defendeu o direito absoluto e inviolável da vida humana desde a concepção.

É interessante ressaltar que esse magistério é exercido por uma hierarquia hegemônica que é uniformemente masculina e preponderantemente celibatária, não convivendo portanto com os problemas ligados à reprodução humana, que atingem mais duramente os extratos pobres da população.

Além disso, esse magistério masculino

vai encontrar correspondência num Congresso Nacional fundamentalmente masculino, seja no aspecto numérico, seja na formação machista que é própria da nossa cultura, mas especialmente do "mundo da política", tida como atividade talhada para "o macho". Isto, aliado à cultura católica impregnada na consciência do povo brasileiro, pode estar funcionando como imobilizadores do Parlamento Nacional na hora da votação de projetos de lei tão debatidos na sociedade e que contam com aprovação da maioria da população, principalmente das mais interessadas, as mulheres. O fato de esses dois importantes atores masculinos – Igreja Católica e Congresso Nacional – deterem em suas mãos tanto poder para legislar sobre o corpo da mulher poderia lançar uma luz sobre as dificuldades e a demora na tramitação de projetos de lei que se destinam a garantir às mulheres o exercício de seus direitos reprodutivos.

* Myriam Aldana Santin é mestre em Sociologia das Religiões e professora da Unoesc (Universidade do Oeste de Santa Catarina). É também membro do Fórum Municipal de Defesa dos Direitos da Mulher de Chapecó e do Conselho Consultivo de Católicas pelo Direito de Decidir-Brasil.

Nota: Para obter mais detalhes sobre a pesquisa, escreva para o e-mail aldana@big.psi.br.

Sobre a pesquisa

Ao lado do levantamento documental realizado junto a departamentos da Câmara dos Deputados, organizações não-governamentais como o Cfemea (Centro Feminista de Estudos e Assessoria) e Católicas pelo Direito de Decidir e em publicação oficial da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil), a pesquisa apoiou-se em entrevistas com deputados pertencentes ao Grupo Parlamentar Católico, representantes da Igreja Católica, da organização Pró-Vida e do Cfemea.

Proteção Social à Maternidade: ganhos e perdas na nova Convenção da OIT

Marina Rea e Luis Eduardo Batista*

As mulheres que entram no mercado de trabalho estão especialmente no período reprodutivo. Sabe-se também que a maioria é contratada de maneira informal, qual seja, não se beneficia dos direitos trabalhistas. Aquelas em trabalho formal têm utilizado os benefícios da legislação apenas em situações nas quais esta é implementada pelo empregador e fiscalizada pelo Estado, já que poucas são sindicalizadas e os sindicatos nem sempre incluem cláusulas relacionadas à mulher enquanto mãe em suas pautas de dissídios.

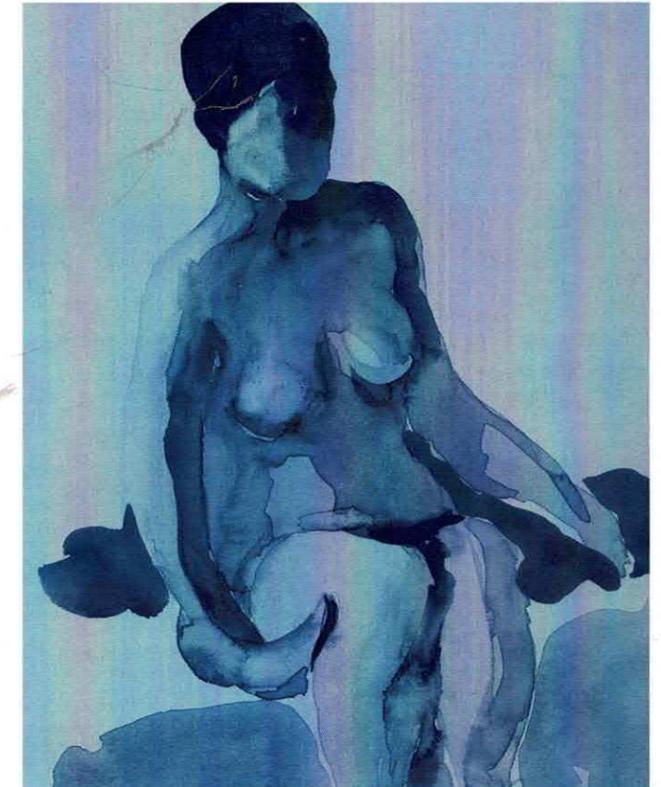
Novas evidências científicas sobre a proteção à gestante e à lactante hoje dão ênfase especialmente à importância da proximidade mãe-filho no período perinatal e do aleitamento materno exclusivo. A OMS (Organização Mundial da Saúde) e a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) recomendam que a gestante deve ser preparada para o parto natural e que todos os procedimentos realizados na sala de parto devem procurar propiciar o contato precoce entre mãe e bebê (de preferência pele-a-pele), o que favorece o vínculo e o estabelecimento da prática de amamentar. Recomendam a OMS e o Unicef que o aleitamento materno exclusivo seja praticado, no mínimo, até os 4 meses de vida, mas preferivelmente até os 6 meses, e que a partir daí a criança continue a ser amamentada, além de receber outros alimentos, até pelo menos o segundo ano de vida.

Recomendações como estas devem ser aplicadas a todos os seres humanos. Assim, o fato de estar no mercado de trabalho não deve impedir a mulher de viver o período da maternidade da mesma forma que as mulheres que estão fora do mercado. Qual é então a política recomendada pelas organizações do trabalho para o período da maternidade?

A Convenção de Proteção à Maternidade (Convenção nº 3), da OIT (Organização Internacional do Trabalho), de 1919, é a terceira elaborada por este organismo: inclui o direito à licença-maternidade (6 semanas antes e 6 semanas após o parto), o direito a benefícios médicos pagos, proibição de demissão da gestante e da lactante e pausas para amamentar.

Em 1952 essa Convenção foi revisada (nº 103) e passou a estender os benefícios anteriores a empregadas domésticas assalariadas; a licença-maternidade de 12 semanas incluiu 6 semanas compulsórias no pós-parto e a possibilidade de extensão deste período por razões médicas; além da garantia de pagamento dos horários de pausas para amamentar. Nessa época, uma Recomendação (nº 95) foi também adotada, sugerindo 14 semanas de licen-

Georgia O'Keeffe



Convenções, quando ratificadas pelos países, constituem obrigações legais a serem implementadas em legislações nacionais

ça-maternidade, com 100% do salário; além disso, as pausas para amamentar poderiam ser de 1 e ½ hora por dia. Recomendou-se também a instalação de creches financiadas pelo setor público ou pelo seguro social.

Convenções, quando ratificadas pelos países, constituem obrigações legais a serem implementadas em legislações nacionais, enquanto que *Recomendações* são instrumentos opcionais para servir como guias.

A Convenção 103, conquanto mais ampla que a anterior (nº 3), não inclui nem refere qualquer provisão a empregadas informais e permite aos países excluir categorias de trabalhadoras. Note-se que a OIT em 1958, 1994 e 1996 elaborou outras convenções

Nova Convenção 183

Sobre a Proteção da Mulher Trabalhadora no Período da Maternidade

Ganhos

- A abrangência da Convenção tornou-se mais ampla, aplicando-se a todas as mulheres que trabalham, incluindo "formas atípicas".
- Novo artigo sobre a proteção à saúde está presente.
- A duração da licença-maternidade passou de 12 semanas para, pelo menos, 14 semanas; e na Recomendação passou de 16 para 18 semanas pelo menos.
- A licença compulsória de 6 semanas pós-parto está garantida.
- O direito de retornar à mesma função no emprego ou equivalente, após a licença, está garantido.
- Pela primeira vez não se permite teste de gravidez, exceto em algumas circunstâncias bem definidas.
- Deverão ser tomadas medidas para assegurar que a maternidade não constitua uma forma de discriminação.
- Condições para amamentação foram melhoradas.

Perdas

- A proteção contra a demissão é menos restrita, já que são admitidas exceções a causas relacionadas à maternidade.
- O valor dos benefícios pagos poderia ter sido integral, mas foram aprovados "2/3 dos ganhos anteriores pelo menos".

Fonte: Grupo dos Trabalhadores na OIT, 9 de junho de 2000.

Nova Convenção 183

Sobre Amamentação e Volta ao Trabalho

Ganhos

- Licença-maternidade de 14 semanas, sendo 6 semanas compulsórias pós-parto.
- Uma ou várias pausas diárias para amamentar ou redução no tempo de trabalho.
- Estas pausas ou redução no tempo de trabalho serão contadas e pagas como tempo trabalhado.
- Possibilita-se estender a licença-maternidade, quando pertinente.
- Na Recomendação, aprovou-se a licença-maternidade de 18 semanas.

Perdas

- Creches - a emenda proposta não passou.
- Locais para amamentar ou ordenhar leite no local de trabalho - a emenda proposta não foi aceita.

que ampliaram a cobertura da proteção à maternidade para trabalhadoras agrícolas, aquelas em tempo parcial e para mulheres que trabalham em casa, respectivamente, Convenções 110, 175 e 177.

A Convenção 103 e a Recomendação 95 da OIT estão em vigência e foram ratificadas pelo Brasil. Muitos países passaram a ter legislações mais avançadas do que a própria OIT. É o caso do Brasil, onde desde 1988 a Constituição Federal garante "Licença à gestante sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de 120 dias" (Art. 7º, XVIII), entre outros benefícios.

No ano de 1998 a OIT decidiu rever a Convenção 103 para reformulá-la e adaptá-la aos dias atuais, permitindo que muitos países que não a ratificaram tivessem a chance de fazê-lo. Assim, um Relatório e questionários sobre o tema foram enviados aos ministros de Trabalho em todo o mundo, solicitando respostas a diversos aspectos da legislação e sugerindo consultas a sindicalistas e confederações patronais. O Relatório chamava a atenção para a desigualdade de tratamento que mulheres e homens poderiam sofrer frente ao papel reprodutivo da mulher. Alertava também para a necessidade de um texto mais flexível, que permitisse maior número de ratificações, lembrando que as Convenções de 1919 e 1952 foram pouco ratificadas.

Isto levou a um documento-síntese, que foi discutido, emendado e votado na 87ª reunião anual da OIT em junho de 1999. Esse documento foi enviado então aos países para emendas e questionamentos. E agora, no ano de 2000, a 88ª reunião anual da OIT votou uma proposta de uma nova Convenção (nº 183) e Recomendação sobre a proteção da maternidade da mulher trabalhadora.

No box ao lado destacamos os principais ganhos e perdas da nova Convenção.

Dos delegados brasileiros, votaram favoravelmente na plenária da OIT em junho último os representantes do Ministério do Trabalho e dos trabalhadores; já a representante patronal absteve-se.

Mais detalhes sobre a votação, assim como a íntegra dos textos da Convenção e da Recomendação podem ser encontrados no site da OIT em <http://www.wilo.org>

Lembramos também que estes votos são apenas uma indicação do governo de que pretende ratificar a Convenção. Para ratificá-la é necessário ainda que seu texto seja aprovado pelo Congresso Nacional. Assim, ainda temos um bom caminho a percorrer.

* - Marina Rea é médica, doutora pela Universidade de São Paulo e pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. É também membro da rede IBEAN (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar). Participou da plenária da OIT em junho de 2000 como integrante da equipe de trabalhadores do Brasil.

Luis Eduardo Batista é sociólogo, mestre pela UNESP e pesquisador científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Esterilização Cirúrgica: lei que fica no papel

Olinda C. Luiz e Maria Teresa Citeli*

As taxas de uso de anticoncepção verificadas no Brasil atualmente são bastante próximas daquelas constatadas em países desenvolvidos; o que diferencia a condição da brasileira é sua estreita margem de escolha, concentrada na pílula e na esterilização cirúrgica. De fato, durante a década de 80, o aumento significativo da esterilização cirúrgica feminina no país equiparou-a à pílula, tornando-se ambos os principais métodos anticoncepcionais utilizados pelas brasileiras em idade fértil.

O reconhecimento da complexidade que envolve os fatores sociais relativos à esterilização cirúrgica tem se refletido em mudanças no plano legal. A Lei do Planejamento Familiar de 1996 e as Portarias 144/97 e 48/99 do Ministério da Saúde normatizam os procedimentos, permitindo que o SUS (Sistema Único de Saúde) os realize gratuitamente, em acesso universal. Atualmente, são estes os critérios legais para a realização da esterilização cirúrgica pelo SUS:

- ter capacidade civil plena;
- ter no mínimo dois filhos vivos ou ter mais de 25 anos de idade, independentemente do número de filhos;
- manifestar por escrito a vontade de realizar a esterilização, no mínimo 60 dias antes da realização da cirurgia;
- ter tido acesso a serviço multidisciplinar de aconselhamento sobre anticoncepção e prevenção de DST/AIDS, assim como a todos os métodos anticoncepcionais reversíveis;
- ter consentimento do cônjuge, no caso da vigência de união conjugal.

O serviço que realizar o procedimento deve oferecer todas as opções de meios e métodos anticoncepcionais reversíveis e seguros, bem como serviço multidisciplinar de aconselhamento sobre anticoncepção, visando desencorajar a esterilização preco-

ce e informando sobre os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais e dificuldade de reversão. A lei impõe, ainda, restrições quanto à realização da laqueadura durante o parto cesáreo, buscando coibir o abuso de partos cirúrgicos realizados exclusivamente com a finalidade de proceder à esterilização.

Impacto da lei e a esterilização

Visando registrar o impacto das mudanças legais, a Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) desenvolveu em 1999 uma pesquisa junto a 23 serviços de esterilização, em um universo de 37 hospitais e ambulatórios públicos que realizam o procedimento na Região Metropolitana de São Paulo. Os resultados, resumidos neste artigo, revelam que, apesar de existirem serviços de excelente qualidade técnica, ainda prevalece uma boa distância entre a lei e os serviços efetivamente oferecidos. Os obstáculos vão desde a falta de insumos adequados até clientelismo eleitoral, passando, em muitos casos, por uma arraigada cultura de resistência à esterilização, entre médicos e outros profissionais de saúde. Entre eles, a pesquisa constatou uma freqüente objeção à idade mínima estabelecida pela lei. O principal argumento invocado para contra-indicar a cirurgia em jovens adultos é o risco de arrependimento por se tratar de método irreversível. Diversos estudos sobre arrependimen-

to foram realizados antes da regulamentação legal da esterilização cirúrgica. A maioria deles associa o arrependimento à falta de orientação e informação. Para qualquer conclusão a respeito do arrependimento no novo contexto em que o aconselhamento e a oferta de métodos são obrigatórios, seria necessária nova investigação, buscando verificar se a prevalência de arrependimento se mantém nos mesmos índices e quais seus determinantes, avaliando-se inclusive a qualidade do aconselhamento. Mesmo assim, antes da Lei, a porcentagem de insatisfação após a cirurgia, constatada nos diversos estudos, girava em torno de 11% a 20%, o que indica que pelo menos quatro em cada cinco pessoas (80% das que se submeteram à esterilização) estão satisfeitas, o que não é pouco e, portanto, não justifica o sistemático não-cumprimento dos requisitos legais.

Georgia O'Keeffe

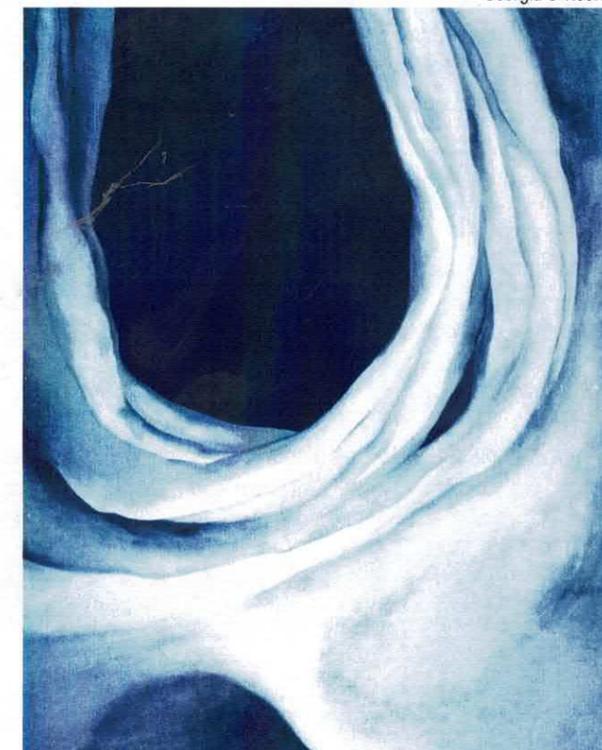


Tabela 1 - Nº de serviços de esterilização cirúrgica que respeitam os critérios legais Região Metropolitana de São Paulo - 1999

Critérios previstos na Lei de Planejamento Familiar e Portarias do Ministério da Saúde	Nº de serviços que respeitam o critério	%	Nº de serviços que desrespeitam o critério	%	Total
idade (25 anos)	10	43	13	57	23
conjugalidade	9	40	14	60	23
nº de filhos vivos	9	40	14	60	23
risco à saúde	22	96	1	4	23
aconselhamento	19	83	4	17	23
consentimento informado	22	96	1	4	23
oferta de método reversível	21	91	2	9	23

Fonte: Comissão de Cidadania e Reprodução.

Tabela 2 - Métodos disponíveis no dia da entrevista em 23 serviços que oferecem esterilização cirúrgica Região Metropolitana de São Paulo - 1999

Método	Nº de serviços que dispunham do método	%	Nº de serviços que não dispunham do método	%	Total
DIU	12	52	11	48	23
pílula	15	65	8	35	23
preservativo	14	61	9	39	23
injetável	6	26	17	74	23
diafragma	12	52	11	48	23

Fonte: Comissão de Cidadania e Reprodução.

De uma maneira geral, os responsáveis pelos serviços entrevistados eram médicos e houve uma certa unanimidade em afirmar que os critérios impostos pela lei são muito permissivos. Os serviços existentes antes da legislação utilizavam critérios mais rígidos e parece haver uma certa nostalgia do tempo anterior à lei. Um dos entrevistados relatou existir um conflito entre o que o médico pensa e o que a lei define, indicando que os médicos se ressentem por não mais poder decidir quem pode ter acesso à esterilização, prerrogativa tornada nula pelos critérios da lei que faculta a esterilização voluntária.

Muitos entrevistados referiram um significativo aumento da demanda após a pu-

blicação da lei, o que, segundo alguns, estaria prejudicando o acesso das mulheres com indicação clínica (risco à saúde) à cirurgia. De fato, a escassez de vagas ainda é um problema a ser contornado. A minimização desse problema poderia ser obtida com pequena alteração nas normas, sem prejuízo de todo o arcabouço legal. A proibição da realização da cirurgia no puerpério para as mulheres que optaram pela esterilização na vigência da gravidez, com o intuito de dissociá-la do parto cesáreo, obriga a uma nova internação após os 42 dias do parto, requerendo nova disponibilidade de vaga e acarretando maiores custos.

Na época da aprovação das normas

para a esterilização, as taxas de parto cesáreo constituíam um sério problema de saúde pública, justificando a medida. Atualmente essas taxas ainda se mantêm altas, mas tudo indica que estarão decrescendo, em virtude de campanhas pelo parto normal e à nova política de remuneração do Ministério da Saúde, que vem estabelecendo "quotas", ou limites progressivamente mais baixos, ano a ano, acima dos quais as maternidades não são remuneradas pelos partos cesáreos. Com isso, as unidades tendem a ser mais cautelosas ao optar pela cesariana. Diante desse novo contexto, não se justificaria a manutenção da proibição de realização da laqueadura no pós-parto imediato, pois esta é mais fácil do ponto de vista técnico, desde que os demais critérios sejam mantidos (manifestação da vontade 60 dias antes da cirurgia, idade e número de filhos, aconselhamento etc.).

Para concluir, ressalta-se a necessidade de fiscalização por parte do Ministério da Saúde, através de seus órgãos de avaliação e controle, para que os critérios sejam os mesmos em toda a rede pública de saúde, impedindo que cada hospital imponha suas próprias regras. Faz-se necessária também uma difusão mais ampla das normas legais junto à própria população, para que esta faça valer seus direitos.

* Olinda C. Luiz é assessora técnica da Comissão de Cidadania e Reprodução, docente da Faculdade de Medicina ABC e doutoranda em Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Maria Teresa Citeli é Secretária Executiva da Comissão de Cidadania e Reprodução. Atualmente, está concluindo o doutorado no Departamento de Sociologia da Universidade de São Paulo com um estudo sobre os vieses de gênero verificados na produção das Ciências Biológicas e na pauta da mídia.

Nota: O relatório completo encontra-se disponível no site <http://www.ccx.org.br>

6º Encontro Nacional da RedeSaúde

Atibaia, São Paulo - 15 a 17 de junho de 2000

Georgia O'Keeffe



A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde) realizou o seu 6º Encontro Nacional nos dias 15, 16 e 17 de junho de 2000, na cidade de Atibaia, São Paulo.

As principais temáticas que fomentaram as discussões ao longo do 6º Encontro foram o impacto das políticas de saúde sobre a saúde da mulher em particular e sobre a saúde em geral; o controle social e a legislação sobre orçamento da saúde.

O resultado positivo do 6º Encontro da RedeSaúde foi mérito da participação intensa de 96 mulheres de diferentes regiões do Brasil. Mulheres brancas e negras, com menor e maior escolaridade, com e sem filhos, hetero e homossexuais - todas juntas, cada qual a sua maneira, empenhadas em discutir e avaliar a conjuntura nacional com relação à saúde e aos direitos das mulheres, atentas sobretudo para a importância da participação das mulheres em instâncias de controle social.

Estiveram ainda presentes no Encontro: Astrid Band, representando a International Women's Health Coalition; Magaly Marques, da Fundação MacArthur; e Ondina Fachel Leal, da Fundação Ford.

Balanco da gestão (1995-2000)

O 6º Encontro da RedeSaúde foi aberto pela Secretária Executiva Maria José de Oliveira Araújo, que apresentou um breve panorama sobre a Rede e fez um retrospecto de sua gestão. Esse balanço foi elaborado a partir de dados colhidos através de um questionário respondido anualmente pelas filiadas e de informações obtidas em fontes focais, além de dados da própria Secretaria Executiva.

Esses dados mostram, entre outras informações, que a RedeSaúde é formada majoritariamente por mulheres brancas, com nível de escolaridade superior, em sua maioria com idades entre 30 e 40 anos e uma renda média mensal de 4 a 20 salários mínimos. Esses dados indicam um importante desafio para a Rede no próximo biênio, que é o de promover uma maior participação e integração de mulheres negras, indígenas e rurais, ainda sub-representadas na RedeSaúde.

Foi destacado como ponto positivo a atuação das filiadas em diferentes fóruns estratégicos para o movimento de mulheres, com participação em conferências de saúde, organização de seminários, cursos e na organização de campanhas.

As filiadas presentes ao 6º Encontro tiveram a oportunidade de visualizar em primeiríssima mão a *home page* da RedeSaúde (<http://www.redevsaude.org.br>). Elaborada pela coordenadora de comunicação Jacira Melo, juntamente com Marisa Sanematsu, a página apresenta uma síntese das ações de comunicação que a RedeSaúde vem realizando nos últimos anos e que é tributária do

trabalho de suas Regionais e pesquisadoras, assistentes técnicos/as e outros/as profissionais. (Veja mais detalhes sobre a página da Rede na última capa desta edição.)

Outra importante atividade de avaliação da atuação da RedeSaúde foi o relato das representantes da Rede nos seguintes espaços institucionais: CISMU (Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde); CNDM (Conselho Nacional dos Direitos da Mulher); Comissão Nacional de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde; Comitê Assessor ABC/

Conselho Diretor da RedeSaúde (2000 a 2002)

Maria Isabel Baltar – Secretária Executiva*

Candida Carvalheira – Representante da Regional Rio de Janeiro, membro da Sociedade Brasileira dos Ostomizados, Rio de Janeiro/RJ. Suplente: Alejandra Rotania, Ser Mulher – Centro de Estudos e Ação da Mulher Urbana e Rural.

Criméia Alice Shimidt Almeida – Representante da Regional São Paulo, membro da União de Mulheres de São Paulo/SP. Suplente: Dulce Xavier Secoli, Católicas pelo Direito de Decidir.

Eunice Guedes – Representante da Regional Pará, membro do Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense, Belém/PA. Suplente: Rita Auxiliadora Teixeira, Movimento de Mulheres do Nordeste Paraense.

Fátima Oliveira – Representante da Regional Minas Gerais, membro do Musa – Centro de Referência e Educação em Saúde da Mulher, Belo Horizonte/MG. Suplente: Léa Melo da Silva, Musa.

Gilberta Soares – Representante da Regional Paraíba, membro do Cinhã – Coletivo Feminista, João Pessoa/PB. Suplente: a definir.

Márcia Larangeira – Representante da Regional Pernambuco, membro do SOS Corpo – Gênero e Cidadania, Recife/PE. Suplente: a definir.

Rurany Esther Silva – Representante da Regional Goiás, membro do Grupo Transas do Corpo, Goiânia/GO. Suplente: Albineiar Plaza Pinto, Oficina Mulher.

* Maria Isabel Baltar assumirá a Secretaria Executiva da RedeSaúde em janeiro de 2001. Entre julho a dezembro de 2000, momento de transição, a Secretaria Executiva estará sob responsabilidade de Maria José de Oliveira Araújo.

FNUAP; Comissão Mulher e AIDS do Ministério da Saúde; Comissões da Febrasgo (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia) e RSMLAC (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe).

Além de socializar informações, o objetivo dessa apresentação foi relatar a todas as filiadas os alcances e limites desta participação em relação às estratégias de intervenção social e política da RedeSaúde.

Mudanças na Secretaria Executiva e Conselho Diretor

Durante o 6º Encontro foi apresentada a proposta que resultou na indicação de Maria Isabel Baltar para a função de Secretária Executiva da RedeSaúde para o biênio 2001-2002.

A indicação de Isabel levou em consideração o fato de ela ser sócia-fundadora da RedeSaúde e estar filiada à Rede a título individual, sendo militante ativa da Regional São Paulo e pesquisadora reconhecida na área de saúde da mulher e direitos reprodutivos, vinculada profissionalmente ao Núcleo de Estudos de População da Unicamp. A plenária referendou a indicação de Maria Isabel Baltar, com aceitação unânime de seu nome como Secretária Executiva da RedeSaúde pelas participantes do Encontro. Liège Rocha foi indicada por Isabel Baltar para o cargo de Secretária Adjunta.

Maria José de Oliveira Araújo, que vem secretariando a RedeSaúde desde 1995, foi homenageada por todas as presentes, que ressaltaram sua dedicação e competência, contribuição ímpar para a consolidação da Rede e seu reconhecimento nacional e internacional.

Na ocasião, o Conselho Diretor também foi renovado, passando a ser composto pelas regionais dos estados de Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo.

O impacto da conjuntura sobre a saúde

Em seu segundo dia, o Encontro privilegiou a discussão do impacto da atual conjuntura política e social nas questões da saúde em geral e da saúde da mulher, em especial, bem como sobre seus direitos. O painel foi coordenado por Maria Isabel Baltar, tendo como relatora Alejandra Rotania.

Convidada para discorrer sobre a atual conjuntura internacional e nacional e suas repercussões na área da saúde, Amélia Cohn (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e CEDEC/SP) abordou três tópicos:

- 1) a relação entre política econômica e social;
- 2) a relação entre o social e o político na formulação de políticas públicas; e
- 3) políticas sociais, pobreza e desigualdade social.

Para Amélia, o combate à desigualdade social exige políticas de médio e longo prazos e não ações imediatistas de alívio à pobreza.

Para falar sobre os impactos da atual conjuntura sobre a área da saúde da mulher, esteve presente Sara Sorrentino (UBM/SP e Programa Estadual de DST/AIDS-SP). Em sua exposição, Sara destacou que, embora os indicadores sociais da saúde venham apontando melhoras, na prática não é isto o que se tem verificado. Para Sara, não basta divulgar o declínio da taxa de morte materna, é preciso mostrar onde poderia ter-se chegado. Além disso, em sua opinião, os indicadores não mostram a diversidade social em termos de região, cor/etnia, idade etc.

Focalizando o impacto da atual conjuntura sobre os direitos, com ênfase na saúde – entendida no seu sentido mais amplo, definido pela Organização Mundial da Saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental, psicológico e social, e adotado pela Constituição – Norma Kyriakos (Oficina dos Direitos das Mulheres/SP) enfatizou o descompasso entre a Constituição, que prevê

o bem-estar social da população como direito inalienável, e a realidade social. Norma destacou que o caráter universal, integral e igualitário da saúde, previsto na Constituição (artigos 196 e seguintes), não tem sido respeitado.

Controle social e participação das mulheres

No dia 17 de junho, o painel de expositores/as privilegiou abordagens diversas sobre o controle social. Ao tratar desse tema e da participação política das mulheres, Delaine Costa (IBAM/RJ) declarou que, com relação à participação das mulheres nas eleições municipais, vê a subrepresentação feminina na política como um dos principais desafios a serem enfrentados pela sociedade brasileira. Mas ressaltou que não se trata de um problema que atinge exclusivamente as brasileiras, mas as mulheres em todo o mundo, que representam apenas 11,7% dos assentos parlamentares e 10,8% dos cargos de presidência dos partidos políticos.

A Procuradora do Estado de São Paulo Monica de Melo explorou o papel do Ministério Público e os mecanismos de controle e participação da sociedade. Segundo Monica, é possível exigir dos poderes públicos a implementação de direitos constitucionais que garantam à mulher uma vida mais igualitária e livre de violência. Sua apresentação abordou sobretudo o direito à saúde do ponto de vista das relações sociais de gênero e os mecanismos de controle e participação nas políticas públicas de saúde, com ênfase no papel do Ministério Público e das organizações não-governamentais.

Encerrando o painel, Eduardo Jorge (deputado federal, PT/SP) trouxe importante contribuição ao explicar o processo de definição do Orçamento no Congresso e destacar a importância do controle social sobre esse assunto. A Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização é responsável por examinar e emitir pareceres sobre projetos de lei referentes ao plano plurianual,

às diretrizes orçamentárias, ao orçamento anual e aos créditos adicionais, bem como sobre as contas apresentadas anualmente pelo Presidente da República.

O aspecto primordial dessa Comissão, e que possibilita o controle social, é a obrigatoriedade da realização de audiências públicas, tanto com autoridades de outros Poderes como com entidades representativas da sociedade, que possam contribuir para o debate e aprimoramento dos projetos do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e da lei orçamentária anual, bem como durante o acompanhamento da sua execução.

Grupos de trabalho

Antes do encerramento do Encontro, foram apresentadas as propostas discutidas nos Grupos de Trabalho e que deverão orientar o Conselho Diretor na elaboração do plano de ação da RedeSaúde para o próximo biênio. As participantes do Encontro foram organizadas em 5 grupos:

- GT1 – Descriminalização do Aborto; Violência de Gênero e Saúde;
- GT2 – Mulher e AIDS; Menopausa;
- GT3 – Controle Social; SUS/PAISM;
- GT4 – Reprodução Assistida e Planejamento Familiar;
- GT5 – Cairo/Pequim.

Nota: Elaborado por Sandra Unbehaum, o Relatório sobre o 6º Encontro Nacional da RedeSaúde pode ser lido na íntegra em <http://www.redesaude.org.br>

Informações: RedeSaúde
tels.: (11) 813.9767 / 814.4970
fax: (11) 813.8578
e-mail: redesaude@uol.com.br

Plataforma da RedeSaúde para as Eleições 2000

PAISM: uma política municipal viável

A Plataforma foi elaborada com o intuito de contribuir para a divulgação de algumas reivindicações relacionadas à saúde da mulher e aos direitos sexuais e reprodutivos durante o processo das eleições municipais no país.

Discutida e aprovada pelas participantes do 6º Encontro Nacional da Rede, realizado em Atibaia/SP (15 a 17 de junho de 2000), a Plataforma está sendo distribuída pelas Regionais e grupos e pessoas filiadas à Rede Nacional Feminista em todas as regiões brasileiras, para divulgação junto a candidatos e candidatas, à mídia e à população em geral. São mais de 15 mil cópias da Plataforma que estão sendo distribuídas nos diferentes municípios do país.

É importante esclarecer que a RedeSaúde não está apoiando nenhuma candidatura específica ou partido político e que o

conteúdo da Plataforma pode ser usado por qualquer candidatura, desde que seja por ela assumido em sua integralidade.

Ajude a divulgar essa Plataforma e as proposições nela contidas. Cobre também de seu/sua candidato/a a adesão ao conteúdo desse documento em suas propostas de campanha.

A íntegra da Plataforma da RedeSaúde para as Eleições 2000 está disponível no site da Rede na Internet em <http://www.redesaude.org.br>

Mais informações: RedeSaúde
tels.: (11) 813.9767 / 814.4970
fax: (11) 813.8578
e-mail: redesaude@uol.com.br

Publicações



Gravidez Saudável e Parto Seguro São Direitos da Mulher

Maria José de Oliveira Araújo (coord.)
RedeSaúde, com o apoio do Ministério da Saúde
São Paulo, 2000, 12 p.

A cartilha foi elaborada pela RedeSaúde, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, para ser distribuída às usuárias dos serviços públicos de saúde em todo o país. Seu objetivo é informá-las sobre seus direitos quando grávidas, no trabalho e principalmente nos serviços de saúde.

Enfatizando os direitos das gestantes – antes, durante e depois do parto –, a cartilha fala sobre a importância de um bom pré-natal, as vantagens do parto normal, os riscos da cesárea, o que diz a lei sobre esterilização e a importância da participação do pai durante todo o processo que envolve a gestação.

O texto da Cartilha pode ser obtido em: <http://www.redesaude.org.br>
Mais informações: RedeSaúde
tels.: (11) 813.9767 / 814.4970
fax: (11) 813.8578
e-mail: redesaude@uol.com.br

Implementando o Cairo: avanços no olho do furacão

Atila Roque (coord.)
Ibase, Observatório da Cidadania e Dawn Network
ano 2, nº 1, março de 2000, 79 p.

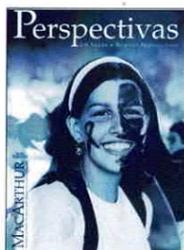
Esse número dos Cadernos do Observatório traz a versão em português do relatório, escrito e organizado por Sônia Córrea, que trata do tema população e desenvolvimento antes e depois da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento,



promovida pela ONU em 1994, no Cairo.

A publicação traz uma síntese e comentários sobre os progressos e obstáculos identificados no processo de implementação do Programa de Ação do Cairo nas diversas regiões do mundo.

Informações: Ibase
tel.: (21) 553.0676
e-mail: ibase@ibase.org



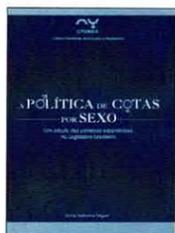
Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos

Fundação MacArthur
nº 2, março de 2000, 72 p.

Publicação temática semestral, a revista aborda nessa edição o protagonismo juvenil vinculado à noção de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. O tema é discutido nos treze artigos e documentos assinados por bolsistas e colaboradores/as da Fundação MacArthur, que buscam estimular a prática do protagonismo sob a perspectiva do exercício da cidadania dos adolescentes. Destacando a importância da questão, Magaly Marques, coordenadora nacional da Fundação MacArthur, alerta no editorial da revista que os/as jovens estarão no comando em 2020, já que hoje temos o maior contingente da história nessa faixa etária. Lembra também que, “com as negociações do Cairo + 5, vem-se enfatizando a importância de os governos efetivamente implementarem o Programa de Ação no que diz

respeito à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, com a participação integral dos jovens”.

Informações: Fundação MacArthur
tel.: (11) 5505.2527
fax: (11) 5505.5316
e-mail: fundmacarthur@originet.com.br



A Política de Cotas por Sexo: Um estudo sobre as primeiras experiências no Legislativo brasileiro

Sônia Malheiros Miguel
Cfemea – Centro Feminista de Estudos e Assessoria
Brasília, 2000, 216 p.

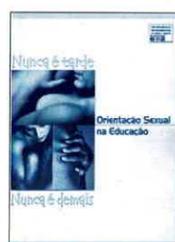
O livro traz uma análise do processo para aprovação da Lei de Cotas, a reserva de vagas para candidaturas de mulheres a cargos eletivos, bem como o acompanhamento de sua implementação. Nesse estudo são apresentados dados, informações e reflexões sobre as duas eleições ocorridas já sob a vigência das cotas: a de vereadores/as em 1996 e as de deputados/as federais e estaduais em 1998.

Mais informações: Cfemea
tel.: (61) 328.1664
fax: (61) 328.2336
e-mail: cfemea@cfemea.org.br

Nunca é tarde; nunca é demais: Orientação Sexual na Educação

Solange Dacach (pesquisa, texto e edição)
Redeh, com o apoio do Ministério da Educação
2000, 56 p.

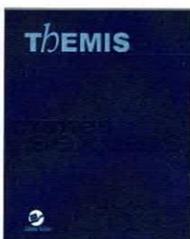
O manual propõe uma maneira mais comunicativa, segura e sem preconceitos de abordar o tema da sexualidade com estudantes do ensino fundamental. Trata-se de



mais uma iniciativa do Projeto *Por uma Educação Não-Discriminatória*, desenvolvido pela Redeh – Rede de Desenvolvimento Humano, em parceria com a Secretaria de Educação Fundamental do Ministério, que prevê a elaboração de materiais e a capacitação de educadores/as.

Adotando uma metodologia participativa na qual as experiências de vida são sempre levadas em conta, o manual foi organizado de forma que professores/as das disciplinas básicas, como Língua Portuguesa, Estudos da Sociedade e da Natureza e Matemática, possam trabalhar a orientação sexual dentro de suas aulas.

Mais informações: Redeh
tel.: (21) 262.1704
fax: (21) 262.6454
e-mail: redeh@redeh.org



Cadernos Themis Gênero e Direito: Crimes Sexuais

Themis – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero
ano 1, nº 1, março de 2000, 112 p.

O primeiro número dos Cadernos Themis é dedicado à violência sexual, abordada sob as perspectivas jurídica, filosófica, sociológica, antropológica e psicológica. Além da análise multidisciplinar do tema, em artigos assinados pela advogada Carmen Campos, pela jurista Sílvia Pimentel e pela socióloga Dora Bertúlio, entre outros/as autores/as, a publicação traz também

resenhas e a legislação e jurisprudência sobre crimes sexuais.

Informações: Themis
tel./fax: (51) 212.0104
e-mail: themisong@cpovo.net



Sexualidade Violentada – uma tentativa de destruição

Maria Tereza Verardo
Editora O Nome da Rosa
São Paulo, 2000, 96 p.

Destinado a mulheres, jovens, educadores/as e demais interessados/as em conhecer mais sobre a violência sexual, o livro apresenta, por meio de relatos de mulheres agredidas sexualmente, uma análise sobre o perfil do agressor, o sofrimento silencioso das vítimas e as seqüelas que passaram a carregar.

Além de trazer uma compilação das leis atuais que visam proteger as vítimas de abusos sexuais, a publicação dá orientações a respeito de como prevenir o estupro e como proceder caso ele ocorra.
Informações: O Nome da Rosa
tel./fax: (11) 815.0979
e-mail: nomedarosa@nomedarosa.com.br
<http://www.nomedarosa.com.br>

Programa de Rádio Amigas do Peito e do Parto

Mara Régina e Livia Martins (roteiro e apresentação)
Cemina – Centro de Projetos da Mulher, com apoio do Unicef e Fundação MacArthur

O programa de rádio surgiu após nove meses subindo e descendo os rios da Amazônia para conversar com as parteiras da floresta. É fruto também das histórias contadas pelas ouvintes dos programas *Natureza Viva* e *Amazônia Mulher*, veiculados em ondas curtas para toda a Amazônia.



Em formato de rádio-novela, o programa fala sobre: o imaginário coletivo sobre o parto; a importância do pré-natal e da capacitação das parteiras; o trabalho de parto; o parto humanizado; e o apoio e proteção à amamentação.

Informações: Cemina
tel.: (21) 556.3383
fax: (21) 262.6454
e-mail: cemina@ax.apc.org



Revista Estudos Feministas

Miriam Pillar Grossi e Claudia de Lima Costa (eds.)
Centro de Filosofia e Ciências Humanas/UFSC
vol. 7, nº 1 e 2, 1º e 2º semestres/99, 254 p.

Trata-se de uma revista semestral com caráter acadêmico interdisciplinar, que busca dar maior visibilidade à vasta produção de estudos feministas e de gênero. Essa edição dupla inaugura uma nova fase da revista, cuja secretaria passou a ser sediada no Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. As editoras prometem dar continuidade à política editorial que sempre pautou a revista em sua busca de divulgar textos de excelência acadêmica e que apontem para novos rumos nos estudos feministas e de gênero, subsidiando o debate teórico, acadêmico e também as práticas políticas dos movimentos de mulheres, feministas e outros. Esse número aborda temas como:

AIDS e jovens, novas identidades sexuais, tecnologias de reprodução e uma reflexão histórica sobre as parteiras, em artigos, ensaios e resenhas. O número duplo apresenta também uma entrevista com Mary Louise Pratt, autora do livro “Os olhos do Império”, e o Dossiê Mulheres Indígenas. Assine a Revista Estudos Feministas. Para assinar ou adquirir números anteriores (que contêm, entre outros, os dossiês sobre: ações afirmativas; políticas e pobreza; gênero e velhice; aborto; novas tecnologias reprodutivas; e masculinidade):
CFH/UFSC
tel.: (48) 331.9751
fax: (48) 331.8805
e-mail: ref@cfh.ufsc.br
<http://www.cfh.ufsc.br/~ref>



Agenda de Propostas das Mulheres da Floresta para o 3º Milênio

Mara Vidal e Concita Maia (orgs.)
Mama – Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia
Rio Branco, 1999, 40 p.

Publicada em versão bilingüe (português-espanhol), a agenda é o resultado das discussões dos Grupos de Trabalho do I Encontro Internacional de Mulheres da Floresta Amazônica. Realizado de 13 a 17 de dezembro de 1998, em Rio Branco, Acre, o encontro reuniu 180 mulheres dos estados da Amazônia, além de representantes do Equador e de organizações diversas, em torno do tema “Mulher, Meio Ambiente e Desenvolvimento”. A agenda busca ser um documento que contemple os principais problemas vividos pelas mulheres da região amazônica, apresentando as bandeiras de luta, temas de campanha e estratégias de

articulação. As propostas de ações a serem implementadas relacionam-se aos seguintes temas: saúde, sexualidade e direitos reprodutivos; desenvolvimento humano sustentável; violência contra a mulher; e organização e poder das mulheres.
Mais informações: MAMA
tel.: (68) 223.8120
fax: (68) 223.6418
e-mail: mama@mdnet.com.br



Abrealas: O feminismo na virada do século XIX/XX

Schuma Schumacher (coord.)
Redeh – Rede de Desenvolvimento Humano, com apoio do Unifem
Rio de Janeiro, 1999, 56 p.

Trata-se de um esforço de resgate da memória sobre o feminismo no Brasil, apresentando algumas das precursoras que buscaram e encontraram formas de ampliar seus espaços de participação política. Mulheres como a quilombola Mariana Criola, uma das líderes da revolta escrava ocorrida na região de Vassouras, em 1838; ou como a escritora maranhense Maria Firmina dos Reis, autora do primeiro romance abolicionista brasileiro escrito por uma mulher; ou então como a incansável Bertha Lutz, que lutou pelo voto feminino até a conquista desse direito, em 1932. Ao lado dos relatos e perfis de algumas dessas mulheres guerreiras, *Abrealas* apresenta um panorama da época e uma cronologia sobre os principais acontecimentos que envolveram essas precursoras ou os interesses das mulheres brasileiras.
Informações: Redeh
tel.: (21) 262.1704
fax: (21) 262.6454
e-mail: redeh@redeh.org

File Edit View Favorites Tools Help

Back Forward Stop Refresh Home Search Favorites History Mail Print Edit Links

Address <http://www.redesaude.org.br> Go

redesaúde

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

O que é a RedeSaúde?

Regionais e Filiadas

Campanhas

Banco de Experiências

Banco de Fontes

Direitos Reprodutivos: artigos e dados

Conferência do Cairo

Jornal da Rede

Informativo RedeFax

Boletim Saúde Reprodutiva na Imprensa

Dossiês sobre Saúde Reprodutiva

Cartilhas Saúde da Mulher

Mulher e Mídia

8º. Encontro Internacional Mulher e Saúde

Dossiê Mortalidade
Mortalidade Materna

Informativo RedeFax
Últimas edições:
22 a 30/6/00
1 a 23/6/00

Boletim Saúde Reprodutiva na Imprensa
Edição de 16 a 30/6/00 em destaque: **Parada Gay** recebe cobertura ampla, colorida e simpática

Jornal da Rede maio/00
Exclusivo: Entrevistas
* Ana Cristina Tanaka
* Tânia Lago

* Contracepção: velhos conflitos, novas perspectivas
* 13 Anos de Campanha Contra a Mortalidade Materna

NOVO
Plataforma da RedeSaúde para as Eleições 2000 PAISM: uma política municipal viável

Receba nossas publicações eletrônicas

Fale Conosco Links Mapa do Site Créditos English

A RedeSaúde agradece o apoio da Fundação Ford.

RedeSaúde - Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos
Secretaria Executiva: Rua Bartolomeu Zunega, 44 - Pinheiros - São Paulo / SP
CEP: 05426-020 - Telefones: (11) 813-9767 / 814-4970 - Fax: 813-8578
email: redesaude@uol.com.br

Última atualização: quinta-feira, 27 de julho de 2000

Nº de visitantes: **00592**

Internet

VISITE A HOME PAGE DA REDESAÚDE

<http://www.redesaude.org.br>

Na *home page* da RedeSaúde estão disponíveis informações atualizadas sobre:

- a RedeSaúde e suas filiadas
- campanhas e outras atividades
- publicações
 - Informativo Eletrônico RedeFax
 - Boletim Eletrônico Saúde Reprodutiva na Imprensa
 - Dossiês sobre Aborto Inseguro, Saúde Sexual e Reprodutiva dos/as Adolescentes, Bioética, Mortalidade Materna, Mulher e AIDS e Violência Contra a Mulher
 - Cartilhas sobre Controle Social, Saúde Materna e Direitos da Gestante
 - Jornal da Rede (últimas edições)

o texto integral dos Dossiês, Cartilhas e das últimas edições do Jornal da Rede pode ser obtido por meio de download (transferência) do arquivo doc compactado (zipado)

- artigos opinativos
- bancos de dados, fontes e experiências
- estatísticas atualizadas e
- links

sobre saúde da mulher; direitos sexuais; direitos reprodutivos; aborto; contracepção; esterilização; gestação; morte materna; mulher e AIDS; parto; violência de gênero; e muitos outros temas e assuntos de interesse do movimento pela saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

Envie seus comentários e sugestões para:
redesaude@uol.com.br