



CADERNOS FÓRUM CIVIL

ANO 7 N. 6

Os novos desafios da responsabilidade política

ORGANIZADORAS

Jacqueline Pitanguy

Adriana Mota

cepia

Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

Os novos desafios da responsabilidade política

CADERNOS FÓRUM CIVIL
ANO 7 N. 6

Os novos desafios da responsabilidade política

ORGANIZADORAS
Jacqueline Pitanguy
Adriana Mota

Rio de Janeiro, março de 2005

Copyright Cepia 2005
ISBN 85-88222-09-4

CADERNOS FÓRUM CIVIL

Os Cadernos Fórum Civil são uma publicação do Fórum da Sociedade Civil nas Américas. Neles são publicados resultados de estudos, seminários e de outras iniciativas de organizações integrantes do Fórum.

NÚMEROS JÁ PUBLICADOS

Cadernos Fórum Civil n. 1:
Políticas Sociais Compensatórias no Mercosul. Rio de Janeiro, 1999
(em português)

Cadernos Fórum Civil n. 2:
La Agenda de la Sociedad Civil Respecto a la Diversidad. México, 1999
(em espanhol)

Cadernos Fórum Civil n. 3:
La Sociedad Civil frente a las Nuevas Formas de Institucionalidad Democrática. Buenos Aires, 2000
(em espanhol)

Cadernos Fórum Civil n. 4:
Direitos Humanos no Mercosul. Rio de Janeiro, 2001
(em português e espanhol)

Cadernos Fórum Civil n. 5:
Los Nuevos Desafíos de La Responsabilidad Política. Buenos Aires, 2002
(em espanhol)

SECRETARIA DO FÓRUM DA
SOCIEDADE CIVIL NAS AMÉRICAS
Jacqueline Pitanguy
Diretora da Cepia

Cepia – Cidadania, Estudo, Pesquisa,
Informação e Ação
Rua do Russel 694 / 201 Glória
22210-010 Rio de Janeiro RJ Brasil
Tel / fax: (55-21) 2558-6115 /
2205-2136 / 2265-1599
www.cepia.org.br

CONSELHO DIRETOR DO FÓRUM DA SOCIEDADE CIVIL NAS AMÉRICAS

José Barzelatto – Chile

Presidente

Stephen Isaacs – EUA

Vice-presidente

Jacqueline Pitanguy – Brasil

Diretora executiva

Mario Bronfman – México

Lilian Celiberti – Uruguai

Myrna Cunningham – Nicarágua

Jorge Eduardo S. Durão – Brasil

Roger Guerra-García – Peru

Marta Lamas – México

Silvina Ramos – Argentina

Giorgio Solimano – Chile

CADERNOS FÓRUM CIVIL N. 6

Edição e revisão

Jacqueline Pitanguy

Adriana Mota

Responsáveis pelas
transcrições (Cepia)

Adriana Mota

Jeanne Lima

APOIO

UNFPA

Fundação MacArthur

Sumário

Apresentação	7
CAPÍTULO 1	
ABERTURA	17
CAPÍTULO 2	
O IMPACTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SOBRE SUA SAÚDE	45
CAPÍTULO 3	
O IMPACTO SOCIAL E ECONÔMICO DO HIV/AIDS NO BRASIL	77
CAPÍTULO 4	
O IMPACTO DA GRAVIDEZ NÃO DESEJADA NA SAÚDE DA MULHER	101
Encerramento	139
Anexo	161

Apresentação

O Fórum da Sociedade Civil nas Américas é um espaço autônomo de reflexão crítica onde integrantes de organizações da sociedade civil – com objetivos e agendas diversas – compartilham experiências, traçam estratégias e elaboram novas formas de ação a fim de enfrentar desafios comuns. O Fórum foi criado em 1997, em reunião realizada no Rio de Janeiro e que contou com a participação de representantes de ONGs de diferentes países da região. Tem por missão o avanço da justiça social, a equidade e a solidariedade através do estímulo à participação de organizações da sociedade civil na formulação de políticas públicas na região. Desde outubro de 2000 a Cepia (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação) exerce a secretaria executiva do Fórum da Sociedade Civil nas Américas.

Em dezembro de 2001, o Fórum, em colaboração com o Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes), Centro de Estudios Legales y Sociales (Cels) e a Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais (Flacso), instituições com sede na Argentina, convocou um encontro na cidade de Buenos Aires que reuniu mais de 100 personalidades latino-americanas, parlamentares e indivíduos com liderança política em seus respectivos países.

O propósito da reunião foi trocar informações sobre o HIV/Aids, a Violência contra a Mulher e a Gravidez Indesejada de forma a realizar um diagnóstico destas problemáticas e propor estratégias de ação nestes campos, de especial relevância para a agenda dos direitos humanos na América Latina.

Este encontro recebeu uma avaliação muito positiva dos participantes, levando à realização de outras reuniões, de cunho nacional, sobre estas mesmas temáticas, que são de fundamental importância na agenda social e política dos países latino-americanos.

Tendo em vista a relevância destas questões, seu impacto na sociedade brasileira e a responsabilidade do governo frente aos desafios por elas colocadas, a Cepia, em parceria com o Cfemea (Centro Feminista de Estudos e Assessoria), organizou, com o apoio do UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas) a reunião *Os Novos Desafios da Responsabilidade Política: HIV/Aids, Violência contra a Mulher e Gravidez Não desejada*, nos dias 19, 20 e 21 de setembro de 2003, no Rio de Janeiro.

Para este encontro, foram convidadas lideranças políticas provenientes de diversos estados do país, com mandatos legislativos federais ou estaduais, além de lideranças sociais e integrantes do governo, para trocar conhecimentos e informações que contribuíssem para a formulação de leis, políticas públicas e ações inovadoras, que permitissem responder aos desafios colocados por estes três graves problemas. O encontro, que contou com 122 participantes, foi de grande riqueza, tanto pela qualidade dos palestrantes quanto do público, que participou ativamente dos debates. Para que os temas debatidos neste encontro alcançassem um público mais amplo, a Cepia está apresentando este novo número dos *Cadernos Fórum Civil*, que traz as palestras e intervenções ocorridas durante a reunião. É importante esclarecer que alguns textos foram elaborados com antecedência ao encontro, de forma a salientar questões centrais em cada tema e outros são transcrições de falas mais informais tendo, por esta mesma razão, um formato menos conclusivo. O livro está organizado em capítulos temáticos, que obedecem à estrutura do evento.

Um dos objetivos fundamentais de propor a discussão de temas como HIV/Aids, violência contra a mulher e gravidez não desejada como questões de responsabilidade política é romper com uma forma tradicional de equacionar tais questões circunscrevendo-as apenas às agendas de movimentos sociais específicos. Isto porque estas são questões que em última instância se definem no campo do político envolvendo uma pluralidade de atores.

Por esta razão, convidamos aos representantes dos canais institucionais do poder como legisladores, membros de partidos políticos, ministros e gestores de políticas públicas para compartilhar com representantes

de movimentos sociais e organizações não governamentais, que também são atores políticos, um debate conjunto que contou também com a participação de especialistas nestas temáticas.

Esta combinação de participantes revelou-se de grande riqueza. Por um lado, parlamentares beneficiaram-se de informações e diagnósticos bem fundamentados, ao mesmo tempo em que se inteiraram da atuação da sociedade civil nesses campos e, por outro, o público acompanhou a atuação do executivo e legislativo, entendendo melhor os limites e possibilidades da ação institucional.

Este intercâmbio é extremamente necessário pois acreditamos que qualquer ação política, governamental ou legislativa, deve escutar as vozes provenientes da sociedade civil organizada que, no Brasil, têm experiência e conhecimento acumulados sobre estas e outras questões. Neste sentido, é desejável que leis, decretos, programas, portarias, sobretudo em campos como estes, controversos e instalados na interseção do privado e do público, reflitam consensos entre governo e sociedade civil.

Consideramos que todas as temáticas aqui apresentadas se inserem no âmbito dos direitos humanos e encontram seus parâmetros normativos na nossa Constituição Federal, de 1988, que reconhece o papel do Estado em coibir a violência intrafamiliar, bem como o seu papel em assegurar o direito de escolhas reprodutivas e garantir o acesso universal à saúde. Além destes parâmetros nacionais, se remetem também ao Cedaw (Convenção contra Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher), às Conferências das Nações Unidas de Viena, de Direitos Humanos, que reconhece a violência doméstica como uma violação aos direitos humanos, à Conferência de População e Desenvolvimento do Cairo, que explicita os direitos reprodutivos, à Conferência de Beijing, que reafirma princípios e avança no campo dos direitos da mulher e finalmente à Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará.

O movimento de mulheres trouxe reivindicações e propostas específicas para a saúde e a violência e, enquanto ator político, lutou para

que estas fossem incorporadas tanto nos documentos e tratados nacionais como internacionais. Sabemos que a linguagem dos direitos humanos é política e reflete o campo de alianças e embates entre diversos atores. Acreditamos que com este encontro, ao colocarmos lado a lado atores diversos, avançamos no estabelecimento de agendas consensuais e propostas de ação entre governo e sociedade civil, contribuindo para que os direitos sexuais e reprodutivos, a violência sexual e doméstica, as DSTs e o HIV/Aids e o abortamento se instalem no debate público e político como questões centrais de democracia que, neste sentido, são de responsabilidade política de todos.

O IMPACTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SOBRE SUA SAÚDE

O campo da violência de gênero vem se configurando através de uma ação política dos movimentos de mulheres que, retirando-o da invisibilidade histórica em que permaneceu por séculos, conseguiu demarcá-lo como uma forma de criminalidade, fundamental para a reivindicação de um novo olhar das estruturas policiais e judiciárias sobre a violência doméstica e sexual, assim como para estabelecer mecanismos de prevenção, atendimento e punição.

A palestrante Rita de Cássia Lima Andréa salientou a necessidade de reconhecer a violência de gênero como um fenômeno universal e transversal, que perpassa todas as classes sociais, condições de vida, culturas e escolaridade, chamando a atenção para a interface entre os serviços de saúde e de segurança pública. Reafirmou também a importância de considerarmos as conseqüências de longo prazo da violência sobre a mulher sobre sua saúde física e mental, com efeitos em aspectos diversos de sua vida, como o trabalho. Apresentou aos participantes as linhas gerais do Programa Nacional de Segurança Pública, que prevê a criação de políticas públicas de prevenção e enfrentamento das diversas formas de criminalidade e violência, incluindo pela primeira vez a violência contra a mulher.

Em sua palestra o Dr. Jefferson Drezzet deu prioridade à análise dos efeitos da violência sexual (traumatismos genitais e extragenitais, infecções sexualmente transmissíveis, infecção pelo HIV/Aids, doenças

mentais e emocionais, gravidez não desejada) sobre a saúde da mulher. Salientou também que, por sua magnitude, mesmo que subestimada em função da sub-notificação que a caracteriza, trata-se de um problema de saúde pública. Entretanto, os gestores públicos e os serviços de saúde ainda conhecem pouco sobre o problema e não têm a dimensão da importância de seu papel para o destino dessas mulheres. Também salientou que entre as consequências do estupro, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que acarreta, sendo lamentável que o abortamento legal se mantenha inacessível para a maioria das mulheres nesta situação. Chamou a atenção também para a importância da contracepção de emergência na assistência imediata após a violência sexual e para o fato de que ainda se encontra resistência em uma parcela dos médicos e dos provedores de saúde, onde persiste a falsa convicção de que a anticoncepção de emergência é método abortivo.

A deputada federal Iara Bernardi tocou na questão fundamental do orçamento público, chamando a atenção para a importância da atuação parlamentar a fim de que este orçamento contemple a execução das políticas públicas necessárias à prevenção e atendimento das mulheres vítimas de violência, bem como a qualificação dos serviços e profissionais envolvidos. Ressaltou também que o enfrentamento da violência contra a mulher nos remete para a necessidade de trabalho conjunto entre os três níveis do governo (municípios, estados e união), assim como os diversos poderes constituídos (legislativo, executivo e judiciário). Rememorou ainda os fatos apurados pela CPI da exploração infantil na cidade de Porto Ferreira (SP), evidenciando a exploração sexual de meninas pobres por autoridades públicas da cidade, vereadores, empresários e outras pessoas conhecidas.

O IMPACTO SOCIAL E ECONÔMICO DO HIV/AIDS NO BRASIL

Em sua apresentação, a Dra. Wilza Villela ressaltou o impacto econômico e social da Aids a nível mundial e as dificuldades do portador do vírus na convivência com o HIV/Aids. Em suas palavras “viver com HIV não é simples”. Quem faz uso da terapia antiretroviral (TARV)

deve aprender a lidar com os efeitos colaterais associados aos medicamentos, com a necessidade de disciplina para o seu uso, com os controles médicos periódicos e a inquietação quanto à possibilidade de surgimento de infecções oportunistas. Salientou também a permanência da discriminação dos soropositivos em muitos espaços sociais. Quanto ao perfil epidemiológico da Aids no Brasil, salientou que, como em outros países do mundo, a distribuição dos casos segundo sexo e faixa etária aponta para a “feminização” e “envelhecimento” da Aids, que há vinte anos se iniciou, no Brasil, atingindo predominantemente homens jovens, e na sua expansão tem atingido crescentemente as mulheres e ampliado seu espectro etário. A pauperização é também outra característica desta epidemia no Brasil.

A deputada federal Telma de Souza apresentou em sua palestra alguns dados do Mapa da Aids no Mundo, onde se ressalta que 42 milhões de pessoas já foram infectadas pelo HIV, assim como dados da pesquisa “A Feminização da Epidemia da Aids no Mundo e no Brasil”, coordenada pelo Programa Nacional em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Serviço de Vigilância de Saúde do Ministério da Saúde. Reportou-se também à sua experiência como prefeita da cidade de Santos (SP), onde, na sua gestão, foram desenvolvidos diversos programas de prevenção e atenção aos portadores do HIV/Aids. Salientou ainda as principais prioridades em relação ao HIV/Aids, quer sejam, interromper a cadeia de transmissão do HIV e das DST’s, diminuir a mortalidade das mulheres por Aids, controlar o risco de transmissão vertical e melhorar a qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV e Aids.

O IMPACTO DA GRAVIDEZ NÃO DESEJADA NA SAÚDE DA MULHER

Em sua apresentação, a Dra. Maria José Araújo chamou a atenção para a importância de que os governos nacional, estaduais e municipais reconheçam que a saúde sexual e reprodutiva é um bem social e um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado com políticas sociais nas distintas esferas. Salientou as condições desfavoráveis nas quais são realizados os abortos resultantes de uma gravidez não desejada, que no

Brasil constitui um problema de saúde pública, levando um grande contingente de mulheres a internações desnecessárias e mortes precoces e evitáveis. Chamou também a atenção para a complexidade dos determinantes da gravidez não desejada que englobam uma série de razões, que vão desde falta de acesso ou uso incorreto dos métodos contraceptivos à questões afetivas e emocionais, dificuldades financeiras, falta de apoio social e fatores de ordem religiosa, levando a agravos à saúde que podem resultar em morbidade severa ou mesmo morte prematura. A Dra. Maria José apresentou também dados de pesquisas e dados de morbidade e mortalidade em casos de gravidez não desejada e aborto inseguro, baseados em informações do SUS.

Maria José Rosado apresentou um texto onde analisa a questão da gravidez não desejada no marco do agenciamento moral pleno das mulheres no ato de gerar, situando a compreensão do aborto neste mesmo marco. Salienta que trazer à vida um novo ser deve ser um ato plenamente humano, isto é, pensado, refletido, e que quando falamos em “escolha procriativa”, em “maternidade e paternidade responsáveis”, estamos nos referindo à possibilidade que têm mulheres e homens de escolher quando e quantos filhos desejam ter, ou se não querem tê-los. Em suas palavras “a maternidade é plenamente humana quando resulta de uma escolha ética e não de uma imposição genética”. Trata especificamente da questão do aborto inevitável na medida em que as mulheres continuem a engravidar sem o desejarem e se vejam diante da necessidade, difícil e conflituosa, de optar ou não pela interrupção da gravidez. Salientou ainda o peso do estigma social associado à prática abortiva. Conclamou também o Estado a propiciar condições para o exercício ético das decisões relativas à procriação, o que traz a necessidade de legislações e de políticas públicas que permitam a efetivação do exercício da sexualidade e das funções reprodutivas, em um quadro de respeito aos direitos de cidadania.

Finalmente, neste mesmo tópico, a professora Elza Berquó apresentou dados da pesquisa encomendada pela Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) ao Ibope, onde são levantadas informações atualizadas a respeito da posição da sociedade brasileira sobre o aborto.

Os resultados da pesquisa são reveladores de uma posição positiva quanto ao não retrocesso da legislação em vigor, particularmente nas parcelas mais educadas da população.

A abertura da reunião contou com a participação da deputada estadual Cida Diogo e do deputado federal Roberto Gouveia, além da ministra Matilde Ribeiro da Secretaria Especial de Políticas para Promoção da Igualdade Racial. Seu encerramento teve a presença de Leila Linhares Barsted, diretora da Cepia, que fez uma síntese crítica dos temas debatidos, comentada pelas ministras Benedita da Silva e Emilia Fernandes, representando respectivamente o Ministério da Assistência Social e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, assim como pela deputada federal Jandira Feghali. A reunião demonstrou assim o compromisso da Cepia, do Cfemea e do Fórum para com um debate plural e democrático sobre os novos desafios da responsabilidade política, violência contra a mulher, HIV/Aids e gravidez não desejada.

Jacqueline Pitanguy

Diretora executiva

Fórum da Sociedade Civil nas Américas

PROGRAMA

BOAS VINDAS

Leila Linhares Barsted – diretora da Cepia

Adriana Valle Mota – pesquisadora da Cepia

Guacira César de Oliveira – Coordenação Colegiada do Cfemea

ABERTURA

Jacqueline Pitanguy – diretora da Cepia e do Fórum da Sociedade Civil nas Américas

Roberto Gouveia – deputado federal (São Paulo)

Cida Diogo – deputada estadual (Rio de Janeiro)

e presidente da Comissão de Saúde da ALERJ – Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro

Marisela Padrón-Quero – diretora da Divisão para América Latina e Caribe do UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas)

Jose Barzelatto – presidente do Conselho Diretor do Fórum da Sociedade Civil nas Américas e vice-presidente do Center for Health and Social Policy

Silvina Ramos – diretora e investigadora titular do Cedes (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)

Matilde Ribeiro – ministra da Secretaria Especial de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial

O IMPACTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SOBRE SUA SAÚDE

Coordenação

Ela Wiecko – Procuradoria Geral da República

Expositores

Rita de Cássia Lima Andréa – coordenadora geral de Desenvolvimento de Pessoal em Segurança Pública da Secretaria Nacional de Segurança Pública (Ministério da Justiça)

Jefferson Drezett – coordenador do Núcleo Interdisciplinar de Atenção a Violência Sexual do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. Membro da Câmara Técnica de Saúde da Mulher do Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

Iara Bernardi – deputada federal (São Paulo)

O IMPACTO SOCIAL E ECONÔMICO DO HIV/AIDS NO BRASIL

Coordenação

Fátima Cleide – senadora (Rondônia)

Expositores

Wilza Villela – médica, doutora em Saúde Coletiva; coordenadora do Núcleo de Investigação em Cidadania do Instituto de Saúde, SES/SP; membro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

Telma de Souza – deputada federal (São Paulo), Frente Parlamentar na Luta contra a Aids

O IMPACTO DA GRAVIDEZ NÃO DESEJADA NA SAÚDE DA MULHER

Coordenação

Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho – coordenador da 12ª Conferência Nacional de Saúde

Expositores

Maria José de Oliveira Araújo – médica pediatra com especialização em Políticas Públicas para as Mulheres pela Universidade Sorbonne, Paris; coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde

Maria José Rosado – coordenadora da organização Católicas pelo Direito de Decidir (Brasil)

Elza Berquó – membro do Conselho Diretor da Comissão de Cidadania e Reprodução

ENCERRAMENTO

Leila Linhares Barsted – diretora da Cepia

Jandira Feghali – deputada federal (Rio de Janeiro)

Emília Fernandes – ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

Benedita da Silva – ministra da Assistência e Promoção Social

Guacira César de Oliveira – integrante do Colegiado Diretor do Cfemea

Jacqueline Pitanguy – diretora da Cepia e do Fórum da Sociedade Civil nas Américas

1 Abertura



JACQUELINE PITANGUY
ROBERTO GOUVEIA
CIDA DIOGO
MARISELA PADRÓN-QUERO
JOSE BARZELATTO
SILVINA RAMOS
MATILDE RIBEIRO

Abertura

JACQUELINE PITANGUY

Diretora da Cepia e secretária executiva do Fórum da Sociedade Civil nas Américas

Boa noite. É uma alegria poder iniciar este evento. Eu gostaria de cumprimentar a Sra. Marisela Padrón-Quero e também de agradecer publicamente o apoio do Fundo de População das Nações Unidas para a realização deste evento.

Gostaria também de agradecer a presença do deputado federal Roberto Gouveia e da deputada estadual Cida Diogo. Cumprimento aos meus amigos José Barzelatto e Silvina Ramos, que integram comigo o Fórum da Sociedade Civil nas Américas, as companheiras da Cepia e do Cfemea, as senhoras e os senhores, deputados, representantes de parlamentares, vindos de outros estados. Mais uma vez eu agradeço a sua presença e, desde já, a sua contribuição para os debates, porque este é um evento que se estrutura a partir da participação nos debates.

Eu sempre me lembro do poeta Machado, quando ele diz “Caminhante, não há caminho. Se faz caminho ao andar”. Essa é realmente a nossa realidade. Não há caminho, nós fazemos caminho ao andar. Nesta reunião estamos construindo um caminho que é pavimentado com a nossa diversidade e que vai ter como bússola a nossa capacidade de traçar algumas agendas consensuais a partir dessa diversidade. Agendas que nos permitam enfrentar as questões cruciais do HIV/Aids, da gravidez não desejada e da violência contra a mulher. Essas temáticas constituem questões centrais de justiça social e de direitos humanos e é nesse patamar que queremos discuti-las.

Por seu impacto e por sua dimensão, são também questões centrais de cidadania, essenciais para um projeto de governabilidade. É preciso que haja consciência de que nós estamos tratando de questões centrais para um projeto de governabilidade numa sociedade plural, como a nossa, regida por um Estado laico, como o nosso.

É por que discutir tais questões enquanto responsabilidades políticas? Porque só poderemos avançar, tanto no equacionamento destas questões quanto na busca de solução, se nós avançarmos em termos da vontade política. Essas questões dependem muito menos de avanços tecnológicos e de conhecimentos científicos do que de modificação em termos da percepção social desses fenômenos. Dependemos de ações concretas no campo do HIV/Aids, da gravidez não desejada e da violência contra a mulher e ações concretas só se inauguram e se mantêm se houver vontade política. Num país como o nosso, entretanto, as soluções freqüentemente são dificultadas porque inexistente consenso social que oriente e pautem o debate político e que norteie a ação seja na elaboração de leis, de políticas públicas e de ações programáticas.

Nós sabemos que saúde e bem estar são direitos humanos. E sabemos que os direitos humanos se inscrevem e se conjugam na arena política. O reconhecimento da saúde como direito humano representa um salto paradigmático da maior importância. Este salto está incorporado à nossa Constituição Federal, desde 1988. A nossa Constituição reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado. É importante ter presente a transformação fundamental que assistimos no século passado e continuamos a assistir hoje sobre a ampliação do conceito de direitos humanos, que passa a incluir dimensões como a violência de gênero, os direitos sexuais, os direitos reprodutivos, a saúde e o meio ambiente. Este percurso foi pontuado pela atuação dos movimentos sociais e particularmente pelo movimento de mulheres que foram atores políticos fundamentais, e continuam sendo, tanto na arena nacional quanto internacional.

O desrespeito aos direitos reprodutivos das mulheres em um país com 57 milhões de mulheres em idade reprodutiva acarreta um quadro alarmante. De uma certa forma nós não podemos deixar de falar da dimensão dessa questão e da vergonha – não há outra palavra – de nossos índices de mortalidade materna, que nos colocam nos patamares mais baixos da América Latina. A mortalidade materna no Brasil estimada, porque nem mesmo os registros são condizentes com a realidade, é de 130 mulheres por 100 mil nascidos vivos. Se comparada

com países desenvolvidos como o Canadá (em torno de 3 mulheres por 100 mil nascidos vivos), EUA e Europa (em torno de 10 mulheres por 100 mil nascidos vivos), ficamos numa situação incômoda. Mas, ficamos numa situação inaceitável se compararmos com alguns países da própria América Latina, como Costa Rica e Chile, cujos índices oscilam em torno de 20 mulheres por 100 mil nascidos vivos.

Refiro-me especificamente à mortalidade materna porque hoje estaremos lançando um trabalho da Organização Mundial de Saúde – Promovendo a Maternidade Segura Através dos Direitos Humanos – de autoria dos professores Rebecca Cook e Bernard Dickens, que traduzimos ao português.

Outras temáticas que serão tratadas neste evento evidenciam a persistência da distância entre leis e práticas no Brasil. Ela é particularmente recorrente no caso das mulheres que sofrem violência sexual e que têm direito à contracepção de emergência, à interrupção da gravidez resultante de estupro, a receber profilaxia para DSTs/Aids e a um acolhimento digno e respeitoso para realizar o abortamento nas unidades hospitalares. No entanto, estas mulheres se vêem ainda extremamente dificultadas no exercício de seus direitos porque apesar de avanços importantes, existe ainda uma resistência surda, que não se apóia em leis, mas em padrões culturais, em dogmas religiosos e na desvalorização da mulher em nossa sociedade. Uma resistência de profissionais de saúde e de unidades hospitalares em efetivamente acolher aquelas mulheres, não como um favor ou uma exceção mas como o que deveria ser uma prática cotidiana de direitos e deveres.

Nós vamos tratar também neste evento de uma questão que é sempre controversa e difícil: a questão do abortamento. E nós vamos tratar desta questão como uma questão central da democracia e dos direitos humanos. Esse é um tema incômodo para grande parte de nossos parlamentares, que prefere não tratá-lo, evitando-o como uma batata quente, que vai rodando de mão em mão. Esse é um tema difícil para as próprias mulheres. Mas é um tema que não pode mais ser evitado num país onde se realizam cerca de 1 milhão e 400 mil abortos ao ano e onde o aborto inseguro é uma das principais causas de mortalidade ao

tratamento da infertilidade, ao atendimento ao parto, mas a questão do aborto não deixa de ser central.

Com relação ao HIV/Aids e ao perfil epidemiológico atual no país, nós sabemos que oficialmente a proporção de contaminação é de dois homens por uma mulher. Mas, devido à notificação mais tardia das mulheres, este índice já pode ser considerado de um homem para cada mulher, evidenciando um padrão heterossexual, de transmissão do vírus. Novamente aqui é fundamental discutir a questão a partir de sua dimensão política, das relações de gênero, das dificuldades que têm as mulheres e os homens de estabelecerem em suas relações um outro patamar, o patamar da ética do cuidar.

Ao mesmo tempo, avanços significativos vêm ocorrendo nesse país através do empenho de parlamentares, gestores de políticas públicas e de diversos setores da sociedade civil e do governo. No âmbito do legislativo, a Lei do Planejamento Familiar representa um avanço significativo. A Norma Técnica para Atenção à Mulher Vítima de Violência Sexual é um outro avanço significativo. A própria postura do Brasil de colocar o acesso aos medicamentos para o HIV/Aids como uma questão de direitos humanos, estabelecendo uma tensão entre o direito à saúde e o direito à patente, nos traz grandes esperanças no sentido de reconhecer que nesse caso foi sobretudo a vontade política e continua sendo a vontade política que vai nos fazer avançar.

A questão do HIV/Aids hoje também depende menos de avanços tecnológicos do que de transformações culturais no nível do estigma e de atitudes políticas, no sentido de colocar o direito humano à saúde acima do direito às patentes e ao comércio.

Então, se por um lado nós estamos num momento que nos preocupa, por outro nós temos também muito que celebrar. E, nesse sentido, neste novo governo que nos traz também muita esperança, é muito bem vinda a realização desta reunião. Agradeço, uma vez mais a presença de todos.

ROBERTO GOUVEIA

Deputado federal (São Paulo)

Como deputado estadual em São Paulo, onde legislei por 4 mandatos, participei da elaboração da Constituição do Estado de São Paulo. Naquela época, os Deputados Estaduais Constituintes fizeram questão de escrever na Constituição do Estado de São Paulo a obrigação do poder público em prestar assistência aos casos de aborto excludentes de antijuridicidade, como acontece em várias outras Constituições de estados pelo país afora.

Na elaboração do Código de Saúde de São Paulo, colocamos mais uma vez nesta lei, que complementa a Constituição Estadual, que o corpo clínico do Sistema Único de Saúde deverá prestar assistência médica nos casos de aborto previstos na legislação nacional.

Lembro estas situações porque estamos convivendo com um Estado omissivo, em vários aspectos. Temos legislações que garantem direitos e mesmo com estas legislações ainda temos um processo de ineficiência muito grande no cumprimento das mesmas. Daí a necessidade de começarmos a incluir em eventos como este o Ministério Público e o Poder Judiciário.

Este encontro é da maior pertinência, enche nossa alma de esperança porque nos ajuda a superar o isolamento entre países – e aqui nós temos a Organização das Nações Unidas representada – como também em relação aos poderes constituídos – executivo, legislativo e judiciário. Muitas vezes aprovamos as leis, mas elas permanecem no papel e não produzem os desdobramentos necessários, no tempo preciso e com a urgência que os fatos exigem.

A importantíssima Lei do Planejamento Familiar (Lei 9263/96) ainda carece de uma efetiva implantação em muitos dos seus aspectos, particularmente no que diz respeito à criação dos Comitês de Mortalidade Materna, cujos índices beiram a cifras escandalosas no Brasil. Muitos abortos previstos na legislação infelizmente ainda são feitos no Brasil de forma clandestina.

Neste país onde a taxa de mortalidade materna é altíssima, onde há

um número também extremamente elevado de gravidezes não desejadas, onde os casos de aborto inseguro são em número bastante alto, neste país onde o poder público cumpre de maneira muito precária a sua função, o Estado ainda se dá o direito de praticar violência institucional contra a mulher.

O Código Penal Brasileiro (Decreto-lei 2.848, de 1940), em seu artigo 124, caracteriza como crime o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento, prevendo pena de 1 a 3 anos de cadeia para a mulher que provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque. Um artigo como este joga na clandestinidade mais de 1 milhão de mulheres por ano no Brasil. Para reverter esta situação, apresentei o projeto de lei 21/2003, em 18 de fevereiro deste ano, que suprime o artigo 124 do Código Penal Brasileiro. Este projeto de lei recebeu parecer contrário na Comissão de Seguridade Social e Família em 8/4/2003 e foi retirado da pauta, não mais retornando para apreciação do Plenário.

CIDA DIOGO

Deputada estadual (Rio de Janeiro) e presidente da Comissão de Saúde da Alerj – Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro

Ao longo dos dois mandatos como deputada estadual procurei enfrentar o debate em relação à violência contra a mulher, HIV/Aids e gravidez na adolescência de forma bastante incisiva.

No primeiro mandato, como presidente da Comissão de Direitos da Mulher, acompanhei todas as ações do Executivo Estadual em relação a estas questões, discutindo com as organizações não governamentais e o movimento de mulheres de uma forma geral, sobre a importância da organização das mulheres para o enfrentamento destas questões.

Em relação à violência contra as mulheres não podemos esperar que apenas os serviços públicos estejam organizados. Nós temos que lutar para que isso aconteça. Nos municípios onde os serviços existem e o movimento de mulheres está organizado, este movimento consegue ter uma ação muito mais eficaz no acompanhamento, fiscalização e ampliação dos serviços.

Tem sido um mote do mandato estimular o movimento de mulheres porque a partir da existência deste movimento as questões de gênero e da violência contra a mulher começam a ser colocadas na pauta. Para pautar questões deste nível, é preciso muita energia e luta.

Em nosso estado, o poder público ainda trata as questões de gênero de maneira secundária, o que não difere muito de outros estados brasileiros. Temos acompanhado a implantação das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (Deam) que, em minha avaliação, são em número extremamente insignificante em relação às necessidades de nosso estado. Os índices de mulheres vítimas de violência que temos em nosso estado não condizem com apenas 9 Deams instaladas, sendo que apenas 4 municípios do interior têm Delegacias deste tipo.

Em relação aos serviços, nós temos o Centro Integrado de Atendimento à Mulher (Ciam), que presta um serviço exemplar às mulheres mas é apenas um, na capital, e que tem passado por dificuldades. Serviços como este precisam de assistência jurídica, psicológica e social e

estão em número muito aquém na necessidade. Quando serviços de atenção às mulheres vítimas de violência são instalados, o número de registros de caso aumenta enormemente porque as mulheres passam a ter um local, um serviço que ela sabe que pode procurar e ser atendida. A violência contra a mulher passa a ter mais visibilidade porque este serviço existe e a mulher passa a ter mais confiança para registrar sua queixa.

Em nosso estado, no ano de 2002, durante a gestão de Benedita da Silva, começou a ser implantado pela Sub-Secretaria de Segurança da Mulher um Programa de Segurança da Mulher que infelizmente foi abandonado. Nós demos entrada no Projeto de Lei que está tramitando na Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, criando o Programa de Segurança da Mulher. Esperamos que ao se transformar em Lei Estadual ela seja cumprida e o Programa implementado.

Outro Projeto de Lei que está tramitando é o da Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher, para estabelecer nos serviços de saúde procurados pelas mulheres vítimas de violência a obrigatoriedade do registro dos casos de violência. Sabemos que muitas mulheres vítimas de violência não procuram as Delegacias, mesmo quando existe uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher em seu município. Mas o Serviço de Saúde elas procuram porque precisam de um atendimento em saúde para a preservação de sua integridade física, que foi violentada. A Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher vai nos dar ainda mais visibilidade para este tema.

No período legislativo de 1995 a 1998, antes de meu primeiro mandato como deputada estadual, foi aprovada uma lei que estabelece o auxílio estupro. Toda mulher vítima de estupro no estado do Rio de Janeiro receberia um auxílio mensal de 1 salário mínimo até que seu filho ou filha, resultante do estupro, completasse a maioridade. Em 1999 um deputado estadual apresentou um projeto de regulamentação desta lei, para que ela começasse a ser cumprida. Felizmente conseguimos obstruir o projeto de regulamentação, que não retornou à pauta da Assembléia Legislativa. Se este projeto voltar à pauta, teremos que derrotá-lo na votação em plenário, para assim

derrubarmos esta lei absurda, que ainda não entrou em vigor por não estar regulamentada.

O número de mulheres portadoras do vírus HIV tem crescido assustadoramente. O comportamento da epidemia vem se modificando ao longo dos anos e hoje as mulheres têm ficado cada vez mais expostas à contaminação pelo vírus. O Programa Nacional de Combate à Aids do Ministério da Saúde tem sido uma referência internacional e conseguiu implementar ações e deter o avanço da epidemia no país. Mas, em relação à questão específica da contaminação das mulheres, não conseguimos ver, por parte do programa, uma ação mais contundente de esclarecimento, informação, divulgação e estímulo à prevenção entre as mulheres.

Este Programa adquiriu no Brasil um caráter muito interessante, deixou de ser apenas um Programa de Saúde; é um Programa que avança para um aspecto muito interessante e que dificilmente verificamos em outros Programas de Saúde. É o aspecto da solidariedade, é o resgate da preocupação com o outro. Todos os programas de saúde deveriam trabalhar com esta concepção nova.

Em relação à gravidez na adolescência, um problema cada vez mais preocupante em nossa sociedade, temos que criar um movimento que promova a integração maior entre os diversos representantes do poder público. A gravidez na adolescência não pode ser uma preocupação apenas para as políticas de saúde. Temos que trazer para este debate a educação e a ação social, para dar um salto de qualidade na implementação e integração das políticas públicas.

Infelizmente no país inteiro existe uma fragmentação e um setor não aceita discutir com o outro, no sentido de otimizar as ações, fazer com que a interseção dos diversos programas de fato promova o enfrentamento da gravidez na adolescência.

Ainda hoje o poder público deixa de cumprir suas obrigações e para que elas sejam cumpridas a população tem que acionar outros poderes como o Ministério Público, que tem sido um aliado enorme, e o Judiciário.

MARISELA PADRÓN-QUERO

Diretora da Divisão para América Latina e Caribe do UNFPA
(Fundo de População das Nações Unidas)

É com enorme prazer que participo, em nome do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), da abertura desta segunda reunião sobre os novos desafios da responsabilidade política, organizada pelo Fórum da Sociedade Civil nas Américas, Cepia e Cfemea. Especial satisfação me produz o fato de que o Fundo tenha sido um dos organismos que contribuiu para que esta importante iniciativa se materialize.

A primeira destas reuniões aconteceu em Buenos Aires, em dezembro de 2001, um momento histórico, diria eu, pouco antes do início da crise financeira que tão profundamente afetou a sociedade Argentina durante os longos meses seguintes, criando uma severa crise de governabilidade e impactando ao mesmo tempo a economia da região.

Naquela oportunidade, a resposta por parte dos líderes políticos da região ao convite feito pelo Fórum da Sociedade Civil nas Américas, Cepia e Cedes, da Argentina, foi ampla e entusiasta. Os debates que se produziram durante os três dias da reunião sobre os temas propostos revelaram a centralidade destes assuntos na agenda de direitos humanos na região. E creio que não estou equivocada ao afirmar que a reunião foi não só uma experiência de sensibilização em relação à dimensão e impacto dos problemas debatidos, como também e sobretudo, uma oportunidade para identificar respostas e determinar o papel que cabe a cada um dos líderes que estiveram presentes na formulação e implementação de respostas a partir dos seus espaços de ação política.

A reunião de Buenos Aires, em 2001, foi sem dúvida uma experiência inédita que permitiu, durante os três dias em que se reuniram os líderes políticos da região, discutir problemas que normalmente se deixam nas mãos dos técnicos de Ministérios setoriais ou que fazem parte das reivindicações do movimento de mulheres, sem que necessariamente encontrem um espaço relevante nas agendas públicas.

Por estas razões, quando em dezembro de 2002 algumas companheiras de uma das organizações promotoras desta reunião, a Cepia, se

aproximaram do Fundo para explorar a possibilidade de um apoio a esta iniciativa, não tivemos dúvidas sobre a necessidade de dá-lo.

Suscitar um debate no Brasil sobre a violência contra a mulher, o HIV/Aids e a gravidez não desejada, na conjuntura atual, na qual o próprio Presidente da República e altos funcionários do Estado têm formulado suas preocupações em relação à área da saúde reprodutiva e muito especificamente do acesso aos serviços de planejamento familiar, nos pareceu por si só de uma enorme importância. Porém, convocar membros do parlamento federal e deputados e deputadas estaduais para a realização deste debate nos pareceu que permitiria envolver neste debate um dos atores chave, por sua responsabilidade junto ao sistema político. Por isso estou aqui em representação ao Fundo de População das Nações Unidas.

Os temas desta reunião ocupam um lugar central na agenda do UNFPA na América Latina e Caribe. Iniciativas para a prevenção da violência contra a mulher são parte, hoje em dia, de todos os programas de países que mantemos na região. Durante muito tempo, como sabemos, a violência contra a mulher foi um problema oculto, de proporções e impacto desconhecidos. Hoje se sabe que é um fenômeno extenso, que se dá em todas as camadas sociais e que não está associado apenas à pobreza. Em grande parte, e graças às atividades desenvolvidas pelo movimento de mulheres da região, as cifras que revelam a extensão desse fenômeno começam a ser conhecidas e este problema foi se transformando, em todos os países e cada vez mais, em um problema público que está recebendo uma atenção crescente por parte do Estado.

É claro que são necessários serviços multisetoriais de atenção às vítimas da violência mas sobretudo são necessários programas preventivos que apontem as causas do problema. Em nossa região, ainda que a especificidade dos marcos legais sobre o tema variem de país a país, é necessário que em todos os casos as legislações respondam a uma perspectiva de equidade de gênero e de respeito aos direitos fundamentais. Ainda persistem na região marcos legislativos que resultam mais lesivos às vítimas da violência do que aos próprios agressores.

Pautas culturais tradicionais informam com frequência as leis contra a violência e funcionam muito mais como um instrumento dissuasivo para a denúncia dos casos. O papel dos legisladores é um papel determinante para criar bases normativas que permitam uma resposta adequada ao problema no marco da equidade e do respeito às mulheres que são vítimas da violência.

O papel do sistema judiciário é essencial. É um componente fundamental o tratamento que se dá ao fenômeno dentro da administração pública. Corresponde aos legisladores (e nisso estou de acordo com o que a deputada Cida Diogo acaba de assinalar) definir com precisão esse papel para que juízes e organismos de vigilância policial atuem apropriadamente, sem discriminação de gênero, com instrumentos legislativos adequados e contundentes.

Vale assinalar que o UNFPA vem promovendo na região projetos contra a violência de gênero dirigidos a policiais, membros das Forças Armadas e, mais recentemente, a membros do sistema judiciário. Estamos dando apoio a uma iniciativa que vemos com enorme interesse, de caráter regional, implementada por uma organização que trabalha no Brasil e que inclui o Brasil entre as atividades do projeto, que tem como objetivo o desenvolvimento de um modelo de atenção multissetorial para a violência de gênero tomando como eixo os serviços de saúde reprodutiva.

Não quero estender-me demasiado nestas palavras introdutórias mas não posso deixar de dizer que creio com toda certeza que a região vê o Brasil como um país avançado na legislação contra a violência de gênero, graças ao impacto que o maduro movimento feminista brasileiro vem exercendo sobre as leis e políticas públicas.

Muito particularmente me dirijo ao Brasil como um país com experiências modelo na prevenção e atenção ao HIV/Aids, independentemente das debilidades que o programa apresenta. O UNFPA vê com enorme interesse a possibilidade de facilitar a disseminação e transferência de experiências do Brasil ao resto da região neste campo, incluindo tudo o que tenha relação com legislação protetora dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids. Estamos trabalhando neste sentido

com a Agência Brasileira de Cooperação e algumas pessoas se recordam do Seminário Regional celebrado em outubro de 2002 para a promoção desta iniciativa que está em andamento.

Sobre a gravidez não desejada, vale ressaltar que é um elemento chave de nossa programação para promover o exercício dos direitos reprodutivos. Trabalhamos em vários países na promoção do acesso a serviços de qualidade para reduzir o aborto e a mortalidade materna, que já foi mencionada aqui como um problema central do país. Esse trabalho se dá no marco do Programa de Ação da Conferência do Cairo, celebrada em 1994. No ano de 2004 estamos celebrando os primeiros 10 anos da implementação deste programa. Saúdo, portanto, no marco deste aniversário, a implementação desta agenda complexa, difícil, porém central para o bem-estar e a saúde das mulheres, e a realização desta reunião no Brasil.

Os parlamentares são chamados a este encontro para exercer um papel fundamental de apoio e promoção dos direitos sexuais e reprodutivos através de sua atividade como legisladores que vai, certamente, muito além da formulação de leis e se conecta com o desenho e aprovação orçamentária e com a função fiscalizadora sobre a ação do executivo. Esta reunião com certeza contribuirá para fortalecer este papel dos parlamentares na região em relação aos temas da agenda.

Quero terminar cumprimentando as instituições responsáveis pela organização do evento e quero dizer que esperamos com enorme interesse os resultados, em âmbito regional, dos debates e propostas que saiam das discussões durante os próximos dias. Agradeço muitíssimo o convite para participar nesta sessão de instalação da reunião. Obrigada.

JOSE BARZELATTO

Presidente do Conselho Diretor do Fórum da Sociedade Civil nas Américas

Quero destacar que um propósito central do Fórum da Sociedade Civil nas Américas é promover o diálogo para construir um consenso político focalizado nos valores envolvidos nos problemas para permitir a nossos países alcançar o melhor bem estar possível para nossos povos. Um diálogo real tem que ser respeitoso e informado. Um diálogo respeitoso significa que cada um aceita que é possível que o outro tenha parte da razão e que ele mesmo pode estar em parte errado. Se não se parte disso, não há diálogo com respeito. Diálogo informado significa a obrigação de seguir o avanço do conhecimento, que está mudando e progredindo permanentemente e dizer sempre a verdade.

A necessidade deste diálogo de valores está sendo estimulada pela globalização do mundo, em que as pessoas de distintas culturas estão se vendo enfrentadas, seja através dos meios de comunicação, seja através das viagens de turismo, seja por migrações de distintos tipos, com pessoas de valores distintos. Aparece então a necessidade de explicar a si mesmo e explicar ao outro porque existe esta diferença de valores. Em um mundo globalizado o diálogo de valores é uma realidade que vai incrementar-se cada vez mais.

Eu gosto muito da imagem que os místicos hindus utilizam para descrever a realidade do mundo, incluindo a religião e as crenças, como um rio. Dizem que um rio que está sempre no mesmo local é sempre o mesmo rio, porém, a água que compõe esse rio é sempre diferente e vai mudando. Assim como os valores fundamentais, que nunca mudam, mas que constantemente se aplicam a circunstâncias diferentes. Por isso, não há razões para temer a mudança. Ao contrário, temos que aceitá-la e atuar em consequência a ela. Esta é a tarefa e o desafio constante dos dirigentes políticos da sociedade civil. E é por isso que me sinto tão contente com a presença de todos os senhores e senhoras aqui, figuras importantes de todos os setores do Brasil, participando neste diálogo, que será respeitoso e informado sobre alguns novos, talvez fosse melhor dizer, renovados desafios da responsabilidade política.

Creio que o mais difícil da responsabilidade política é promover um equilíbrio entre os direitos individuais e a justiça social. Sempre repito que a maior dificuldade de organizar uma sociedade justa é alcançar este equilíbrio entre o bem de uma pessoa e o bem comum, entre a liberdade e a justiça, o que requer, em síntese, como aqui já se disse, solidariedade e respeito à equidade.

O destacado filósofo político John Rawls, autor no ano de 1970 de um tratado clássico da teoria da justiça publicou, faz dois anos, um pouco antes de morrer, um pequeno livro propondo seu conceito de justiça com equidade como a base de um modelo político prático de democracia. Era um modelo a ser seguido em substituição aos modelos baseados em visões integrais, de origem filosófica ou religiosa, que não podem nunca satisfazer a todas as pessoas no mundo, nem mesmo a todos os habitantes de um país.

Pessoas diferentes podem ter os mesmos direitos, ainda que tenham crenças distintas e diferentes perspectivas sobre o que é certo ou errado. O que nos leva a aceitar o que John Rawls chama de “pluralismo racional”. Isto não impede que os seres racionais possam ter idéias e valores compartilhados. É o que o autor chama de um consenso que se sobrepõe, ou seja, valores em que todos coincidem. É preciso identificar estes consensos e analisar em que se baseiam as diferenças para poder, num diálogo respeitoso e informado, ir ampliando este consenso. John Rawls disse que devemos ser, em política, realisticamente utópicos e explorar sempre os limites do que é politicamente possível.

Tal modelo requer que o cidadão, em liberdade e com igualdade de oportunidades, aceite um sistema de cooperação social em equidade. Portanto, o diálogo requer o envolvimento da opinião pública. Não pode ser apenas um acordo entre intelectuais e dirigentes políticos. É preciso reconhecer a capacidade de participação dos indivíduos e aceitar que, apesar da diversidade de valores, todo mundo tem um sentido de justiça, de bem, de mal. Em outras palavras, é preciso ter respeito pelas outras posições. Além disso, é necessário também garantir um certo número de liberdades essenciais, como o direito a pensar, falar, discutir e escolher sua própria escala de valores e estilo de vida, desde que dentro de limites razoáveis.

O conceito de democracia se opõe à existência de monopólio de valores. Mas, estamos vivendo muito distantes desta realidade quando há um só super poder que detêm todo o poderio econômico e militar. Seja em âmbito global, seja em âmbito nacional, é preciso haver uma discussão de possibilidades de mudar e ir ampliando estes consensos.

Quero terminar aplicando tudo isso ao exemplo mais difícil e mais sensível de todos os problemas que enfrentamos, o aborto. Creio que existe de fato um consenso mundial sobre o aborto. É um consenso estreito, porém real e que pode ampliar-se. Esse consenso se baseia, em minha opinião, em três pontos que são aceitos por todos:

- O enorme número de abortos no mundo é excessivo;
- O aborto inseguro é um grave problema de saúde pública; e,
- O aborto é moralmente aceitável em certas circunstâncias.

Nenhuma mulher gosta de fazer um aborto e ninguém gosta de idéia de que outra mulher aborte. Entretanto, praticamente todo mundo aceita que o aborto é moralmente permissível sob certas circunstâncias. Não me refiro aqui à atitude freqüente de rechaçar o aborto de forma absoluta ao falar em público e aceitá-lo em privado para circunstâncias pessoais especiais. Estou falando da postura oficial, por exemplo, de todas as religiões. Não há nenhuma religião que não aceite o aborto em alguma circunstância, incluindo a Igreja Católica, que freqüentemente nos dá a impressão de que essa é uma condenação absoluta.

A Igreja Católica reconhece como moralmente aceitável o que se chama de aborto indireto. E por isso o Papa, quando condena o aborto, está condenando o aborto direto. E quais são os casos de aborto indireto? Esses casos são apenas dois para a Igreja Católica: a gravidez ectópica, que acontece na trompa, que deve ser retirada para que a mulher não morra, e isso é um aborto; ou quando há coexistência de um câncer da via genital com uma gravidez.

Do ponto de vista ético é difícil de entender e explicar mas, a Igreja Católica aceita o aborto nesses casos porque a intenção primária não é produzir o aborto mas retirar o órgão que vai matar a mulher. Acontece que lá dentro existe um feto ou um embrião. Porque esse argumento

funciona apenas nestas duas circunstâncias e não se a mulher vai morrer de outra causa se não for interrompida a gravidez, é difícil de entender e explicar.

Todas as outras religiões aceitam que o aborto é possível para salvar a vida da mulher. Isto se reflete, por exemplo, nas leis dos países no mundo. Com exceção de quatro países, todas as leis do mundo aceitam o aborto para salvar a vida da mulher. Desses quatro países, e aqui estou usando a definição das Nações Unidas de país, um deles é o Vaticano. Lamento confessar com vergonha que um desses países que condena o aborto inclusive no caso de risco de vida para a mulher é o meu país. Isso quer dizer que nestes quatro países – Vaticano, Chile, El Salvador e Malta – nem mesmo o aborto indireto, que a Igreja Católica aceita, poderia ser feito. Ou seja, não é possível operar uma gravidez tubária em meu país, se a lei for seguida. É claro que a lei não é seguida e é a isso que me refiro quando falo da necessidade de diálogo informado e respeitoso. Não nos enganemos com palavras, digamos as coisas como elas devem ser ditas.

Se seguirmos enumerando as causas religiosas, muitas religiões aceitam não apenas o aborto que vai salvar a vida da mulher mas também aquele que visa evitar complicações de sua saúde. Existem religiões que deixam a decisão do aborto a cargo da mulher, dando a elas o pleno reconhecimento de sua capacidade de decisão moral segundo sua consciência.

Para mim isto tem muita importância porque outro princípio básico da organização de uma sociedade democrática é o respeito à liberdade de religião. Cada pessoa tem o direito a crer ou não crer em uma religião e a consequência desta liberdade é que nenhuma religião pode impor seus valores àqueles que não crêem nela e não seguem suas tradições.

Na Índia, no ano de 1971, foi aprovada uma lei de interrupção da gravidez que é uma das leis mais avançadas do mundo para permitir o aborto. Na Índia não há mais do que duas religiões e a maioria da população pratica o hinduísmo. Os hindus condenam o aborto assim como a igreja católica, desde a fertilização, porque acreditam que este é o momento em que uma alma migra para a outra. Mas, como têm a

visão de um rio que sempre está mudando, com aplicações diferentes, não houve nenhuma oposição religiosa à aprovação desta lei, de nenhuma religião, porque todas entenderam que o papel do Estado era proteger o bem comum e não o de impor uma visão religiosa, qualquer que ela fosse.

Infelizmente o governo da Índia não teve capacidade de fazer com que todos os abortos sejam seguros, oferecendo os serviços adequados. Entretanto, o aborto inseguro é um problema maior na Índia por falta de capacidade para promover o aborto seguro.

Quero terminar reiterando meus agradecimentos aos participantes que aceitaram este convite e dizer que espero seguir aprendendo sobre estes temas nas sessões desta reunião.

SILVINA RAMOS

Diretora e investigadora titular do Cedes (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)

Para mim é um grande prazer participar nesta reunião. Quero agradecer a todos vocês por terem aceitado participar conosco e especialmente às minhas amigas da Cepia e Cfemea por terem me convidado a compartilhar este momento com todos vocês.

Creio que é um privilégio poder continuar com um esforço que o Fórum da Sociedade Civil nas Américas iniciou há vários anos tendo como um dos resultados positivos uma reunião que aconteceu em Buenos Aires, em dezembro de 2001. Eu não vou contar a vocês mais coisas sobre esta reunião, creio que as mais importantes já foram ditas, mas quero ressaltar e lembrar que os documentos que foram elaborados para esta reunião, assim como as conclusões que foram retiradas dos grupos de trabalho, foram editadas em um livro que vocês têm entre os materiais que estão recebendo hoje para esta nova reunião.

Gostaria de contar a vocês algumas coisas mais sutis a respeito desta reunião. Uma das coisas que mais me surpreendeu gratamente foi ver que as diferentes posições, trajetórias políticas, agendas e prioridades, por parte dos participantes da reunião não impediu a construção de conclusões e consensos tão fortes em relação a temas que não são fáceis de discutir e muito menos fáceis de acordar algumas linhas estratégicas de ação. Eu creio que esse foi um dos frutos mais positivos dessa reunião.

Me interessa também compartilhar com vocês os motivos que nos levaram, nessa oportunidade, a acreditar que uma iniciativa como esta valia a pena e era necessária. Por um lado, como disseram Jose Barzelatto e Jacqueline Pitanguy, nos animava o propósito de sensibilizar aos dirigentes sociais e políticos sobre a relevância desses três temas, tanto para o desenvolvimento social quanto para a qualidade de vida e os direitos humanos da população de nossa região. Também queríamos contribuir para a construção de consensos e geração de compromissos dos dirigentes políticos para enfrentarem esses problemas com políticas públicas eficazes e com outras formas de intervenção social e política que estiverem ao seu alcance.

Porque escolhemos promover a discussão destes três temas? Em primeiro lugar essa escolha respondeu, como sempre acontece na vida, às preocupações e trajetórias políticas daqueles que compõem o Fórum da Sociedade Civil nas Américas, muitos dos quais provenientes do campo da saúde pública e dos direitos humanos e, em particular, do campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. Mas a escolha diz respeito à história particular que fez com que estes três problemas aparecessem na agenda pública na maior parte dos países da América Latina.

Os temas da violência contra a mulher e da gravidez não desejada foram instalados nesta agenda pelas mãos do movimento de mulheres e, em particular, pelo feminismo. No caso do HIV/Aids, a pressão dos grupos primeiramente afetados pela epidemia fez dessa enfermidade o foco de atenção da sociedade e de seus dirigentes políticos. Foi a sociedade civil, a partir de suas mais diversas formas de organização e através das suas diferentes modalidades de atuação política, quem jogou luz sobre este problema e também, creio eu, tem sido a sociedade civil que demandou, e continuará demandando, a vontade política de seus representantes e funcionários públicos para que estes problemas sejam objeto de suas decisões.

Dado justamente que o Fórum da Sociedade Civil nas Américas é uma organização dedicada a promover a agenda da sociedade civil, a escolha destes temas parecia então amplamente justificada. Mas creio também que a escolha destes três temas foi um ato deliberadamente provocativo. A discussão sobre a violência contra a mulher, o HIV/Aids e a gravidez não desejada implica em fazer visíveis aspectos da vida como a sexualidade, a reprodução e as relações de poder entre homens e mulheres. A estes aspectos estava, até pouco tempo, reservado o lugar silenciado da intimidade ou o lugar naturalizado do mandato social.

Talvez pela intranqüilidade que estes temas causam precisamente porque correm pelo veio da chamada vida privada, não costumam ser objeto da preocupação dos dirigentes, muito mais acostumados a discutir sobre temas da vida pública. Talvez essa não seja uma realidade tão presente num país como o Brasil, mas sem dúvida é para a maioria

dos países da América Latina. Porém, as novas formas de contrato social que uma sociedade mais justa demanda só poderão ser criadas se estivermos dispostos a revisar o que até algum tempo parecia como algo exclusivamente próprio da vida privada das pessoas.

O incômodo que estes temas causam se deve ao fato de estarem permeados por diversas opções e posições morais que nos comprometem intimamente. A sexualidade, a reprodução e as relações de poder entre homens e mulheres nos fazem dialogar entre nós muito mais do que estamos acostumados.

No cenário da política, com frequência enfrentamos fortes obstáculos para construir consensos que orientem a ação, de modo que estamos desenhando ou implementando uma política pública, formulando novas leis ou modificando normas obsoletas que ainda regem a vida das pessoas. Esses obstáculos não só têm relação com o compromisso pessoal de cada um com estes temas, mas também são conseqüências de nossa dificuldade de construir acordos nos quais as diferenças morais e as diversidades de pontos de vista se vejam superados por uma ética crítica e pluralista, uma ética que sirva de sustentáculo a uma convivência mais democrática.

Por todas essas razões, as decisões políticas sobre o que fazer frente à violência contra a mulher, o HIV/Aids e a gravidez não desejada requerem um esforço pessoal e social diferente. Requerem um esforço diferente por parte da sociedade em seu conjunto, mas particularmente dos e das dirigentes. Por isso essas decisões são novos desafios de sua responsabilidade política, nome daquela reunião acontecida em Buenos Aires em 2001, e desta reunião que hoje estamos iniciando.

Para concluir, meus votos de um trabalho frutífero nesses dias de reunião e também meus desejos, da mesma forma que me manifestei em Buenos Aires, de que o que podemos conceber como os novos desafios da responsabilidade política, depois dessa reunião, sejam menos novos e mais importantes para todos nós.

MATILDE RIBEIRO

Ministra da Secretaria Especial de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial

Boa noite às pessoas presentes na abertura deste evento e aos componentes da mesa. Agradeço o convite para estar aqui, principalmente porque estou num processo bastante particular de mudança que me faz estar muito vinculada ao tema deste evento aqui.

Eu vivo a mudança de ter participado da construção do debate dos temas que estão aqui nessa mesa na qualidade de militante do movimento feminista, do movimento negro, de trabalhadora de organizações não governamentais e agora estar assumindo o papel de Ministra no governo Luis Inácio Lula da Silva. Debater estes temas agora deste lugar, assumindo uma responsabilidade federal num organismo novo, uma secretaria que nunca existiu na estrutura do governo federal, que é a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), traz não só um desafio particular, pessoal e também do governo, mas um desafio para a sociedade como um todo. Fazer parte dessas mesas certamente fortalece, não só a ação que eu estou me predispondo a realizar neste governo, mas também a ação de entidades como a Cepia, o Fórum da Sociedade Civil nas Américas, o Cfemea e tantas outras que estão aqui representadas por vocês. É sempre emocionante rever pessoas, lugares e fortalecer trajetórias coletivas.

O tema deste evento tem total conexão com o que eu estou fazendo agora. Trabalhar no campo da política governamental para a promoção da igualdade racial significa pensar as situações de desigualdades e as lutas pela construção da igualdade nesse país. Toda esta produção coletiva que envolve o trabalho de organizações não governamentais, instituições acadêmicas, sociedade civil e também de governos municipais, estadual e federal é produto de muita persistência.

Enquanto eu ouvia as falas anteriores e cruzava os meus olhares com algumas pessoas aqui dessa sala eu me lembrava de diversos eventos em que nós trouxemos para o cenário público alguns temas considerados da vida privada, de responsabilidade individual de cada pessoa

e, sobretudo, das mulheres. Essas persistências, que são individuais e também coletivas, contribuem para que esses temas estejam mais amplos para a sociedade e que cada vez mais deixem de ser propriedade de cada uma das pessoas que vivem e sofrem os desmandos, os destratos e os não direitos em relação ao seu corpo e sua vida.

Este ano nós já pudemos presenciar algumas situações bastante positivas na construção desses novos direitos e responsabilidades. Nós vivemos sempre no fio da navalha entre mudanças e resistências históricas negativas para a vivência de direitos e de cidadania. Nossa Constituição de 88 é bastante emblemática para as mudanças nesse país. Ela registra uma mudança muito especial que promove visibilidade e cidadania para 50% da população brasileira quando temos um instrumento de defesa contra o crime racial. A constituição reconhece que racismo é crime nesse país.

Por outro lado, esta mesma Constituição, não atendeu o desejo e a reivindicação de uma outra parte, 50% também da população, que representado pelos setores organizados, fazia pressão para a consideração da legalização do aborto, reconhecendo o direito ao aborto como um direito de cidadania. E este é o fio da navalha: de um lado nós ganhamos, e muito, quando na Constituição fica demarcado que racismo é crime e, por outro, as mulheres que fazem aborto ainda continuam sendo consideradas criminosas.

Isso é uma demonstração de que a luta continua, de que a conquista de direitos é extremamente importante para a sociedade, mas nem sempre nós conquistamos nossos direitos na sua totalidade. Sempre há ainda o que conquistar e o que lutar.

É com esta visão que hoje eu assumo o papel de Ministra no governo Lula. Com a visão de que, enquanto governo, é possível trabalhar em parceria, aliada com a sociedade civil, as instituições que lutam para ampliar cada vez mais a democracia. Assumo também com a compreensão de que por dentro do governo, por mais que a gente faça, sempre vai ser pouco. Nós vivemos uma situação de séculos e séculos de não cumprimento de direitos. Os governos têm total responsabilidade no fortalecimento desses direitos, mas são transitórios. Quatro

anos é um período curto para a concretização desses direitos historicamente negados. Através das políticas nós podemos sim consolidar direitos, mas serão sempre formas ainda diminutas, diante da necessidade geral da população, sejam as mulheres, os negros, os homossexuais, as crianças e os adolescentes. É uma agenda infinda.

No que diz respeito aos temas tratados, a reflexão inicial que eu me propus a fazer com vocês foi justamente sobre o significado do desafio de construir um diálogo entre governo e sociedade civil, a possibilidade de realização conjunta de ações no campo da garantia dos direitos. Também vivemos grandes desafios do como fazer, como atingir de maneira mais eficaz este anseio de mudança, como concretizar ações impactantes em curto espaço de tempo.

Diante deste desafio e desta trincheira que tem que ser travada no sentido de fazer valer esse sentimento de mudança é que se dá o fazer cotidiano. Nesse fazer cotidiano eu tenho me deparado com uma agenda extremamente sobreposta de atividades e de necessidade de respostas a uma demanda embutida, refreada pela grandeza da diversidade da população brasileira e pela situação de eternos desmandos e eternas paralisações na realização de ações efetivas que garantam a qualidade de vida e os direitos.

É um campo bastante desafiante, mas a palavra desafio é pouco representativa do que nós estamos vivendo. A palavra desafio tem que ser agregada a outras palavras como coragem, disponibilidade para o novo, disponibilidade para fazer efetivamente junto, com despojamento.

Gravidez não desejada, aborto, HIV/Aids, não são temas facilmente penetráveis na vida política e no campo das políticas públicas. Justamente por não serem facilmente penetráveis é que a palavra desafio não pode vir sozinha, ela tem que vir acompanhada de outros qualificativos que traduzam a necessidade de quebra de barreiras da qual nós tanto falamos. No meu caso em particular, estando a frente da Seppir, eu me deparo com um campo bastante complexo.

Nossa sociedade viveu e vive a não consideração do racismo e da desigualdade racial. Não reconhece o quanto o racismo é pernicioso e

destrutivo para a vida de 50% da população, em especial as mulheres que somam a precariedade de vida por serem negras ao fato de também serem mulheres. Isso se mistura e se engendra em seu cotidiano.

Essas temáticas me dizem respeito. Trabalhar no campo da promoção da igualdade racial pressupõe entender que quando se fala de lutas feministas, lutas pelo direito das mulheres, por garantia da democracia entre os gêneros, deve-se fazer um vínculo com a agenda da política da promoção da igualdade racial no Brasil, considerando serem as mulheres negras as mais pobres entre os pobres, as que vivem as maiores precariedades de vida no somatório das questões econômicas, sociais, raciais e de direitos.

Não há como não me predispor à formulação conjunta entre o significado da luta feminista nesse país e o significado da luta pelo combate ao racismo. Isso só vai tornar minha vida bem mais intensa, agregando mais e mais responsabilidades, mas entendo que não podemos pensar em mudanças sem essa predisposição para o desafio agregado à coragem, à vontade de efetivação de políticas e, sobretudo, a consideração de não criar rupturas entre o antes e o agora.

É bastante interessante viver este papel de estar comprometida com uma luta social e ser governo. É uma experiência extremamente rica que qualifica a nossa cidadania e qualifica também a agenda da política pública nesse país. É bastante interessante poder ver isto na fala e na ação de diversas pessoas.

É muito difícil nós vermos políticos, pessoas de governo, com discurso e compreensão sobre a vida das mulheres. Quando isso acontece, é extremamente animador e no nosso campo é muito interessante nós podermos aprender e apreender com essa junção de papéis.

A Ministra Marina Silva recentemente, num Fórum Estadual do Plano Pluri Anual, fez uma fala que tem relação com o que vocês viverão aqui nesses três dias, nessa busca de formulações para a mudança. Ela dizia que na área ambiental a sociedade e o governo tinham que se preparar para transformar um monte de “não pode” em “pode”. Isso vale para nós mulheres, negros, governo e vale também para a sociedade civil.

Finalizando, estou aqui para reafirmar a minha presença neste debate e para desejar que a produção de todos vocês nesses próximos dias do evento sirva para nós, governo e para a sociedade civil na busca de efetivação de cidadania, de direitos e de vida justa para todos.

2 O impacto da violência contra a mulher sobre sua saúde

A violência tem ceifado mais anos de vida das mulheres do que as guerras contemporâneas, do que os acidentes de trânsito, do que o câncer de mama e de colo de útero.

Jefferson Drezett, médico



RITA DE CÁSSIA LIMA ANDRÉA
JEFFERSON DREZETT
IARA BERNARDI

O impacto da violência contra a mulher sobre sua saúde

RITA DE CÁSSIA LIMA ANDRÉA

Coordenadora Geral de Desenvolvimento de Pessoal em Segurança Pública da Secretaria Nacional de Segurança Pública – Ministério da Justiça

Bom dia aos colegas de mesa, aos amigos e amigas, ao pessoal do Rio de Janeiro, que eu deixei há algum tempo e onde já tive oportunidade de conviver, na militância feminista, em organizações não governamentais e trabalho parlamentar. Para mim é uma honra muito grande, agradeço a Jacqueline Pitanguy e Leila Linhares, da Cepia, e ao pessoal do Cfemea, que me convidaram e coordenam este encontro.

Minha área de atuação é a segurança pública, eu não sou uma especialista na área de saúde, mas minha palestra versa também sobre o impacto da violência doméstica e de gênero sobre a saúde da mulher. Gostaria de fazer inicialmente um destaque para o fato de que o fenômeno da violência tem duas faces, para mim preponderantes. Primeiro, é um fenômeno transversal, que perpassa todas as classes sociais, condições de vida, culturas e escolaridade. Segundo, tem um rebatimento grande na saúde fazendo interface com a segurança pública. Como a minha área é a da segurança pública e aqui existem várias especialistas da área de saúde, eu estou situando estas duas questões iniciais para contextualizar melhor.

A saúde é entendida como o bem estar físico e mental, conquistado com a participação das próprias mulheres e como um direito de cidadania que se expressa na vida social e pessoal. Essa definição de saúde é uma das mais amplas que encontrei em pesquisas. E é preciso ressaltar que hoje no Brasil já se fazem pesquisas para definir, detectar e diagnosticar vários fenômenos, inclusive o fenômeno da violência que antes não era muito pesquisado. Hoje já existem dados de pesquisas mais recentes, dos anos de 2000 e 2001, elaborados não só pela Organização

Mundial de Saúde mas também por instituições que trabalham com a questão de gênero, acerca dos efeitos da violência sobre a saúde da mulher.

A Constituição de 1988, reconhece a existência da violência doméstica, situando-a no contexto da família, e assegura em seu texto a assistência às famílias. Reconhecer a violência doméstica como uma violência intrafamiliar é um avanço que deu maior relevância à questão.

Em 1993, durante a Conferência de Direitos Humanos de Viena, teve início, de uma forma mais enfática e com a participação das feministas, muitas de nós, a discussão visando contextualizar os direitos humanos como direitos das mulheres.

A violência de gênero é definida como qualquer ação ou conduta que cause dano, morte ou sofrimento físico, sexual ou psicológico às mulheres, tanto no âmbito público quanto no privado. Esta definição de violência de gênero foi produzida durante a Convenção de Belém do Pará, de âmbito regional, realizada em 1994.

A violência tem repercussão sobre a qualidade de vida pessoal e social das mulheres, comprometendo o exercício dos direitos humanos e a consolidação da sua cidadania. A violência doméstica não se manifesta apenas por meios de agressões físicas, mas também sob outras formas de ofensas à conduta e à moral.

O marido e o parceiro são os principais agressores. Este é um dos resultados da análise da pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo. Esta pesquisa aponta que as mulheres que sofrem violência física e sexual relatam mais problemas de saúde, em especial dores, desconfortos, problemas de concentração e tonturas. Estas informações são relatos de mulheres que foram vitimadas e que dão os seus depoimentos sobre as conseqüências das violências que sofreram. Na pesquisa fica evidente que as mulheres que sofreram violência física e sexual têm um outro tipo de conduta, de comportamento, seja por causa de marcas psicológicas ou físicas, na sua vida.

A leitura de prontuários médicos revela a grande invisibilidade da violência nos serviços de saúde. Por que? Porque as Unidades e Postos de Saúde nem sempre têm profissionais da área, que estejam atentos

para essa forma de violência. Eu mesma quando atuava em capacitação nas Delegacias e no SOS Mulher, sofria um impacto vendo como os atendimentos eram feitos nos Postos de Saúde, onde acompanhávamos alguns casos de mulheres. Nesses Postos, em geral o médico dizia: “É, ela esteve aqui sim e foi atendida. Ela tomou remédio, tomou muito remédio e foi tentativa de suicídio.” Mas em geral não se realizava uma investigação para saber se ela sofreu alguma violência, para buscar a razão do comportamento dessa mulher. A leitura e escuta qualificada nos serviços públicos de atendimento às mulheres em situação de violência, ou mesmo à saúde da mulher, deixa muito a desejar nesse sentido. As conseqüências da violência contra a mulher ainda interferem em todos os aspectos de sua vida, afetando desde sua autonomia até a sua saúde física e mental.

Alguns dos instrumentos disponíveis para denunciar essas violências são as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher, as DEAMs, conquista do movimento de mulheres. A partir da década de 80 foram implantadas as primeiras delegacias e depois os Centros de Referência de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência, como o Ciam aqui no Rio de Janeiro, a Casa Eliana de Gramont em São Paulo, entre outros. Estima-se que existem 12 serviços como estes hoje no Brasil, mas não temos esse dado exato.

Em relação às Delegacias Especializadas, podemos dizer que temos hoje 292 DEAMs e 39 postos de atendimento, somando 331 no total. Porém, o que notamos é que o equipamento é em número insuficiente para a necessidade do atendimento que existe hoje no Brasil.

Os dados das DEAMs são de uma pesquisa realizada em 2001 pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, sobre a condição de funcionamento destas Delegacias. A pesquisa relata que 60% das DEAMs não contavam com psicólogos e assistentes sociais, 32 % não tinham armas de fogo de posse das delegadas e policiais, 31% não tinham computador, 20% não tinham linhas telefônicas diretas e 19% não tinham viaturas. Este é um retrato revelado pela pesquisa, do ano de 2001, que eu acredito que não tenha ainda melhorado. Ele serve como uma referência que aponta como a condição do equipamento público,

das políticas públicas de atendimento à mulher na área da violência de gênero, é ainda muito precária.

O retrato da violência contra a mulher no país ganha novos detalhes e nuances, com as novas pesquisas, estudos e levantamentos realizados. Começamos a ter estimativas mais adequadas sobre o rebatimento da violência na vida sexual e psicológica da mulher. Quando cometida contra mulheres e meninas, essa violência se torna um fenômeno com maior visibilidade para o conjunto do país.

A violência contra a mulher é um fenômeno que deve ser tratado pela saúde e pela segurança pública. Os serviços de atendimento nas áreas de saúde e segurança são fundamentais para coibir a violência e oferecer um atendimento adequado às mulheres no encaminhamento das suas vidas.

O Programa de Segurança Pública para o Brasil, lançado pelo Presidente Lula ainda na campanha eleitoral, foi posteriormente traduzido em políticas e propostas concretas, pela Secretaria Nacional de Segurança Pública, do Ministério da Justiça, com a colaboração de outras secretarias e ministérios. No Plano Nacional de Segurança Pública, direcionado para que os estados elaborem seus Planos Estaduais, existem dois eixos básicos. Um é a reforma das instituições policiais, que tem como pressuposto básico a modernização do sistema, equipando os organismos de segurança pública para darem atendimento e suporte ao segundo ponto que é o Programa de Redução da Violência. Este Programa prevê a criação de políticas públicas de prevenção e enfrentamento das diversas formas de criminalidade e violência. Esses dois eixos do Plano nos remetem para uma questão muito importante, que é a prevenção.

Nunca houve no Brasil um Plano de Segurança preocupado explicitamente com a questão da violência de gênero, como agora no governo Lula. Os estados recebem a orientação para que na política de segurança atuem também na área de prevenção e, dentro da prevenção, a violência contra a mulher e de gênero está explicitada como um ponto fundamental a ser debatido e enfrentado com políticas públicas nos estados e municípios através das guardas municipais,

pois o Plano também atende os municípios brasileiros que possuem guardas municipais.

Do total de Planos Municipais de Segurança Pública analisados pela Secretaria Nacional, apenas dois têm exemplos de projetos de prevenção que dizem respeito à prevenção da violência contra a mulher. Entre os Planos Estaduais, nenhum estado apresentou como uma política necessária, como uma prioridade de governo na segurança pública, a prevenção deste tipo de violência.

Na Secretaria Nacional de Segurança Pública, onde coordeno a área de ensino e formação das polícias e valorização profissional, estamos empreendendo vários projetos e programas de formação nos estados. Toda matriz curricular definida para os estados tem violência de gênero em seu conteúdo, para todas as polícias e não só para as mulheres ou para as mulheres que atendem mulheres. Tomamos esta iniciativa para que toda a polícia compreenda a violência de gênero e possa, na sua atuação, entender que o combate à essa violência é uma questão de direitos humanos necessária para uma sociedade democrática.

A Secretaria Nacional de Segurança Pública tem atuado com os estados e municípios no sentido de discutir o que é a valorização profissional para as polícias. No momento em que os policiais se sentem contemplados em seus direitos humanos, eles podem atuar de forma a contemplar os direitos humanos da sociedade em geral. Pensamos que campanhas informativas, não só para a polícia mas no sentido de prevenção, devem ser empreendidas pela Secretaria Nacional de Segurança Pública junto com os estados. Qualificar os serviços e estimular a realização de pesquisas também é uma medida importante. Estamos empreendendo a profissionalização da área da segurança pública. Está sendo montado também um novo sistema de informação, de inteligência, na segurança pública e toda essa formatação nova está sendo acompanhada com cursos, treinamentos, sempre trabalhando a sensibilização da segurança pública para todas as questões da sociedade.

Atualmente, contando as guardas municipais, a Secretaria Nacional de Segurança Pública atua com quase 500 mil pessoas, homens e mulheres atuando diretamente na segurança pública. Na Polícia Civil,

que é a corporação que tem a maior participação feminina, as mulheres somam 22,9% do efetivo. Na polícia militar, o efetivo de mulheres cai para 6,1% e no corpo de bombeiros, 2,9%.

Todo o esforço que está sendo feito pela Secretaria Nacional de Segurança Pública no sentido de qualificar a segurança pública é ainda muito aquém da necessidade do país. É muito importante que vocês possam compreender o significado de trabalhar através de um Sistema Unificado de Segurança Pública, onde as corporações vão trabalhar com a visão sistêmica e integradora. Isso é uma grande novidade até porque a segurança era completamente fragmentada, sua atuação pulverizada nos estados e separadas por corporações, cada uma atuando de uma forma e em uma área específica. Hoje o esforço está sendo no sentido dessa integração, fazer com que as polícias se entendam, possam se ver e trabalhar conjuntamente, como um Sistema Unificado de Segurança Pública.

JEFFERSON DREZETT

Coordenador do Núcleo Interdisciplinar de Atenção a Violência Sexual do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. Membro da Câmara Técnica de Saúde da Mulher do Conselho Regional de Medicina de São Paulo

INTRODUÇÃO

A violência sexual constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência contra a mulher, fenômeno que necessita ser entendido dentro da perspectiva de gênero. Por *gênero*, compreende-se o conjunto de papéis que a sociedade atribui para homens e mulheres. Assim, o *sexo* feminino destina para a mulher a menstruação, a gravidez, o parto e a amamentação. Mas é o *gênero* feminino que define que ela seja responsável pela troca de fraldas ou pelos cuidados cotidianos com a criança. Enquanto o *sexo* determina condições estritamente biológicas, o *gênero* constrói comportamentos não biológicos, muitos deles nocivos para a mulher, transformando diferenças entre *sexos* em profunda desigualdade. Representa, sobretudo, uma inaceitável e brutal forma de violação de direitos humanos e de direitos sexuais e reprodutivos^{5,16,29,37}.

Não obstante, é igualmente necessário compreender a violência contra a mulher como problema de saúde pública. Este enfrentamento é fundamental para o estabelecimento de políticas públicas que atendam às necessidades e expectativas das mulheres sobreviventes da violência sexual, incluindo-se aquelas elaboradas pelos serviços de saúde¹³. Fato, é que nos últimos anos a violência de gênero tem sido crescentemente remetida para a área da saúde. Isto resulta não apenas da melhor compreensão dos agravos e danos causados para a saúde física e mental da mulher, mas da percepção do espaço da saúde como um dos espaços privilegiados para tratar do tema^{9,13}. Além disso, a adoção desta qualificação de problema de saúde pública, especialmente pelos principais organismos internacionais, tem colaborado enormemente para ampliar a visibilidade do fenômeno e para que se encontrem novas alternativas para reduzir, prevenir e erradicar este flagelo¹⁹.

EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre a população jovem. Enquanto os homicídios ocorrem em espaços públicos, atingindo principalmente o sexo masculino, a violência sexual atinge preferentemente o sexo feminino dentro do espaço doméstico³. É inegável que a violência sexual exerce importante impacto sobre a saúde da mulher e as últimas décadas têm acumulado indicadores confiáveis nesse sentido. A exemplo, investigações têm constatado que a violência contra a mulher encontra-se entre as principais causas de anos de vida saudáveis perdidos por incapacidade. Os dados têm causado perplexidade ao revelar que a violência tem ceifado mais anos de vida das mulheres do que as guerras contemporâneas, do que os acidentes de trânsito, do que o câncer de mama e de colo de útero²⁸. As conseqüências psicológicas, embora mais difíceis de mensurar, afetam a maioria das vítimas e de suas famílias, com danos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis¹³. Os efeitos seguramente excedem a dimensão dos danos individuais e privados, incorrendo em relevantes custos econômicos e sociais.

A violência sexual é fenômeno universal que atinge, indistintamente, mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Da mesma forma, ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, em espaços públicos ou privados³⁷. Reservados alguns aspectos, pode-se afirmar que a violência sexual apresenta prevalência semelhante entre adolescentes canadenses e bolivianas. Ou que a taxa de abuso sexual entre crianças na Inglaterra pouco difere daquela verificada na Colômbia. Contudo, são freqüentes os exemplos da exacerbação e virulência do problema. Embora considerado crime de guerra, a violência sexual persiste nos conflitos armados contemporâneos. Mulheres pertencentes ao grupo inimigo são privadas da liberdade e com elas praticam-se, sistematicamente, diferentes formas de tortura, mutilação e violência sexual. Os acontecimentos na Bósnia-Herzegovina, Croácia e Libéria estão entre os exemplos mais recentes. Não bastasse, a gravidez forçada surge como instrumento ou “arma” nesses conflitos. A ONU estima que, na década de 90, foram estupradas

entre 20 a 50 mil mulheres na antiga Iugoslávia, com a aterradora e única finalidade de promover uma “faxina étnica”³².

As exatas incidência e prevalência da violência sexual são desconhecidas devido a elevada taxa de sub-notificação e de sub-registro. Calcula-se que apenas 16% dos estupros são comunicados às autoridades competentes nos EUA. Em casos de incesto, estes percentuais não atingem os 5%³⁴. Acredita-se que a maior parte das mulheres não registre queixa por constrangimento e humilhação, ou por medo da reação do parceiro, familiares, amigos, vizinhos e autoridades. Também é comum que o agressor ameace a integridade física da mulher, caso revele-se o ocorrido¹¹. No entanto, a mulher teme, principalmente, não ser acreditada. Esse sentimento, aparentemente infundado, de fato se justifica. São incontáveis os relatos de discriminação, preconceito, humilhação e abuso de poder em relação às mulheres em situação de violência sexual^{13,16}.

Apesar do tímido percentual de denúncias, a violência sexual é condição cada vez mais reportada, acometendo 12 milhões de pessoas, a cada ano, em todo o mundo². Nos EUA, calcula-se que ocorra uma agressão sexual a cada 6 minutos e que uma em cada quatro mulheres experimentou um contato sexual não consentido durante a infância ou adolescência¹⁷. O National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center estima que 683 mil mulheres são estupradas anualmente nos EUA³⁴. Crianças e adolescentes enfrentam situação igualmente preocupante. O National Center for the Abused and Neglected Child aponta para cerca de 200 mil casos anuais de abuso sexual contra crianças americanas³³. Lamentavelmente, todas as estatísticas desnudam números assustadores e inaceitáveis²⁸. Entretanto, a história da violência de gênero ainda não foi completamente escrita e acredita-se que o aumento repentino das denúncias constitui fenômeno da transição de um silêncio relativo para uma visibilidade ainda ruidosa¹³.

No Japão, cerca de 75% das mulheres referem terem sido submetidas, em algum momento de suas vidas, a alguma forma de violência física, psicológica ou sexual por parte de seu companheiro⁴¹. Taxas

igualmente preocupantes foram reportadas por mulheres em Porto Rico (58%); Nicarágua (52%); Bolívia (46%); Quênia (42%); Colômbia (40%); Brasil (38%); Canadá (29%); Chile (26%); Suíça e Nova Zelândia (20%)^{20,28}. Nas circunstâncias de violência sexual o fenômeno se repete e acumulam-se evidências de que o agressor, na maioria dos casos, trata-se de alguém conhecido e próximo da mulher. Contudo, significativo percentual de casos é praticado por agressores desconhecidos. Diferente da dinâmica da violência conjugal, a abordagem da mulher na maioria das vezes se faz no percurso do trabalho ou da escola, ou no exercício de atividades absolutamente cotidianas. Apesar do contato inicial ocorrer em espaços públicos, a violência sexual é concretizada distante da possibilidade de testemunho de qualquer pessoa^{13,14}.

É incontestável que o abuso sexual na infância é, geralmente, perpetrado por pessoas que a criança conhece e confia, sendo que, em mais da metade dos casos, o agressor é membro do núcleo familiar^{1,13}. Prevalencem indivíduos que, em tese, deveriam ser os responsáveis pela proteção integral da criança. Pais biológicos, padrastos, tios e avôs encabeçam as listas dos principais perpetradores, em qualquer parte do mundo. Esta face intrafamiliar da violência sexual compromete criticamente crianças e adolescentes, especialmente nos espaços privados. Para elas impõe-se o medo, a ameaça, a sedução, ou o simples temor reverencial. O abuso permanece oculto por longo tempo, protegido por um “pacto do silêncio” e pela incapacidade da sociedade em admitir e denunciar sua existência^{13,14}.

Apesar dos indicadores qualitativos e quantitativos da violência sexual impressionarem pela magnitude, os provedores e serviços de saúde ainda pouco conhecem sobre o problema ou sobre a importância de seu papel para o destino dessas mulheres. Algumas razões para isso são claramente identificadas. Raros profissionais de saúde recebem, durante sua formação acadêmica, conhecimentos mínimos sobre violência de gênero ou alguma capacitação para prestar atendimento apropriado, mesmo em situações de emergência onde a atuação é crítica e decisiva. Tanto provedores como profissionais ainda não identificam

claramente a violência como problema de saúde pública e, portanto, pouco interesse e atenção oferecem ao tema. Estes aspectos devem ser somados a equivocada percepção de que a violência sexual é problema exclusivamente policial. Como resultado, verifica-se verdadeira paralisia dos profissionais de saúde, seja pela sensação de impotência e desorientação, seja pelo temor de envolvimento legal e suas conseqüências. Assim, torna-se freqüente a recusa de atender essas mulheres ou de solicitar “autorização” da polícia para fazê-lo. Mas há outros motivos não tão explícitos e igualmente importantes. Mesmo entre os profissionais de saúde (e não há motivos para ser diferente) prevalecem estereótipos e mitos sobre a violência sexual que comprometem tanto os aspectos técnicos como os éticos do atendimento^{16,17}.

TRAUMATISMOS GENITAIS E EXTRAGENITAIS

Parte pequena dos crimes sexuais, porém significativa, pode terminar em morte da mulher e o termo “sobrevivente” para elas é, inexoravelmente, apropriado. No entanto, é inquietante notar que freqüentemente essas mulheres não são levadas ao óbito pelo meio com o qual foram intimidadas. A ameaça com arma branca ou de fogo não se concretiza e, muitas vezes, é substituída pela ultimização por asfixia mecânica. Este morrer de maneira lenta, desesperadora e frente ao agressor significa, sobretudo, a máxima expressão da violência de gênero⁷. Por outro lado, o impacto dessas mortes não pode obscurecer um elemento fundamental: a maioria das sobreviventes da violência sexual não apresenta danos físicos de qualquer natureza^{13,14}. A afirmação se baseia nas taxas de 10% de traumatismos extragenitais e de 3% de danos genitais verificadas entre adolescentes, com números semelhantes para mulheres adultas^{13,14}. Acrescente-se que estes achados dos serviços de saúde pouco diferem daqueles encontrados pela medicina forense. A exemplo, o Instituto Médico Legal de São Paulo resgata evidências materiais em apenas 13,3% das queixas de estupro⁶.

Casos envolvendo crianças merecem particular atenção. A penetração em vagina ou ânus é substituída por carícias eróticas, masturbação, ou outros atos libidinosos em mais da metade dos casos. Por sua natureza,

essas nefastas ações raramente provocam danos físicos e poucas vezes deixam vestígios identificáveis. Nessas circunstâncias, poucas vezes é possível comprovar a violência por meio de elementos materiais. No entanto, causam profundo sofrimento emocional, com reflexos severos que podem acompanhar a mulher ao longo de toda a vida^{1,14,16}. Por outro lado, a penetração vaginal ou anal em crianças pode levar a situações desastrosas, com danos genitais seis vezes mais frequentes neste grupo etário do que nas adolescentes. Além disso, os traumatismos vêm acompanhados de maior gravidade das lesões, por vezes colocando em risco a vida da criança^{8,14}.

O atendimento aos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, não constitui o aspecto principal do problema da assistência para as sobreviventes de violência sexual. A maioria das sobreviventes recebe tratamento adequado para essas condições. Mas denota importante simbologia, possível de ser percebida na resistência dos serviços de saúde em examinar e cuidar daquelas que não apresentam lesões físicas¹⁶. Há fortes indicadores de que mulheres que apresentam marcas físicas decorrentes da violência recebem melhor acolhimento nos serviços de saúde, nos departamentos médico-legais, ou nas delegacias de polícia. A elas é atribuído o estereótipo de “vítimas ideais” com menor risco da história de violência ser questionada ou contestada e maior oportunidade de atenção qualificada^{16,32}.

Parece que, paradoxalmente, tem-se exigido que, além de violada, a mulher se apresente brutalmente ferida para ser acreditada^{16,32}. A situação expõe profundas fragilidades do sistema que, desproporcionalmente, valoriza elementos materiais e genitaliza excessivamente o problema²⁴. A rota crítica termina invertida, interferindo na qualidade da assistência a mulher. A violência sexual é uma das raras situações de interface da medicina com a lei onde se insiste no atendimento policial antecedendo os cuidados médicos. Medidas burocráticas e legais, embora de inegável importância, são priorizadas e colocadas adiante de ações impostergáveis de proteção a saúde das sobreviventes da violência sexual. Essa postura, desumana e ineficiente, apenas reproduz a desigualdade entre gêneros e reforça

uma visão minimizante da infância e da adolescência. Termina, sobretudo, re-vitimizando as mulheres e as distanciando de seus direitos fundamentais^{16,24}.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A aquisição de uma doença ou infecção sexualmente transmissível (IST) em decorrência da violência sexual pode implicar em severas conseqüências físicas e emocionais. Se por um lado os danos físicos têm se mostrado pouco freqüentes, por outro, as IST apresentam taxas seguramente alarmantes. Entre 28 a 60% das mulheres sobreviventes da violência sexual serão infectadas por uma IST³⁶. A taxa específica de infecção por gonorréia pode variar entre 0,8 a 9,6%; entre 1,5 a 26% para a clamídia; de 3,1 a 22% para a tricomoníase; de 12 a 50% para vaginose bacteriana; de até 1,6% para a sífilis; de 2 a 40% para o papilomavírus humano (HPV); e de 3% para hepatite B²⁵. Entre as crianças os números são igualmente significativos. A taxa de infecção por gonorréia pode variar entre 2,8 e 28%; entre 1,2 a 8% para clamidiose; de 1 a 6% para tricomoníase; até 1,5% para sífilis, e de 0,1 a 0,5% para o vírus do herpes³⁰.

Grande parte das IST decorrentes da violência sexual poderia (e deveria) ser evitada com o oferecimento de medicamentos específicos. Hepatite B, gonorréia, sífilis, clamidiose, tricomoníase, donovanose e cancróide, entre outras, poderiam ser evitadas com uso de medicamentos de reconhecida eficácia, se administrados precocemente, dentro das primeiras 72 horas do abuso sexual. No entanto, para enfermidades virais como a hepatite C, HPV e herpes genital não há, atualmente, agentes eficazes disponíveis¹⁵. Lamentavelmente, pouco tem sido feito às vítimas de violência no sentido de protegê-las das IST. É certo que grande parte das sobreviventes da violência sexual não recorre aos serviços de saúde ou o faz tardiamente, o que impede o oferecimento de medidas protetoras. Crianças, envolvidas com situações crônicas e prolongadas de abuso, geralmente ingressam aos serviços de saúde com infecções estabelecidas que, muitas vezes, encontram-se em adiantada evolução clínica. Para essas situações, cabe apenas o

diagnóstico e tratamento apropriados, no sentido de se obter a reabilitação ou a redução dos danos eventualmente presentes¹³.

Apesar disso, é expressivo o número de casos que recorre aos serviços de saúde em tempo hábil para o estabelecimento de medidas protetoras. No entanto, muito poucos recebem alguma medicação considerada efetiva para a profilaxia das IST⁴. Esta inabilidade em abordar as IST mais uma vez revela o despreparo dos provedores de saúde. Além de não garantir o atendimento imediato preventivo, pouco se tem feito em termos de aconselhamento e investigação subsequente das IST¹⁷. Contudo, cabe lembrar que serviços especializados na atenção a sobreviventes da violência sexual têm desenvolvido e aplicado protocolos seguros e eficientes para atender a este problema^{15,21,22}. No Brasil, cumpre destacar a importante iniciativa do Ministério da Saúde publicando, em 1998, Norma Técnica específica para a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. Entre diversas proposições, a Norma Técnica estabelece um protocolo de orientação para assistência às IST, pautado nas mais seguras e atualizadas evidências científicas³.

INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

A infecção pelo HIV representa a principal preocupação para cerca de 70% das vítimas de violência sexual³⁴. Os poucos estudos bem conduzidos indicam que a possibilidade de contaminação pelo HIV, em casos de violência sexual, oscila entre 0,8 e 2,7%¹⁵. Esse risco é comparável (e até mesmo superior) ao observado em outras formas de exposição sexual única ou nos acidentes ocupacionais entre profissionais da saúde²⁶. Pouco se conhece, até o momento, sobre a prevenção do HIV com uso de medicamentos específicos para enfrentar a aids (antiretrovirais) entre sobreviventes de violência sexual. De fato, não há estudos consistentes que assegurem proteção. Da mesma forma, não existem investigações que afastem esta possibilidade. Entretanto, é fundamental que se admita o êxito desta medida na redução da transmissão materno-fetal e na proteção de cerca de 80% dos acidentes ocupacionais^{12,15,27}.

Resultados de estudo multicêntrico comparativo conduzido em São Paulo, envolvendo oito instituições e mais de 1.600 sobreviventes de violência sexual, trazem apontamentos promissores nesse sentido. No grupo de mulheres que utilizou os antiretrovirais imediatamente após a violência sexual, nenhuma apresentou controle sorológico positivo para o HIV. Por outro lado, foram identificados quatro casos de soroconversão no grupo de comparação (2,7%), resultando em diferença estatisticamente significativa. Este dado constitui evidência importante de que os antiretrovirais podem, efetivamente, proteger as sobreviventes de violência sexual¹⁵. Apesar de animador, este dado ainda é insuficiente para esclarecer, por completo, essa questão. No entanto, isso não deveria representar obstáculo para que se organizassem sistemas eficientes de proteção às sobreviventes de violência sexual. De fato, assim já o fizemos nos casos de acidente ocupacional. Muito antes de conhecer os resultados dos estudos de metanálise, definimos fluxos e critérios de gravidade, normatizamos esquemas terapêuticos e organizamos medidas de assistência aos profissionais de saúde expostos acidentalmente ao HIV. As evidências exigem que se tenha o mesmo cuidado e respeito com as sobreviventes de violência sexual^{15,27}.

No Brasil, desde 2002, a profilaxia antiretroviral para o HIV está contemplada na segunda edição da Norma Técnica para a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. A medida pode ser oferecida para mulheres adultas, adolescentes, crianças ou gestantes em condições de exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos do agressor. Os medicamentos devem ser introduzidos no menor prazo possível, no máximo em 72 horas da violência sexual, e mantidos sem interrupção por período de 28 dias^{3,12,15}.

GRAVIDEZ DECORRENTE DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Entre as conseqüências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. Geralmente é encarada como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres²¹. As legislações sobre interrupção

de gravidez, atualmente em vigor na maioria dos países da América Latina e do Caribe, encontram-se entre as mais proibitivas e restritivas¹⁰. Mesmo assim, cerca de metade desses países admite o abortamento em casos de violência sexual. No entanto, o exato destino dessas gestações ainda é uma incógnita^{10,14,16}. O abortamento legal mantém-se há décadas possível apenas em tese e a maioria desses países não garante, na prática, o exercício desse direito. Como resultado, a interrupção legal da gestação continua sendo feita de forma rara e excepcional^{16,21}. De acordo com o artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, o aborto é permitido quando a gravidez resulta de estupro. Nesse caso exige-se o consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. No Brasil o aborto sentimental não é criminoso e constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva. Assim, não se pode admitir que o abortamento seja considerado lícito nesses casos, e, ao mesmo tempo, que a mulher que deseje praticá-lo seja abandonada³⁸.

A maioria das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que concordem em realizar o procedimento, alegando-se falsamente os mais diferentes motivos, mesmo nos países onde o aborto legal é permitido^{21,22}. Com seus direitos desrespeitados, mas convencidas de praticar o abortamento, grande parte delas recorre aos serviços clandestinos, muitas vezes em condições inseguras. As desastrosas consequências, embora jamais possam ser devidamente mensuradas, certamente ceifaram a vida de milhares de mulheres e comprometeram o futuro reprodutivo de tantas outras¹⁶.

No Brasil, entendendo-se a gravidade dessa situação, um enorme esforço gerou os primeiros serviços interdisciplinares para atender esses casos. As ações foram fundamentadas em bases epidemiológicas disponíveis e protocolos cuidadosos de intervenção e acompanhamento foram definidos. Com o apoio e atuação de entidades representativas médicas, do movimento organizado de mulheres, e de outras áreas do conhecimento, novas iniciativas têm sido largamente implantadas na

última década. Atualmente, quase todos os estados brasileiros contam com ao menos um serviço que ofereça a possibilidade do abortamento previsto pela lei^{3,16,21,22,23}.

É fundamental que esteja claro que o abortamento em casos de violência sexual é um direito, e não uma obrigação da mulher. Ela deve sempre ser esclarecida de suas opções, considerando-se a possibilidade de manter a gestação. Para cada opção, os serviços de saúde devem estar capacitados a atender a mulher dentro de suas necessidades e expectativas^{21,23}. A decisão final, sempre difícil e complexa, cabe a cada uma delas. Ao médico resta o respeito a sua autonomia de decidir, atuando como agente que garanta que essa decisão seja tomada de forma absolutamente livre, consciente, esclarecida e informada¹⁶.

Para a realização do aborto em casos de violência sexual não há necessidade de decisão ou autorização judicial. Os serviços de saúde devem estar estruturados para acolher a mulher e, mediante os procedimentos adequados (exames clínicos, verificação da idade gestacional, entrevistas com psicólogos, médicos e assistentes sociais), firmar o seu convencimento sobre a ocorrência do crime sexual. A palavra da mulher que busca assistência médica afirmando ser sobrevivente de um crime sexual deve ter credibilidade e ser recebida com *presunção de veracidade*. O objetivo do serviço médico não é condenar ninguém pela prática do crime sexual, mas, sim, garantir à mulher o exercício de um direito. Se não houver elementos em contrário, há de prevalecer a palavra da mulher, mesmo sem provas materiais³⁸.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

No campo da anticoncepção de emergência (AE) os desafios não são menores. Basta verificar que menos de 10% das sobreviventes de violência sexual recebem esta proteção nos serviços de emergência, mesmo quando em claras condições de risco para gravidez⁴. A AE é esquecida e, freqüentemente, substituída pela prescrição de tranquilizantes e antiinflamatórios. Ainda que a indicação de um tranquilizante expresse a intenção de apoio emocional, torna-se difícil compreender qual papel desempenham os antiinflamatórios nessas circunstâncias.

Mais uma vez estereótipos e mitos emergem, se interpondo entre as mulheres e suas reais necessidades de assistência. O mais grave é que, em muitos casos, a AE é deliberadamente omitida por motivos injustificáveis, mesmo frente às possíveis consequências^{16,17}.

O fato é que a AE é um direito da mulher e uma das ações mais importantes na assistência imediata após a violência sexual. No entanto, ainda persiste para uma parcela dos médicos e dos provedores de saúde a falsa convicção de que a AE é método abortivo. A literatura médica tem acumulado evidências científicas suficientes que garantem o contrário¹⁶. O mecanismo de ação da AE se baseia na inibição ou postergação da ovulação e na alteração da capacitação dos espermatozoides, fenômenos necessários para o processo de fecundação. Esses mecanismos, atuando de forma isolada ou em associação, impedem o processo de fecundação. Isto significa afirmar, em termos práticos, que a AE, na maioria das vezes, não permite o encontro do óvulo e do espermatozoide. No entanto, em casos excepcionais a fecundação do óvulo pelo espermatozoide poderá existir. Nesta hipótese, a AE produz alterações hormonais bem definidas, conhecidas por “disfunção do corpo lúteo”. Este efeito anticonceptivo da AE é classificado pela Organização Mundial de Saúde como o mesmo efeito produzido pela lactação sobre a fecundidade das mulheres. Não há qualquer indicador técnico de que a AE possa atuar sobre o processo de implantação, agir sobre a concepção, e resultar em abortamento^{11,25,40,42}. Contudo, o mais paradoxal é tentar-se atribuir a uma mesma família farmacológica dois efeitos absolutamente antagônicos. Afinal, progestágenos semelhantes àqueles que compõe a AE são largamente utilizados para tratar a ameaça de abortamento espontâneo ou para proteger a gestação alcançada pela fertilização *in vitro*. Aqueles que atacam a AE e a acusam de abortiva são, muitas vezes, os mesmos que prescrevem e recomendam os progestágenos para proteger a gestação desejada. Frente a todas essas condições, resta refletir sobre as consequências éticas e legais da recusa não fundamentada de prescrever a AE, especialmente por convicções pessoais, morais ou religiosas, violando os direitos das mulheres^{16,17}.

A AE hormonal constitui método de escolha devido seu baixo custo, tolerabilidade, eficácia e ausência de contra-indicações absolutas^{11,39,40}. A AE deveria ser oferecida para todas as mulheres que foram expostas a gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, e que não utilizavam método anticonceptivo seguro no momento da violência^{3,11,21,22,23,25,40}.

Países com as leis mais restritivas quanto ao aborto ou que menos têm feito para garantir o direito legal dessas mulheres, são os mesmos que colocam as mais incompreensíveis barreiras e restrições ao uso da AE. Pautados em uma falsa moralidade, se curvam a pressões de setores conservadores e fundamentalistas da sociedade, cujo único interesse é o controle da sexualidade feminina e a manutenção da condição da mulher como cidadã de segunda categoria¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Profissionais e provedores de saúde deveriam estar adequadamente capacitados para o manejo clínico e psicológico das sobreviventes da violência sexual. Em se tratando de ocorrências durante a infância exige-se, de cada ator da rede assistencial, disponibilidade, paciência e experiência. Os riscos envolvidos em cada caso deveriam ser rigorosamente avaliados, oferecendo-se a AE, a proteção para as IST, e a profilaxia para o HIV. Igual esforço deveria ser promovido para garantir acesso a cuidados psicológicos contínuos, absolutamente essenciais. Além disso, as sobreviventes da violência sexual deveriam receber informações claras e completas sobre seus direitos, bem como esclarecimentos quanto aos efeitos possíveis da violência para sua saúde sexual e reprodutiva. Negligenciar estes aspectos fundamentais, particularmente os psicológicos, representa uma imperdoável manifestação de descaso e abandono. O novo paradigma exige que a atenção a saúde seja oferecida frente a qualquer outra medida. Não se trata de simples escolha. A eficiência das intervenções depende, principalmente, da precocidade com que forem instituídas, a exemplo da profilaxia da infecção pelo HIV e da anticoncepção de emergência.

Ainda persiste um enorme abismo entre a reflexão da sociedade sobre os crimes sexuais e o que ela realmente promove quando se depara frente a eles. A expectativa de contar com provas materiais da violência é freqüentemente frustrada e, muitas vezes, interpretada de forma distorcida como falsa alegação de crime sexual. Para as crianças, raras portadoras de marcas físicas da violência, sequer admitimos que sua palavra possa ter a mesma credibilidade daquela que oferecemos ao adulto agressor. Tendemos a considerar seus relatos fantasiosos e mentirosos, incapazes de diferenciar o lúdico do real. As privamos de seus direitos simplesmente por serem crianças, protegendo, incompreensivelmente, o adulto agressor.

A mudança dessa realidade passa, necessariamente, pela transformação nas relações de gênero. Até lá, a violência sexual continuará presente no cotidiano, com prevalência insuportável e inadmissível. As sobreviventes da violência sexual esperam mais que a simples aplicação de protocolos de conduta. Esperam receber atenção digna e respeitosa. E, se possível, um pouco mais sensível. Esperam, sobretudo, serem acreditadas. Cabe aos provedores de saúde e às autoridades competentes implantar programas qualificados e estabelecer políticas públicas sustentáveis. Cabe aos profissionais de saúde o reconhecimento de seu importante papel no destino dessas mulheres. E o exercício ético e responsável de medidas protetoras de sua saúde e de seus direitos humanos. A violência baseada no gênero pode e deve ser erradicada, assim como foi construída ao longo dos séculos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia). *Abuso sexual: mitos e realidade*. Petrópolis, Autores & Agentes Associados, 1997. 39p.
2. BEEBE, D.K. *Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment*. J. Miss. State Assoc., 39:366-9, 1998.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília, Ministério da Saúde, 1999. 32p. (Norma Técnica)
4. CABALLERO, M.; DREZETT, J.; NAMURA, I.B.B.; TONON, E.M.P.; CARNEVALI, C.; PINOTTI, J.A. "Programa de interrupção legal da gravidez conseqüente ao estupro: avaliação de 34 casos". In: Congresso de Ginecologia e Obstetrícia de Região Sudeste da Febrasgo, 3, São Paulo, 1996. *Anais*. São Paulo, 1996. p.33 (Resumo, 19).
5. CHAUI, M. "Participando do debate sobre mulher e violência". In: *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1984. p.25-62.
6. COHEN, C. & MATSUDA, N.E. "Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico". *Rev. Paulista Med.*, 109:157-64, 1991.
7. DEMING, J.E.; MITTLEMAN, R.E.; WETLI C.V. "Forensic science aspects of fatal sexual assaults on women". *J. Forensic Sci.*, 28:572-6, 1983.
8. DIÊGOLI, C.A.; DIÊGOLI, M.S.C.; LERNER, T.; RAMOS, L.O. "Abuso sexual na infância e adolescência". *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 7:81-5. 1996.
9. D'OLIVEIRA, A.F.P.L. & SCHRAIBER, L.B. "Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais". *Jornal da Redesaúde*, 19:3-4, 1999.
10. *Dossiê aborto inseguro – Brasil*, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1998. 14p.
11. DREZETT, J.; BALDACINI, I.; FREITAS, G.C.; PINOTTI, J.A. "Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro". *Revista do Centro de Referência*, 3:29-33, 1998.

12. DREZETT, J.; BALDACINI, I.; NISIDA, I.V.V.; NASSIF, V.C.; NÁPOLI, P.C. “Estudo da adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimadas”. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 21: 539-44, 1999.
13. DREZETT, J. “Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas”. São Paulo, 2000. (Tese de Doutorado – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil).
14. DREZETT, J.; CABALLERO, M.; JULIANO, Y.; PRIETO, E.T.; MARQUES, J.A.; FERNANDES, C.E. “Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino”. *J. Pediatr.*, 2001; 77(5):413-9.
15. DREZETT, J. “Profilaxia pós-infeciosa de mulheres estupradas”. In: Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças, 4. Rio de Janeiro, 2002. *Livro de Resumos*. Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland, 2002. p20-2.
16. DREZETT, J. “Violência sexual e aspectos éticos”. In: *Cadernos de Ética em Ginecologia e Obstetrícia*. São Paulo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2002.
17. DREZETT, J. & DEL POZO, E. *El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual*. La Paz, Ipas Bolívia, 1-15, 2002
18. DUPRE, A.R.; HAMPTON, H.L.; MORRISON, H.; MEEKS, G.R. “Sexual assault”. *Obstet. Gynecol. Surv.*, 48:640-8, 1993.
19. DURÁN, L.R. & CÁRDENAS, E.G. *Sistematización del proceso de construcción de un modelo de atención integral para víctimas de violencia sexual*. La Paz, Ipas Bolívia, 2003, 192p.
20. ELU, M.C.; PRUNEDA, E.S.; SANTIAGO, R.V.; MONREAL, L.M.A.; PÉREZ, R.C.; RIVERA, M.; ACHA, M. *Atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia*. México. Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en Mexico. 2000. 34p.
21. FAÚNDES, A.; BEDONE, A.; PINTO E SILVA, J.L. “I Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei”. *Femina*, 25:1-8, 1997.
22. FAÚNDES, A.; OLIVEIRA, G.; ANDALAFT NETO, J.A.; LOPEZ, J.R.C. “II Fórum Interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto por lei”. *Femina*, 26:134-8, 1998.
23. FAÚNDES, A.; ANDALAFT NETO, J.A.; FREITAS, F.; DREZETT, J.; PINTO E SILVA, J.; MELLO, J.; BEDONE, A.J.

- “III Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto por lei”. *Femina*, 27:317-21, 1999.
24. FLORES, Y.M.; GUTIÉRREZ, L.N.; GORDILLO, M.Q. *Diagnóstico sobre procedimiento probatorio en casos de violencia intrafamiliar y sexual contra las mujeres, la niñez y la adolescencia en Nicaragua*. Manágua, Agencia Española de Cooperación Internacional, 2002, 227p.
25. Força-tarefa sobre Métodos Pós-ovulatórios de Regulação da Fertilidade. “Estudo controlado randomizado de levonorgestrel versus o regime de Yuzpe de contraceptivos orais associados para contraceção de emergência”. *The Lancet*, 352(9126):428-33, 1998.
26. GLASER, J.B.; HAMMERSCHLAG, M.R.; MCCORMACK, W.M. “Epidemiology of sexually transmitted diseases in rape victims”. *J. Infect. Dis.*, 11:246-54, 1989.
27. GOSTIN, O.L.; LAZZARINI, Z.; ALEXANDER, D.; BRANDT, A.M.; MAYER, K.H.; SILVERMAN, D.C. “HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault”. *JAMA*, 271:1436-4, 1994.
28. HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1994. 255p.
29. IV Conferência Mundial sobre Direitos da Mulher. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996. 102p.
30. KAPLAN, K.M.; FLEISHER, G.R.; PARADISE, S.E.; FRIEDMAN, H.N. “Social relevance of genital herpes simplex in children”. *Am. J. Dis. Child*, 138:872-4, 1984.
31. KOZARIC-KOVACIC, D.; FOLNEGOVIC-SMALC, V.; SKRINJARIC, J.; SZAJNBERG, N.M.; MARUSIC, A. “Rape, torture, and traumatization of Bosnian and Croatian women: psychological sequelae”. *Am. J. Orthopsychiatry*, 65:428-33, 1995.
32. LOURENÇO, M.B.R. “Corpo, sexualidade e violência sexual na modernidade: contributos para uma análise contextualizada da violência sexual na sociedade portuguesa”. São Paulo, 2001. (Tese de Doutorado – Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
33. MRAZEK, P.B. “Sexual abuse of children”. *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 21:348-9, 1980.
34. National Victim Center, *Crime Victims Research and Treatment Center. Rape in America: A Report to the Nation*. South Carolina, Dept. of Psychiatry and Behavioral Sciences, 1992. 287p.

35. PIMENTEL, S.; SCHRITZMEYER, A.L.P.; PANDJIARJIAN, V. *Estupro: crime ou "cortesia"? – abordagem sociojurídica de gênero*. Porto Alegre, SAFE, 1998. 288p.
36. ROSS, J.D.; SCOTT, G.R.; BUSUTTIL, A. "Rape and sexually transmitted diseases: patterns of referral and incidence in a department of genitourinary medicine". *J. R. Soc. Med.*, 84:657-9, 1991.
37. SAFFIOTI, H.I.B. & ALMEIDA, S.S. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro, Revinter, 1995. 218p.
38. TORRES, J.H.R. "Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência". <http://ipas.org.br/biblioteca.html>
39. TRUSSELL, J. & RAYMOND, E.G. "Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception". *Obstet. Gynecol.*, 93:872-6, 1999.
40. World Health Organization. *Emergency contraception: a guide for service delivery*. Geneva, 1998. 59p.
41. YOSHIHAMA, M. & SORENSON, S.B. "Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experience of women in Japan". *Violence Vict.*, 9:63-77, 1994.
42. YUZPE, A.; PERCIVAL-SMITH, R.; RADEMAKER, A.W. "A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent". *Fertility and Sterility*, 37:508-13, 1982.

IARA BERNARDI

Deputada federal (São Paulo)

Bom dia a todos e a todas. Após as duas exposições, da companheira Rita Andréa, da Secretaria Nacional de Segurança Pública, e do Dr. Jefferson Drezett, nós temos que falar em ações de efetividade no combate a esta violência.

Como deputada, nos dois últimos anos eu participei muito do debate sobre a lei de assédio sexual, aprovada no Congresso. Esta lei cria a tipificação do assédio sexual no Código Penal Brasileiro. Para trabalhar nesta lei eu usei os dados da pesquisa da Fundação Perseu Abramo, uma das últimas pesquisas feitas abordando a questão da violência. 19% das mulheres pesquisadas declararam espontaneamente sofrer alguma forma de violência física ou psíquica e lembravam também do assédio sexual. Quando as mulheres foram estimuladas a falar sobre o que seriam as formas específicas de violência, 43% delas se manifestaram como tendo sofrido alguma forma de violência e agressão. A pesquisa foi feita no Brasil todo, nas mais variadas camadas sociais e idades das mulheres brasileiras.

Minha experiência como parlamentar começou como vereadora, exercendo três mandatos na cidade de Sorocaba, São Paulo, e agora no segundo mandato como deputada federal. Sempre debati nos parlamentos os orçamentos mandados pelas prefeituras municipais e agora pelo executivo federal e não vejo, na execução desses orçamentos, a sensibilização necessária para que apareçam de fato as políticas públicas que contemplem isso que nós estamos debatendo aqui. É um trabalho nacional de sensibilização.

Nós trabalhamos dentro da Câmara Federal, por exemplo, com datas que são símbolos, como o 8 de março, Dia Internacional da Mulher, dia 25 de novembro, Dia Internacional de Combate à Violência contra a Mulher, e tentamos aprovar projetos de lei. A lei do assédio foi aprovada com a atuação da bancada feminina, das entidades feministas que colaboram e ajudam neste debate, na execução de projetos e na avaliação do orçamento. Nesses momentos o Congresso brasileiro fica

sensibilizado com a questão e o executivo também. Mas a sensibilização maior, e essa é uma das minhas maiores preocupações hoje, é quando se executa o orçamento, quando vão se definir os gastos, os recursos, os programas e as ações desse governo, em especial no âmbito municipal.

É nos municípios que o sistema de saúde funciona e vai dar ou não o atendimento à mulher vítima de violência. É nos municípios que os profissionais de saúde das unidades básicas de saúde estarão sensibilizados ou não para o atendimento. Nos municípios é que vamos verificar se existem Delegacias da Mulher, se existem Casas Abrigo, se os profissionais do Instituto Médico Legal (IML) têm alguma sensibilidade para atenderem a mulher de forma diferenciada.

Muitas vezes as próprias Delegacias da Mulher não têm nem pessoal capacitado e sensibilizado para um atendimento diferenciado. Atendem às mulheres que se habilitam a denunciar, muitas vezes de qualquer forma, porque não foram capacitados e sensibilizados para um atendimento diferenciado. As Delegacias da Mulher são vistas, dentro da rede de segurança, como delegacias de 2ª ou 3ª categoria, não são consideradas no mesmo nível de outras delegacias, como a de entorpecentes e homicídios, por exemplo. Não possuem estrutura adequada, as delegadas às vezes passam dificuldades enormes para poder colocar a delegacia em funcionamento e geralmente elas nem funcionam nos finais de semana, que é quando ocorre a maior parte das agressões. Visitando as delegacias, percebemos que, geralmente, as delegacias da mulher são as mais bonitinhas, mais limpas, mais arrumadas, mas não têm estrutura nenhuma de funcionamento, não tem computador, armas, viatura ou telefone. E precisamos de um número muito maior de delegacias.

O Ministério da Saúde tomou uma resolução que transforma o Paism – Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher em um subprograma. O Paism foi criado em 1983, mas não foi implantado até hoje na sua integralidade. Agora o Paism não é mais um programa que perpassa todo o orçamento do Ministério da Saúde, hoje é um subprograma.

E, como disse o Dr. Jefferson, há uma sensibilização maior quando a mulher foi agredida e essas agressões aparecem. O mesmo não acontece

em relação a todos os outros sintomas que muitas vezes a mulher não exhibe, mas sente, expõe ao profissional de saúde e que não são detectados como sendo efeito da violência. Principalmente efeitos psicológicos, dores por todo o corpo, depressão, problemas cuja causa não é identificada e que decorrem de ações de violência dentro do lar. Muitas vezes o médico não detecta estes sintomas e não está sensibilizado para conversar com a mulher e entender o que está se passando, para especular sobre a verdadeira causa de todos esses sintomas que aparecem mas não são considerados quando não existem, por exemplo, agressões físicas mais evidentes.

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, criada no governo Lula, conseguiu mais recursos do que tinha anteriormente o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que era ligado à Presidência da República e que detinha alguns poucos recursos para fazer determinadas ações. A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres vai ter um orçamento, que evidentemente não serve para contemplar todas as ações necessárias.

O Brasil ratificou o protocolo da Cedaw – Convenção para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Temos que ter ações concretas nessa área. E não existe cumprimento de lei, de protocolo da Cedaw, ou de qualquer meta que se coloque, se isso não se traduzir em ações e políticas concretas com recursos. Sem recursos, não existe delegacia da mulher, programa de sensibilização para os profissionais da saúde ou campanhas públicas.

Vou acompanhar com bastante atenção a implantação do Plano Nacional de Segurança que vai ser traduzido nos Planos Estaduais e depois nos Planos Municipais. Venho de uma cidade do interior paulista, que tem um orçamento muito bom, de mais de 400 milhões de reais. São 500 mil habitantes numa cidade industrializada, que é a cidade de Sorocaba. E lá nós tivemos uma dificuldade enorme para implantar um Programa de Segurança Pública como esse. Tínhamos tentado implantar o protocolo do SUS em relação ao atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, mas começamos a esbarrar em todo tipo de entraves. Se não conseguimos implantar na minha cidade,

que é do estado de São Paulo e que tem 500 mil habitantes, imagina no resto do Brasil. Tivemos o entrave, por exemplo, do Hospital Público que atenderia essas mulheres, dirigido pela Pontifícia Universidade Católica (PUC). Neste hospital, os médicos se recusaram a fazer o aborto legal, então teriam que mandar as mulheres para outra cidade. Outro entrave foi o IML, que não tem estrutura decente para atender as mulheres. A pílula do dia seguinte era outro entrave: vai ou não vai ser dada?

Apresentei um projeto de lei, que não é consensual entre as entidades feministas, tipificando a violência doméstica, porque ela não aparece no Código Penal, assim como o assédio também não existia. Todo mundo sabia o que era o assédio sexual, mas não existia tipificação na lei. Apresentei esse projeto, tipificando a violência cometida contra ascendente, descendente, irmã/ão ou cônjuge e contra companheiro ou companheira com o qual a vítima conviva ou tenha convivido e as suas penalidades. Se a lei não estiver na sua formulação perfeita, pelo menos é uma forma de debate e discussão que envolve as pessoas para que possamos aperfeiçoá-la. O Brasil precisa de uma tipificação da violência doméstica.

Eu pediria a atenção das entidades que estão aqui hoje para, primeiramente, solicitar seu apoio ao que a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres precisa e deve fazer na sua tarefa de implementar políticas de transversalidade de gênero em todos os Ministérios. Para isso, nós vamos ter que fazer muitas emendas e intervenções no orçamento. Infelizmente, os próprios deputados que fazem parte da Comissão do Orçamento disseram que o debate dentro da Comissão é frio, numérico, sem nenhuma sensibilização. Mas, nós conseguimos fazer com que os deputados apresentassem um requerimento pedindo uma audiência pública para debater as questões de gênero e as políticas de transversalidade dentro do orçamento. A segunda tarefa é fazer com que essa audiência pública aconteça. E a terceira é fazer com que os deputados compareçam, pois muitas vezes dentro do Congresso fazemos debates para as mulheres, para a bancada feminina, para as entidades feministas e não comparece um deputado. Aparecem alguns

sensibilizados com as causas da mulher mas você não sensibiliza exatamente aquele público que vai votar, que está trabalhando, que está executando e debatendo o orçamento. Por isso, a terceira tarefa é levar os deputados para que assistam às pessoas que vão trazer experiências de onde já se aplicaram essas políticas de transversalidade, de como é que se redige um orçamento com outro enfoque.

Nós temos um trabalho prático pela frente, pois debates e seminários como esses também têm que gerar encaminhamentos e questões práticas. Uma delas é o acompanhamento da votação do Plano Plurianual (PPA) e do orçamento. O PPA vai traçar as políticas do governo federal para os próximos 4 anos. Se nós não conseguirmos modificações e emendas para introduzir aquilo que nós queremos, vamos ter problemas de execução das políticas e das metas que nós debatemos em tantos seminários e que não vão acontecer na prática. A questão da violência é uma das mais graves porque precisa de recursos, sensibilização, preparação dos profissionais que vão trabalhar e atender essas mulheres.

Os dados sobre a violência doméstica são dados ocultos, que não demonstram qual é de fato a realidade dentro dos lares. As mulheres que aparecem no hospital público, na Delegacia da Mulher, constituem uma fração do drama que existe pelos lares brasileiros.

Conversando com os deputados que estiveram na CPI da exploração infantil na cidade de Porto Ferreira (SP), ficou bem claro que aquela situação era dramática. O que acontecia era a exploração sexual de meninas por autoridades públicas da cidade, vereadores, empresários, pessoas conhecidas, que exploravam principalmente meninas pobres. Na idéia desses homens, essas meninas de baixíssima condição social serviam pra isso mesmo. Muitos deles eram casados e pais com filhas da mesma idade, mas como aquelas meninas eram pobres, miseráveis, elas tinham que se prestar àquilo mesmo.

Eu fiquei chocada com os relatos porque as meninas que eram levadas para as sessões de orgia tinham 9, 10, 11 anos, sequer tinham o corpo feminino formado. Meninas miseráveis, de famílias muito pobres. O que se estranhou depois foi a reação que a cidade teve contra a família dessas meninas e contra as próprias meninas porque o que

tinha vindo a público tinha se prestado a “sujar o nome da cidade”, comprometeu o nome da cidade. Este exemplo nos demonstra o quanto ainda temos que fazer e avançar na concepção das pessoas. As leis brasileiras são muito avançadas com relação à igualdade e à defesa da mulher, mas a realidade é dramática.

Eu gostaria, finalmente, de pedir a ajuda das entidades que estão aqui, para que pudessem acompanhar e nos ajudar nessa pressão que nós vamos precisar pra mudar o orçamento. Nós já contamos com uma contribuição muito boa do Cfemea e da Agende na avaliação do orçamento, mas é importante que outras entidades da sociedade civil somem esforços para que a mulher brasileira tenha o atendimento devido, não só em metas, programas e discursos, mas no dia-a-dia, com recursos para que as ações práticas de fato aconteçam.

3 O impacto social e econômico do HIV/Aids no Brasil

O mapa da Aids no mundo é o pó, é o mapa da pobreza, da ignorância, da desinformação, é o mapa dos despossuídos.

Telma de Souza, deputada federal



WILZA VILLELA
TELMA DE SOUZA

Sobre o impacto econômico e social da Aids

WILZA VILLELA

Médica, doutora em Saúde Coletiva; coordenadora do Núcleo de Investigação em Cidadania do Instituto de Saúde, SES/SP; membro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

INTRODUÇÃO

Ao falarmos de *impacto econômico* de um agravo, em especial se for uma doença, seja crônica ou aguda, nos ocorre de imediato a idéia da sobrecarga financeira – individual, familiar e para o país – decorrentes dos esforços para a sua prevenção e tratamento.

Ao falarmos do *impacto social* deste mesmo agravo, um conjunto mais amplo e complexo de idéias se impõe: no caso de doenças com alta letalidade, por exemplo, existe a dor da família e dos amigos pela perda, a possibilidade de desorganização familiar, se a morte atinge quem cuida ou provê – e ainda o seqüestro, para o mundo, das suas potencialidades humanas, intelectuais e afetivas.

Mesmo as doenças que não trazem uma grande chance de óbito, mas que tendem a se tornar crônicas e com riscos de complicações costumam causar um grande impacto na vida cotidiana. Quer se considere a dinâmica familiar, a vida social ou o trabalho, a constante exigência de cuidados e o temor da ocorrência de problemas associados à doença de base mantém o portador da patologia e as pessoas que lhe são próximas em estado de constante tensão.

A Aids, embora seja considerada uma doença crônica, ainda apresenta uma alta letalidade, o que a faz concentrar os dois níveis de impactos.

Em nível mundial, o impacto da Aids, tanto econômico como social, tem sido objeto de preocupação por parte dos distintos setores da sociedade, como governos, sociedade civil organizada, comunidade científica e população em geral.

A mortalidade relacionada à Aids, por exemplo, já reduz a esperança média de vida ao nascer em vários países, e supõe-se que a perda de horas de trabalho, quer por morte, aposentadoria ou absenteísmo relacionados à Aids pode reduzir a capacidade de produção de riquezas de alguns países, além de aumentar gastos com saúde¹; o aumento de crianças órfãs, da viuvez e a sobrecarga familiar derivada do cuidado com os doentes também são problemas sociais já visíveis em várias partes do globo².

Mesmo quando a Aids não leva a óbito, em função da possibilidade de tratamento, como ocorre no Brasil, viver com HIV não é simples. Quem não tem sintomas e não necessita de tratamento deve fazer um esforço para se manter assim. Quem faz uso da terapia antiretroviral (TARV) deve aprender a lidar com os efeitos colaterais associados aos medicamentos, a necessidade de disciplina para o seu uso, os controles médicos periódicos e a inquietação quanto à possibilidade de surgimento de infecções oportunistas. Além disso, a pessoa com HIV ainda é discriminada em muitos espaços sociais, o que pode gerar insegurança, vergonha ou medo de rejeição, em particular quando do início de novas relações, quer sejam sexuais, afetivas, de trabalho ou sociais. O conflito decorrente da dificuldade de manter qualquer tipo de relacionamento sem explicitar a presença do HIV no corpo, e do temor, eventualmente justificado por experiências anteriores, das reações negativas que tal revelação pode acarretar, sem dúvida interfere na qualidade da vida do portador do HIV, o que é mais um dos seus impactos negativos.

Assim, não é apenas através da morte, que rouba amigos, amantes, pais, mães ou filhos, que a Aids provoca a sua devastação. Muitas vezes, viver com HIV também é um problema. Ainda.

Tomando como referência os demais países da América Latina, pode-se dizer que o Brasil ocupa uma posição privilegiada no enfrentamento

¹ BRONFMANN, M., Herrera, C. (2003) – El HIV: una perspectiva multidimensional. In: Ramos, S.; Gutiérrez, A. Nuevos desafíos de la responsabilidad política. Cedes, CELS, Cuadernos del Foro, año 4, n. 5.

² UNGASS (2001) – “Global Crisis, Global Action”. Documento de Compromisso. (mimeo).

da epidemia do HIV. Tendo ocorrido uma rápida e competente resposta da sociedade civil organizada, em parceria com os governos, logo no início da epidemia, foi possível manter a prevalência da epidemia em níveis relativamente baixos, através de um conjunto intenso de ações de prevenção, do controle dos bancos de sangue e da oferta universal e gratuita de medicamentos específicos.

No entanto, o propalado êxito do Programa Brasileiro de Aids não significa que todos os problemas relativos à epidemia estão equacionados. Ao contrário, pode-se perceber que a eficiência do programa possibilitou que o incêndio inicial causado pela rápida disseminação do HIV em nosso país fosse debelado, permitindo-nos ser mais que “bombeiros”. Sem tanta fumaça para atrapalhar a visão, tem sido possível identificar o longo caminho que ainda devemos percorrer para reduzir, de fato, o impacto causado pela Aids em nosso país, especialmente na vida das mulheres.

A AIDS NO BRASIL: ALGUNS NÚMEROS³

Existem, até o momento, 257.780 casos notificados de Aids no país; além dessas, haveria cerca de mais 300.000 pessoas vivendo com HIV, na faixa etária de 15 a 49 anos, o que representa 0,65% da população. São contabilizados cerca de 10.000 óbitos ao ano por Aids, que assume a posição de segunda causa de óbitos entre homens jovens e quarta causa entre mulheres. Desde o início da epidemia, foram registrados 120.000 óbitos por Aids no Brasil.

A média de casos novos de Aids ao ano é de 21.000, o que significa uma incidência de 15 por 100.000. A ocorrência de novos casos vem diminuindo mesmo entre os grupos mais vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens, profissionais de sexo, presos e usuários de drogas injetáveis. Desde 1999 todos os municípios e estados brasileiros, à exceção de 21 municípios e 4 estados, mostram redução em suas taxas de incidência.

³ As informações constantes desta seção foram retiradas do site da CN DST/Aids, www.aids.gov.br, acessada em 5/9/2003.

São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina concentram 83,0% do total de casos de Aids no Brasil. Além disso, São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentam números médios de casos por 100 mil habitantes superiores à média nacional de 14,8. Embora haja registro de ocorrência de casos de Aids em 3702 municípios, um total de 100 concentra 76,8% das notificações.

Como em outros países do mundo, a distribuição dos casos segundo sexo e faixa etária aponta para a “feminização” e “envelhecimento” da Aids, que há vinte anos se iniciou, no Brasil, atingindo predominantemente homens jovens, e na sua expansão tem atingido crescentemente as mulheres e ampliado seu espectro etário.

Ao longo da década de 90 houve uma diminuição da razão de casos entre homens e mulheres, chegando a 1.7:1 em 2001. O aumento da epidemia entre mulheres traz, como uma das suas conseqüências, o aumento do número de crianças e jovens portadores do vírus, que, ao iniciarem a sua vida social, amorosa, sexual e de trabalho sob a égide do HIV, nos obrigam a pensar com mais atenção questões relativas ao preconceito e à necessidade de desenvolvimento de estratégias para sua inserção social.

É notado também um aumento persistente do número de casos em todas faixas etárias acima de 35 anos que, embora afete ambos os sexos, é mais evidente entre as mulheres.

Na faixa etária de 13 a 19 anos a relação masculino/ feminino apresenta sinais de inversão, com as meninas sendo progressivamente mais atingidas. A ocorrência de casos por transmissão sexual nesta faixa etária merece atenção especial, pois sugere a ocorrência de intercurso sexual com menores de 14 anos, o que a lei brasileira caracteriza como estupro.

O crescimento da Aids entre heterossexuais, hoje, supera a categoria “homo” e “bissexuais”. Entre menores de 13 anos, a transmissão vertical responde por 85,9% dos casos, apontando, mais uma vez, para a disseminação da epidemia entre as mulheres. Estudo das notificações entre 1999/2000 mostra que a categoria de exposição “transfusional” é, hoje, pouco significativa para a disseminação do HIV. Ou seja, a

relação heterossexual desprotegida responde pelo maior volume de novos casos de infecção pelo HIV, seguida pelo compartilhamento de seringas e agulhas.

Além da feminização e envelhecimento, outra característica da epidemia de Aids no Brasil é a tendência à pauperização. Tomando a escolaridade como um indicador também de classe social, por exemplo, temos que em 2000, 58.9% dos casos notificados era de pessoas com até 7 anos de estudo, contrastando com o percentual de 33.4% na década de 80. Cabe lembrar que esta pauperização, avaliada pela escolaridade, afeta fundamentalmente aos homens, dado que desde o início da epidemia as mulheres com HIV possuíam menor escolaridade que os homens e que as mulheres sem HIV⁴. Vale ressaltar que a “pauperização” da Aids no Brasil corresponde também ao seu “enegrecimento”, dado que os pobres, no Brasil, têm cor. Além disso, é digno de nota que entre os negros as taxas de mortalidade por Aids são maiores que entre brancos⁵, o que pode estar relacionado a problemas de acesso ao tratamento e qualidade no atendimento.⁶

O acesso ao tratamento anti retroviral de alta eficácia, instituído no Brasil em 1997, até 2002 havia reduzido a taxa de letalidade do HIV em aproximadamente 50%. O diagnóstico mais precoce dos casos de Aids e de infecção pelo HIV, com a conseqüente possibilidade de profilaxia das infecções oportunistas, também contribuiu para a queda da letalidade da Aids.

Dos 6 milhões de casos de Aids que existem no mundo, apenas 300.000 têm acesso a tratamento completo. Destes, 135.000 estão no Brasil. Além do aumento da sobrevivência dos portadores, o acesso ao tratamento possibilitou a redução das internações hospitalares, o que representou uma importante economia financeira para o Sistema Único

⁴ Villela, W. (1997) – A epidemia do HIV entre as mulheres. *Jornal da Rede Saúde*.

⁵ Villela, W. e Batista, L.E. (2003) – Identidade, Masculinidade e Saúde dos Homens. Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília.

⁶ Lopes, F. (2003) – Mulheres Negras e não negras vivendo com HIV/Aids em São Paulo: Um estudo sobre suas vulnerabilidades. Tese de Doutorado. FSP/USP (mimeo).

de Saúde – SUS. Estima-se que as atividades de prevenção tenham evitado cerca de 600.000 novas infecções.

O financiamento do Programa Brasileiro de Aids se dá com recursos provenientes do Tesouro e do acordo de empréstimo com o Banco Mundial, para apoio direto às ações especificamente vinculadas ao programa. Considerando-se que o programa se estabelece a partir da capacidade física e de recursos humanos do Sistema Único de Saúde, pode-se assumir que este, de fato, é o grande responsável pela implementação das ações de Aids no Brasil.

PROBLEMAS AINDA NÃO EQUACIONADOS

Aspectos da adesão⁷

A efetividade da terapêutica anti retroviral (TARV) está relacionada à capacidade do usuário de tomar rigorosamente a medicação da forma como foi prescrita. Isto pode implicar no uso de vários comprimidos ao dia em horários determinados e na obediência a distintos esquemas alimentares: alguns devem ser tomados em jejum, outros juntos com uma dieta rica em gorduras, outros com carboidratos. São feitas também enfáticas recomendações para uma alimentação rica, saudável, variada e balanceada, o que conflita com o perfil de pauperização da epidemia a que nos referimos há pouco. A dificuldade de atender aos requisitos para um tratamento exitoso do HIV pode ser ainda maior para quem vive em situação mais vulnerável, como os moradores de rua ou usuários ativos de drogas, populações nas quais a prevalência do HIV é maior que na população em geral.

A discriminação e o isolamento social em que vivem alguns portadores do HIV também colaboram para dificultar a adesão ao medicamento. Nem sempre é fácil, ou possível, tomar a medicação em espaços públicos, o que equivaleria a assumir para outros a soropositividade,

⁷ Uma rica abordagem da questão da adesão aos antiretrovirais pode ser encontrada em Teixeira, P.R.; Paiva, V.; Shimma, E. (2000), “Tá difícil de engolir”? Nepaids, SP.

ou administrar, de forma solitária, este determinado tipo de regulação do cotidiano. Assim, o esforço governamental de garantir os medicamentos tem como correlato o esforço individual de adesão, necessário para garantir a efetividade do tratamento. Uma equação delicada, em especial se considerarmos que ainda existem profissionais que “se irritam” quando o usuário falha no tratamento, como se este fosse irresponsável ou mal agradecido. Irritação que por vezes encontra eco em posturas anti humanistas que consideram que os portadores do HIV, muitos deles homossexuais, profissionais do sexo ou usuários de drogas injetáveis, não deveriam ser objeto de inversões financeiras tão altas quanto as necessárias para manter a terapia anti-retroviral (TARV), num país onde o acesso a medicamentos, mesmo os básicos, ainda é um problema, que se reflete até na falta de medicamentos para tratamento de infecções oportunistas ou intercorrências de saúde dos portadores não relacionadas ao HIV.⁸

Ao mesmo tempo, não podemos pensar a questão da adesão sem considerarmos a questão do acesso a um conjunto mais amplo de direitos sociais, como trabalho, habitação, renda e acesso a serviços. Uma das razões importantes para a descontinuidade do tratamento, por exemplo, é a falta de recursos para o transporte até a unidade de saúde.⁹

Outro problema relacionado à adesão são os efeitos colaterais: náuseas, vômitos, cefaléia e dores abdominais no início do tratamento, alterações metabólicas, de peso e da distribuição da gordura corporal, dentre outras, com o uso continuado.

É evidente que problemas de adesão não são privilégio de portadores do HIV. Pessoas que sofrem de diabetes, hipertensão ou outras doenças crônicas que exigem uso contínuo de medicamentos e observância de certas regras referentes à alimentação muitas vezes também cometem lapsos com o tratamento, e até hoje não se conhecem estratégias de saúde pública efetivas para superar este problema.

⁸ Barbosa, Eduardo, presidente do Fórum Ongs SP (2003) – comunicação pessoal.

⁹ Lemes, C.(2000) – posfácio, in: Teixeira, P.; Paiva, V.; Shimma, E., po. Cit. Buscou-se reduzir este problema com o fornecimento de passes a portadores do HIV que comprovem estar em tratamento de alguma doença oportunista.

A diferença é que o custo da terapia antiretroviral, aliado à possibilidade de indução de resistência, faz com que a adesão seja uma das principais preocupações de quem lida diretamente com doentes de Aids, quer em serviços de saúde ou em organizações não governamentais. E, se a oferta de tratamento anti retroviral no Brasil indubitavelmente se traduz na economia de vidas, de dor e de recursos financeiros e assistenciais do SUS, ainda temos muito o que avançar para que esta economia também represente menor discriminação e mais qualidade de vida.

A mortalidade residual e a morbidade psíquica e social

A redução de 50% na taxa de mortalidade por Aids, observada a partir da disponibilização da terapia antiretroviral no SUS, não significa que não devamos nos interrogar sobre os óbitos que continuam a ocorrer: quem são estas pessoas? que condições adversas ainda persistem e permitem o óbito?

A taxa de adesão à TARV, no Brasil, oscila entre 80% a 90%; todos os usuários que chegam a um dos 889¹⁰ serviços capacitados a prestar assistência a portadores do HIV ou doentes de Aids que têm indicação de uso de TARV recebem a medicação. Deste modo, é de se supor que parte significativa destes óbitos ocorre entre aqueles que não conseguem se beneficiar da política de oferta de medicamentos. De fato, segundo declaração do Coordenador Estadual de DST/Aids do Estado de São Paulo, Dr. Artur Kalichmann, durante o Encontro Nacional de Ongs/Aids (2003), um percentual importante dos casos de Aids só é diagnosticado no óbito, sugerindo a necessidade de se ampliar o diagnóstico¹¹ e a conscientização da importância de acompanhamento sistemático, mesmo para quem não tem sintoma. O que mais uma vez traz à baila a questão do acesso e qualidade dos serviços.

¹⁰ PN DST/Aids. Metas para o período 2003/2006. www.aids.gov.br, acessada em 8/9/2003.

¹¹ Lacuna que o governo tem buscado preencher com a campanha “Fique Sabendo”.

É sabido que os níveis de saúde e de acesso a serviços reproduzem a enorme desigualdade social que existe no país. É sabido, também, que um dos maiores desafios colocados para o SUS, hoje, é concretizar a sua diretriz de promoção de equidade. Ou seja, os municípios mais pobres, com menores recursos, também oferecem um menor acesso aos serviços de saúde, incluindo àqueles onde se pode fazer diagnóstico de infecção pelo HIV, em condições de anonimato, e o seguimento que for necessário em condições de privacidade e confidencialidade.

A existência de casos de Aids em municípios pequenos, reflexo da interiorização da epidemia, aponta a necessidade de ações específicas voltadas para populações outrora distantes da epidemia. No entanto, a possibilidade de garantia do anonimato do teste, requisito importante para uma condição cercada de preconceitos, pode parecer duvidosa em locais onde todos se conhecem. Se a realização do teste ainda é vista por muitos como uma “confissão” de culpas ou pecados, como difundi-lo sem criar constrangimentos? Como operacionalizar a capilarização da testagem e um adequado sistema de referências para tratamento que cubra os mais de 5.300 municípios que existem no país, assegurando, ao mesmo tempo, o direito de privacidade do portador?

A indetecção da carga viral, objetivo do tratamento medicamentoso, reduz a possibilidade de transmissão, e talvez este seja um dos principais fatores da redução da infecção entre grupos da maior risco. No entanto, a continuidade da epidemia atesta a existência ainda de um contingente de pessoas com HIV que, por qualquer razão, não estão se beneficiando plenamente da TARV e para quem deveríamos buscar estratégias específicas de inclusão no sistema.

Além da mortalidade, aspectos da morbidade, tomada em sua vertente psicossocial e não apenas no sentido biológico, também deveriam ser considerados. Solidão, sensação de isolamento, depressão, desemprego, são vivências frequentes e negativamente impactantes entre as pessoas que vivem com HIV.

Por exemplo, os problemas da saúde mental, especialmente a depressão, apontada pela Organização Mundial de Saúde como um dos

importantes agravos à saúde das mulheres¹², encontra no HIV mais um fator de risco. A tensão no exercício do papel de cuidadora que as mulheres acabam exercendo, a dificuldade no manejo do diagnóstico, ou mesmo o relativo apartamento das mulheres dos espaços que constroem alternativas coletivas e politizadas para o “viver com HIV”, se constituem em importantes agravos à saúde mental das mulheres direta ou indiretamente incluídas na epidemia.

O desemprego que afeta as pessoas vivendo com HIV também é um problema que merece atenção. Apesar de existir legislação específica protegendo os portadores contra demissão, e penalizando empresas que exigem testagem anti-hiv como procedimento pré-admissional, num contexto de desemprego como o que atualmente vivemos no país, é difícil imaginar que um portador do HIV concorra por postos de trabalho em iguais condições que as pessoas que não têm HIV. Este quadro fica ainda mais preocupante se levarmos em conta que o desemprego tem incidido mais sobre setores menos qualificados da força de trabalho, justo aquele onde a incidência do HIV é maior, por um lado, e onde ocorrem maiores violações na legislação trabalhista¹³.

A associação desemprego x HIV se torna mais contundente quando se considera que a principal inserção feminina no mercado de trabalho no Brasil é como empregada doméstica, exercido no mais das vezes sem contrato formal¹⁴, e no qual é extremamente difícil conseguir as folgas necessárias para consultas e realização de exames médicos, praticamente impossível fazer uso da medicação de forma apropriada sem ser percebida e bastante arriscado assumir o diagnóstico frente aos patrões.¹⁵

¹² WHO, 2003 – Gender and Women Mental Health. Disponível em www.who.org.

¹³ Em recente trabalho de pesquisa realizado para a CN DST/Aids através da UNESCO pudemos constatar que, nos dez grupos focais que realizamos com pessoas vivendo com HIV, a unanimidade em apontar a questão do emprego como a principal necessidade das pessoas vivendo com HIV hoje.

¹⁴ Apenas 25% das trabalhadoras domésticas brasileiras têm carteira assinada. Cf UNIFWEM, Maria Maria, ano 4, n. 4, editorial.

¹⁵ Mesmo as pessoas que se dizem sem preconceito não se sentem confortáveis de terem uma empregada portadora do HIV. A alegação mais freqüente é a possibilidade de acidentes domésticos.

Assim, viver com Aids exige a disciplinada adesão ao tratamento e a um estilo de vida saudável onde se inclui a rigorosa dieta alimentar, a realização de atividades físicas regulares e orientadas, para contrabalançar alguns dos efeitos colaterais mais freqüentes da medicação, o que envolve certa disponibilidade financeira e grande disponibilidade interna, além de suporte social e familiar, custos importantes e nem sempre contabilizados na economia da epidemia.

Questões de saúde sexual e reprodutiva

Os impactos do HIV sobre a saúde sexual e reprodutiva das pessoas também é um tema que, embora extensamente abordado, ainda está longe de ter um bom equacionamento.

De início, devemos lembrar que os impactos da Aids sobre a saúde sexual e reprodutiva não se restringem às pessoas vivendo com HIV. As pessoas que não têm, ou não sabem se têm HIV, têm hoje o exercício da sexualidade permeado pelo fantasma da epidemia, embora o uso consistente de barreiras em todas as relações sexuais, em especial nas heterossexuais, ainda seja vivenciado como um problema: a negociação sexual para proteção nas relações continua não sendo simples, por questões já exaustivamente exploradas pela literatura, como a recusa masculina do uso do preservativo, as fantasias associadas ao método, as diferenças de poder entre homens e mulheres, a falta de autonomia feminina em relação à sexualidade; a discussão sobre fidelidade, com os diferentes acordos em torno disso que podem ser feitos na relação visando a mútua proteção, também não é um tema fácil; os métodos de dupla proteção controlados pelas mulheres, reivindicação antiga das mulheres, já que muitos homens recusam o uso do condom, ainda são bastante restritos, em variedade e volume de uso.

De fato, apenas o condom feminino está disponível mais amplamente, e apesar da sua razoável aceitabilidade, especialmente no Brasil, não se pode dizer exatamente que é um método “controlado pela mulher” pois seu uso depende, de um modo ou de outro, da aquiescência do parceiro. Assim, no âmbito da prevenção, a grande alternativa seriam os microbicidas, produtos que protegeriam contra o HIV e algumas DST,

com possibilidade de ser utilizado sem conhecimento do parceiro, e, idealmente, sem interferir na possibilidade de fecundação. Apesar desta urgência, as pesquisas relativas a este tipo de insumo têm caminhado de forma lenta. Embora existam vários protocolos em curso, em diferentes estágios, não se tem ainda a expectativa que, num período menor que cinco ou dez anos, haja disponibilidade de um produto que previna contra as DST e o HIV, seja inócuo para a mulher, tenha uso fácil, não seja perceptível pelo parceiro e tenha um custo acessível.¹⁶

No entanto, é em relação às pessoas vivendo com HIV que as ideologias conservadoras relacionadas à sexualidade e à reprodução se manifestam de modo mais agudo. Quando uma pessoa recebe um diagnóstico de soropositividade para o HIV, as principais recomendações dizem respeito ao percurso clínico que a partir daí se inicia, seguido pela enfática recomendação sobre o uso da camisinha até o final da vida. Este circuito nos coloca algumas reflexões: sabemos ser hoje praticamente impossível que uma pessoa desconheça a existência do HIV; assim, se ocorreu a infecção, pode-se supor a negação do risco, o seu não reconhecimento ou ainda a impossibilidade do uso da proteção, situações que exigiriam mais que recomendações “secas” para que não fossem repetidas.

A prescrição do uso do preservativo para portadores, mesmo sendo fundamental, assume, para alguns profissionais, caráter mais asséptico ou mesmo subliminarmente restritivo ao exercício da sexualidade (punição?), do que estratégico para a abertura do diálogo sobre a continuidade da vida sexual, amorosa e social de modo seguro. De fato, tem sido referido por mulheres com HIV, que logo após o diagnóstico do HIV a vida sexual se paralisa, por períodos longos ou muito longos, pela dificuldade de lidar com a culpa e a perplexidade relacionadas ao diagnóstico.¹⁷

Em nosso país, a rotina de exames de pré-natal é o espaço onde as mulheres são diagnosticadas com maior frequência, já que existe uma

¹⁶ BARBOSA, R. (2003) – “Um olhar de Gênero sobre a Epidemia de Aids”. In.: Berquó (org.). *Sexo e Vida*. Unicamp, Campinas SP.

¹⁷ CN DST/AIDS (2002) *Cidadã Posithiva*. MS, Brasília.

recomendação para que o teste anti-hiv seja oferecido a todas as gestantes. Recomendação que não atingiria todas as mulheres, já que cobertura de pré-natal ainda é abaixo do desejável.¹⁸ Curiosamente, esta recomendação nem sempre é seguida, sendo a cobertura de exames anti-hiv no pré-natal menor que 50%. E não existem evidências de que esta cobertura é baixa pelo fato de a gestação não ser o melhor momento para fazer o diagnóstico da mulher.

A presença do HIV numa gestante, além do impacto que pode ter sobre a mulher – insegurança pela chance de transmissão vertical, ansiedade pela possibilidade de que o parceiro também seja portador, dúvidas quanto à fidelidade dele, medo de ser acusada de infiel, por exemplo, permite uma série de desmandos ou abusos. É sabido, por exemplo, a “facilidade” com que as mulheres com HIV são esterilizadas¹⁹; com que se realiza o parto cesáreo²⁰, e com que é prescrito o *depoprovera* no pós parto imediato, apesar das evidências de que este contraceptivo aumenta a chance de transmissão do HIV pelo adelgaçamento que a ação desse hormônio provocaria na mucosa vaginal. Ou seja, mesmo sabendo-se que hoje, com um pré-natal bem conduzido, a chance de transmissão vertical do HIV é relativamente pequena, a idéia que permeia o senso comum e orienta os procedimentos médicos é a de que esta mulher não pode reproduzir. Paradoxalmente, ter HIV não é considerado um permissivo legal para a interrupção voluntária da gravidez. Ao contrário, várias clínicas clandestinas de aborto recusam atender mulheres com HIV, ou cobram mais caro pelo procedimento. Cabe ressaltar que o principal risco, em caso de rompimento do condom durante o ato sexual, é de gravidez, e não de DST ou infecção por HIV.²¹

¹⁸ Para o Estado de São Paulo, por exemplo, para o ano de 2003 esta cobertura foi de 66%, tomando como parâmetro a realização de sete consultas.

¹⁹ BARBOSA, R., (2003), op. cit.

²⁰ Que só é recomendado quando existe indicação obstétrica ou não há evidência de detecção de carga viral.

²¹ Por isso sugere-se que junto com a orientação para o uso do condom seja feita orientação sobre contracepção de emergência.

Pode-se afirmar, em resumo, que as pessoas vivendo com HIV são duramente penalizadas no exercício de seus direitos reprodutivos. Mesmo sabendo da importância simbólica, social e psíquica da maternidade para as mulheres, em geral, de diversas formas proíbe-se a reprodução de uma portadora. E o mesmo pode ser dito em relação aos homens, com quem a questão da reprodução raramente é enfocada nos serviços de saúde, nas ONGS ou na vida cotidiana, embora muitos homens com HIV queiram ser pais e se perguntem como isto seria possível sem colocar em risco a parceira ou a futura criança.²² Daí talvez a lentidão com que se desenvolvem tecnologias reprodutivas para homens e mulheres com HIV. Em que pesem as conquistas no campo da reprodução assistida, a única estratégia até o momento conhecida que permita a uma mulher a fecundação, sem riscos, pelo seu parceiro portador do HIV, seria a inseminação com lavado de esperma, técnica ainda difícil, cara e polêmica quanto à sua segurança.

Das vulnerabilidades

O conceito de vulnerabilidade foi cunhado, no âmbito da epidemia, visando uma abordagem mais ampla dos determinantes das ações individuais de exposição a riscos que possibilitasse uma maior gama de estratégias de suporte e prevenção. São definidos três níveis de vulnerabilidade: individual, programática e social. O risco individual está relacionado à forma particular como se articulam estes três níveis numa circunstância concreta de vida.

Como a epidemia tem padrões clínicos, epidemiológicos e comportamentais bem distintos para homens e para mulheres, a aplicação do conceito de vulnerabilidade, e as relações ente vulnerabilidade e risco também são distintas. Tomemos como exemplo as práticas que facilitam a transmissão do HIV: as relações anais desprotegidas e o uso compartilhado de seringas e agulhas, principais modos de transmissão do HIV entre homens, não são comportamentos

²² PAIVA, V. et alli. – Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens vivendo com HIV. Disponível em www.usp/nepaids.br.

comuns à maior parte da população, ocorrem em grupos relativamente fechados e dependem, em grande medida, de decisões individuais. Estratégias de abordagem individual ou coletiva, para indivíduos e grupos que têm este comportamento, voltadas para redução dos riscos associados a estas práticas, têm tido grande êxito. Em contraposição, para as mulheres, os principais determinantes da sua vulnerabilidade individual não são comportamentos específicos ou que possam ser mudados por força de desejo e decisão, pois referem-se à sua anatomia e ao seu lugar social. Desta forma, a redução da vulnerabilidade primária ou secundária ao HIV²³ incluiria mais aspectos programáticos e sociais, do que sugestões para mudanças de comportamento individual. Embora esta dimensão não deva ser descuidada, sabe-se que a única mudança no comportamento individual possível para a prevenção primária das mulheres seria o uso consistente do condom em todas as relações sexuais, estratégia muito enfatizada desde o início da epidemia feminina do HIV e que, por seus evidentes limites, não tem encontrado o êxito desejável. A principal estratégia de mudança de comportamento individual visando a prevenção secundária, no caso das mulheres, seria a realização mais precoce do diagnóstico e um melhor cumprimento dos tratamentos, incluindo aí, ainda, os aspectos psíquicos, de auto-estima e de prevenção da reinfeção, o que também não depende exclusivamente das decisões individuais das mulheres. Ou seja, o enfrentamento da epidemia do HIV entre mulheres, mais do que para qualquer outro segmento da sociedade, exigiria o reforço e a ampliação das políticas públicas específicas voltadas para as mulheres, visando o empoderamento desta parcela da população, condição essencial para que se possa pensar em negociação de uso do preservativo e de estilos de vida mais saudáveis.

²³ Considerando como vulnerabilidade primária o conjunto de fatores que configuram o risco para a infecção, e como vulnerabilidade secundária os fatores que configuram o risco para a Aids.

PARA ENCERRAR

A partir da argumentação que buscamos desenvolver nesta apresentação, torna-se evidente que o enfrentamento da epidemia do HIV implica quatro conjuntos de ações, a saber:

1. ações que impeçam as pessoas de adquirirem o vírus;
2. ações que impeçam as pessoas que têm o vírus de terem Aids;
3. ações que impeçam as pessoas que têm Aids de morrerem por esta causa;
4. ações que garantam a qualidade de vida e saúde das pessoas que têm HIV ou Aids.

Essas ações não podem e não devem estar sob responsabilidade exclusiva dos indivíduos ou dos Programas e Coordenações de DST/Aids que têm, obviamente, responsabilidades limitadas e específicas em relação à epidemia. Poderíamos mesmo dizer que as instâncias diretamente responsáveis pela Aids no país fizeram e têm feito a sua parte. Se estamos de acordo com a utilidade e oportunidade do uso do conceito de vulnerabilidade, entendemos a importância de desenvolver ações programáticas e institucionais que fortaleçam grupos populacionais específicos. No caso das mulheres, poderíamos citar, como exemplo:

- apoio a pesquisas que busquem mais métodos de prevenção para o HIV controlados pelas mulheres, e a discussão, no Brasil, da questão contracepção e Aids, buscando problematizar a tendência de medicalização e descompromisso masculino com as conseqüências dos atos sexuais, expressa cada vez mais na procura de métodos de alta eficácia, utilizados apenas pelas mulheres, e desvinculados do ato sexual, como a esterilização e os implantes hormonais;
- retomada da discussão sobre o uso do diafragma, barreira que embora não promova uma proteção tão grande quanto o condom, tem sido recomendada como uma alternativa para aquelas mulheres para quem o uso do condom é totalmente impossível;
- estímulo à formulação de uma política mais agressiva de controle de doenças sexualmente transmissíveis (DST), a ser implementada nos

níveis da atenção básica à saúde. A ocorrência de uma DST, além de ser uma importante porta de entrada para o HIV, denuncia a prática sexual desprotegida. Estima-se a ocorrência de dez a doze milhões de casos de DST no Brasil a cada ano, com uma proporção de 1 caso masculino para 9 femininos.²⁴

- disseminação, cada vez mais, do uso do contraceptivo de emergência, não apenas para evitar gestações indesejadas, mas também como facilitador e coadjuvante para o uso do condom, especialmente entre mulheres vivendo com HIV;
- melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde que atendem mulheres, com aumento da realização de testes anti-hiv e de sorologia para sífilis;
- acesso a tratamento aos demais agravos de saúde provocados pelo vírus, especialmente as lesões e infecções do trato genital e o câncer cérvico uterino, e a cuidados de saúde em geral – orientação nutricional, assistência odontológica, assistência psicológica, para pessoas com HIV;
- aprofundamento da abordagem da lipodistrofia e demais efeitos colaterais dos ARV, em especial seu impacto sobre a auto-imagem e auto estima das mulheres.
- discussão das políticas de emprego e renda, especialmente para mulheres com HIV, muitas das quais ficam viúvas, tendo que dar conta da casa, dos filhos e do preconceito.
- discriminalização do aborto.
- combate a todas as formas de discriminação contra pessoas vivendo com HIV.

²⁴ CN DST/Aids, Comitê Assessor de DST, dados preliminares, sujeitos a revisão.

TELMA DE SOUZA

Deputada federal (São Paulo),

Frente Parlamentar na Luta contra a Aids

Cumprimento a senadora Fátima Cleide e a Dra. Wilza Vilela e na pessoa dessas duas mulheres quero cumprimentar toda a platéia, maciçamente feminina. Gostaria de dizer da minha alegria de estar aqui. Estava observando ontem, no momento que nós nos movimentávamos no coquetel, os nossos cabelos. Vi aqui cabelos de todos os tipos: lisos, curtos, encaracolados, rastafari, o que mostra uma multiplicidade racial difícil de encontrar. Este é um público privilegiado e as intervenções que eu pude observar, não só nas mesas, mas também quando a palavra foi dada ao público, mostraram mulheres com capacidade de expor suas idéias num português muito correto e principalmente com uma ousadia pouco vista. Acredito que nós somos uma elite pensante, como falávamos hoje na mesa. Mais do que uma elite intelectual, com obrigação de levar certas bandeiras de lutas adiante, e é por isso que nós estamos aqui. Em minha fala, quero fazer uma colagem dessa idéia e da questão da Aids.

Sou de São Paulo e fui prefeita de Santos de 1989 a 1992, onde trabalhei com uma equipe liderada pelo Dr. Davi Capistrano Filho já falecido. Dr. Capistrano era o Secretário de Saúde de Santos na época e foi o meu sucessor na prefeitura daquela cidade. Durante os oito anos que nós administramos o município de Santos conseguimos ter uma política de saúde que se tornou uma referência nacional. Ousamos políticas diferenciadas em relação às drogas, Aids, questão de gênero e, principalmente, saúde mental. Lamentavelmente perdemos a cidade de Santos para o que há de mais conservador e retrógrado no meu Estado, que é o *malufismo*, e muitas políticas se perderam, particularmente as de saúde mental e mais particularmente ainda as de Aids. A infecção pelo HIV volta a crescer em Santos de uma maneira incompatível com o que nós conseguimos fazer quatorze anos atrás. Algumas medidas que nós tomamos naquela época continuam profundamente atuais.

Eu gostaria de juntar essa experiência concreta de Santos com os avanços que nós temos tido no Brasil, que são muito acentuados neste governo. Eu seria injusta se dissesse que não houve avanços na gestão de José Serra a frente do Ministério da Saúde, especialmente em relação à questão das patentes e da Organização Mundial de Comércio. Porém, o programa de troca de seringas foi iniciado em Santos há quatorze anos atrás, junto com o primeiro oferecimento de coquetel antiretroviral, que era negado às pessoas porque era caro. Nós realmente fizemos um exercício muito ousado que acabou resultando, para o Davi Capistrano e para mim, em processos na justiça por incitamento ao uso de drogas, no caso na destruição e troca de seringas. São coisas da vida e a gente continua porque eu entendo que nós temos um papel a fazer pessoalmente quando a gente tem um mandato público, seja nas casas de leis, seja no Executivo.

Eu trouxe o mapa da Aids no mundo justamente para confirmar a afirmação que a Wilza fez, “o Mapa da Aids no mundo é o pó, é o mapa da pobreza, é o mapa da ignorância, é o mapa da desinformação, é o mapa dos despossuídos”. Vejamos os números do boletim divulgado em 2002 pela Unaid, órgão das Nações Unidas: 42 milhões de pessoas já foram infectadas no mundo pelo HIV. Destas, nós temos os seguintes números: na América do Norte são 980 mil; na Europa Ocidental 570 mil; na África do Norte e Oriente Médio 550 mil; na Europa Ocidental e Ásia Central 1 milhão e 200 mil; no Caribe, que é pequeno, 440 mil, proporcionalmente é um número elevado; na Ásia Oriental e Pacífico, também 1 milhão e 200 mil; na América Latina um milhão e meio; na Áustria e Nova Zelândia, com qualidade de vida espetacular, 15 mil. E agora os dados aterrorizantes: na Ásia do Sul 6 milhões e na África Subsaariana 29 milhões e 400 mil.

A medida em que aumentou o número de mulheres casadas infectadas, que a Wilza chamou de feminização, e também de adolescentes, especialmente entre 13 a 19 anos, onde a incidência maior é entre as adolescentes do sexo feminino, o Ministério da Saúde tratou de desenvolver projetos sobre esta questão. Tenho dados da pesquisa “A Feminização da Epidemia da Aids no Mundo e no Brasil”, coordenada pelo Programa

Nacional em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Serviço de Vigilância de Saúde do Ministério de Saúde, realizada para o Fórum Internacional sobre Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Violência contra a Mulher na Amazônia Ocidental e também para o primeiro Fórum Estadual de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência no Acre. Essa pesquisa foi feita por Carmen de Barros Correias Dalha e aponta o seguinte coisas importantes. Em primeiro lugar, dos 237 mil 588 casos notificados, dados de 30 de Março de 2002, 65 mil 360 eram mulheres. A doença causada pelo vírus da imudeficiência humana, o HIV, é a quinta causa de morte entre mulheres, compatível com o número de mulheres mortas no tráfico. Os municípios com maior incidência, evidentemente, são os das Regiões Sul e Sudeste, especialmente São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e toda a orla, em especial a orla do nordeste de Sergipe até o Ceará. Meu faro diz que há também uma relação da Aids com o turismo, a promiscuidade, a questão portuária e a ausência de vigilância e, principalmente, a ausência de possibilidade de ações mais eficazes nessas regiões.

O Ministério da Saúde levantou alguns objetivos em relação a esta situação: interromper a cadeia de transmissão do HIV e das DST's; diminuir a mortalidade das mulheres por Aids; controlar o risco de transmissão vertical; melhorar a qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV e Aids. O Ministério desenvolveu mais estratégias de prevenção com as mulheres e, posteriormente, projetos de atenção à mulher soro positiva.

O Ministério da Saúde disponibilizou os números de instituições que distribuem preservativos femininos, segundo as macro-regiões, nos anos de 2000/2002, onde nós temos 50 instituições na região Norte, 130 na Nordeste, 150 na Sudeste, 120 na Sul e 70 na Centro-Oeste. Eu não quero mais falar desses dados, pois eles já estão mais do que convincentes, no sentido de mostrar que nós estamos fazendo alguma coisa no aqui e agora. Mas queria dizer, do ponto de vista do Legislativo, o que nós estamos fazendo em relação à Aids.

Há uma diferença profunda no fato de nós construirmos uma Lei e ela ser efetivamente traduzida por uma situação concreta, onde as

peessoas se apoderam da informação, independentemente de haver mecanismos de fiscalização. Em relação à questão da Aids nós temos uma situação diferente porque a sensibilização, que eu acho que é a palavra de ordem, vai ser antes de mais nada a vacina para os nossos corações e nossas mentes, para que a gente possa lutar contra a desinformação, contra a situação grave da falta de ações nas periferias. É claro que o mapa da pobreza, o mapa da Aids, o mapa da falta de escola, o mapa da falta de cidadania, enfim, são sempre sobrepostos.

Vou contar um ou dois casos rapidamente e dar algumas informações do que nós estamos fazendo. Nós reinstalamos a Frente Parlamentar na Luta contra a Aids. A Frente neste momento é composta por deputados e também pelo senador Paulo Paim. Tenho certeza que agora a senadora Fátima Cleide já vai se agregar, de modo que ela deixará de ser uma frente parlamentar de deputados para ser uma frente parlamentar mista. Fizemos a instalação dela no dia 16 de setembro de 2003, com a presença do Ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa, que fez um discurso de extrema sensibilidade, e também do presidente da casa, deputado João Paulo que é do PT de São Paulo.

No dia 18 de setembro, eu e o Dr. Raldo Bonifácio Costa Filho, Diretor Adjunto do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, fizemos uma palestra de 1 hora para o Espaço Cultural da Câmara. Participaram também o Dr. Grangeiro, diretor de Aids do Ministério, e uma moça chamada Ana Paula Prado, da Associação das Pessoas Convivendo com Aids, que evidentemente calou a boca de toda a teoria que estava sendo exposta no debate. Ela disse: vocês falam, teorizam sobre a Aids, eu convivo.

4 O impacto da gravidez não desejada na saúde da mulher

O reconhecimento da humanidade das mulheres significa atribuir-lhes o controle sobre sua capacidade biológica de gerar um novo ser.

Maria José Rosado Nunes – Católicas pelo Direito de Decidir



MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA ARAÚJO
REGINA COELI VIOLA
MARIA JOSÉ F. ROSADO NUNES
ELZA BERQUÓ

O impacto da gravidez não desejada na saúde da mulher

MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA ARAÚJO

Médica pediatra com especialização em Políticas Públicas para as Mulheres pela Universidade Sorbonne, Paris; coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde

REGINA COELI VIOLA

Médica psiquiatra; técnica da Área Técnica de Saúde da Mulher

Ao longo da história, diversos dispositivos de controle e de domínio do corpo e da sexualidade das mulheres foram usados para impedir o livre exercício da sexualidade e dos seus direitos reprodutivos.

As mulheres são frequentemente mais confrontadas com seus corpos que os homens. A sua liberdade está estreitamente condicionada à especificidade da sua fisiologia no domínio da sexualidade e da reprodução, sobretudo na fase adulta, período ligado à reprodução e aos problemas dela decorrentes, dentre os quais a gravidez não desejada, que é um evento comum às mulheres e adolescentes de todas as classes sociais.

As mulheres ainda têm os seus Direitos Reprodutivos submetidos a normas e regulamentos que ignoram os seus direitos humanos na área da saúde, levando-as a engrossarem as estatísticas de morbidade e mortalidade por agravos resultantes do exercício desses direitos. No entanto, as mulheres das camadas mais pobres ainda são as mais penalizadas pela ética classista existente na sociedade, que diferencia a saúde e os direitos reprodutivos entre as mulheres das classes populares e as mulheres ricas (ARAÚJO, 1998).

A realidade na qual as mulheres exercem os seus Direitos Sexuais e Reprodutivos revela a profunda iniquidade de gênero e entre as mulheres dos diversos estratos sociais, dentre os quais se inclui a mulher pobre, considerando o conceito de pobreza aquele utilizado pelo Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2002), que a define não só como o fato de pertencer a um determinado estrato social, mas envolve outros fatores como escolaridade, saneamento básico e situação de grupos sócio-demográficos específicos.

Políticas públicas que melhorem o contexto social e as distintas iniquidades da vida das mulheres são fundamentais para o livre exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. O compromisso dos governos nacional, estaduais e municipais e o reconhecimento de que o direito à saúde sexual e reprodutiva é um bem social e um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado com políticas sociais nas distintas esferas, é uma meta a ser alcançada.

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas (ARAÚJO, 1998), as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. A ausência deste enfoque reforça a tradicional discriminação contra as mulheres, dificultando seu acesso em condições de igualdade aos recursos, serviços e financiamento da atenção à saúde (GÓMEZ, 2002).

A Saúde Sexual e Reprodutiva está estreitamente vinculada à equidade de gênero e sua incorporação como direitos humanos às políticas de saúde, é uma medida essencial a ser adotada para reverter o quadro atual de morbidade e mortalidade feminina nessas faixas etárias. Nesse sentido, devemos considerar como violação desses direitos, as condições nas quais as mulheres exercem sua sexualidade e o direito à maternidade e as condições nas quais são realizados os abortos resultantes de uma gravidez não desejada, que no Brasil se tornou também um problema de saúde pública, levando um grande contingente de mulheres a internações desnecessárias e a mortes precoces e evitáveis.

O IBGE (2003) estima que existem no Brasil 57 milhões de mulheres em idade reprodutiva, o que determina a necessidade da implementação de políticas públicas que contemplem as questões de saúde dessa população, considerando as diversidades regionais de raça/etnia, culturais, de classe social e de acesso aos bens e serviços. O relatório

sobre a situação da População Mundial (2002), demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde. Isso se reflete na dificuldade do acesso das mulheres aos serviços não só de atenção primária, mas também a outros níveis de complexidade nos quais são atendidas as mulheres e adolescentes com aborto incompleto, geralmente em situação de clandestinidade, humilhação e violência por parte dos serviços; isso se traduz no retardo do atendimento e na discriminação explícita através de palavras e atitudes condenatórias e culpabilizadoras, além dos graves riscos para a saúde.

Considera-se gravidez não desejada aquela que acontece em um momento inoportuno ou em uma mulher que não deseja mais reproduzir. Os determinantes da gravidez não desejada englobam uma série de razões, que vão desde questões afetivas e emocionais a dificuldades financeiras, de falta de apoio social e de ordem religiosa. Langer (2001), cita dentre essas razões as dificuldades das pessoas de controlar sua fecundidade pela falta de acesso a métodos, o desejo de ter menos filhos, as relações sexuais não voluntárias e indesejadas, incluindo entre estas os casos de violência sexual e a falha dos métodos anticoncepcionais. Segundo a autora, a gravidez não desejada é mais comum em adolescentes, mulheres solteiras e mulheres maiores de quarenta anos, acontecendo porém em todas as faixas etárias.

Pesquisa realizada na Maternidade Climatério de Oliveira (Salvador, BA) com mulheres em situação de abortamento, encontrou 71,7% de interrupção voluntária da gravidez entre as mulheres estudadas. As razões descritas para esta interrupção foram: falta de condições financeiras em 58,1% dos casos, falta de apoio familiar ou do parceiro em 16,3% e planos de estudo ou trabalho em 13,9% (LOPES et al, 2003).

As cifras demonstram que parte importante das mulheres brasileiras continua a exercer sua sexualidade em condições de exposição ao risco de uma gravidez não desejada, mesmo que essa nova gravidez signifique

para elas recorrer à clínicas clandestinas de aborto, colocando em perigo a própria vida. Para as mulheres pobres, uma nova maternidade pode significar pôr em risco a subsistência do resto do grupo familiar.

As diferenças de morbimortalidade entre homens e mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 15 a 49 anos, se relacionam com os processos reprodutivos (VILLAQUIRAN, 2003), pois nas mulheres, a gravidez, mesmo desejada, muitas vezes leva em si riscos para a saúde. A gravidez em idade precoce e sem apoio social, o aborto em condições inseguras, a desnutrição e anemia entre as mulheres pobres e a má qualidade dos serviços de saúde, criam maior vulnerabilidade para um grande número de mulheres que exercem o direito à maternidade. Potencializam essas situações fatores sócio-culturais como a discriminação de gênero, substituição da identidade das mulheres como pessoas por sua identidade apenas como mãe, desvalorização do gênero feminino, falta de poder para decidir sobre o corpo, dentre outros.

A gravidez não desejada, seja por falta de acesso aos métodos contraceptivos, por uso incorreto, ou por falha dos métodos, vai além dos dados estatísticos. Ela representa a negação da autodeterminação reprodutiva das mulheres, da sua não concretização no cotidiano, levando a agravos à saúde que podem resultar em morbidade severa ou mesmo morte prematura.

Podemos traçar um quadro aproximado da situação da gravidez não desejada no Brasil, usando diversos parâmetros: dados de uso de métodos contraceptivos ou da sua necessidade insatisfeita; número de abortos provocados existentes no país; dados de mortalidade materna por esta causa, de suicídios de adolescentes grávidas relatados pelo sistema policial, amigas ou parentes e através de pesquisas qualitativas realizadas com mulheres em idade reprodutiva.

Alguns desses dados são elucidativos da cadeia de eventos que leva uma mulher durante a sua vida reprodutiva a ter uma gravidez não desejada. A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS (1996), revela a distorção do uso da anticoncepção no Brasil: concentração em apenas dois métodos, a esterilização cirúrgica e a pílula (40% e 21% respectivamente) entre as mulheres unidas em idade reprodutiva, in-

dicando o limitado acesso das mulheres a outras opções contraceptivas. Outro dado relevante é a interrupção do uso do método por 41% das usuárias, nos primeiros doze meses após a sua adoção.

A mesma pesquisa revela que, nos cinco anos que a antecederam, aproximadamente 50% dos nascimentos não foram planejados e que a necessidade insatisfeita de anticoncepção era de 9,3% entre as mulheres na área rural e 4,5% na área urbana (BENFAM, 1996).

A pesquisa realizada na Maternidade Climatério de Oliveira avaliou o grau de conhecimento sobre os métodos contraceptivos nas mulheres estudadas e encontrou os seguintes dados: 6,7% referiram não conhecer os métodos, enquanto 33,3% usavam de forma inadequada, totalizando 40% das mulheres que estavam expostas a uma gravidez não desejada; das 45% que declararam uso prévio de método no momento da curetagem pós-aborto, 44,5% referiram como motivo da interrupção, os efeitos colaterais apresentados. Do total das mulheres pesquisadas, 55% referiram não querer engravidar novamente, apesar da média de idade ser de 25, 93 anos (LOPES et al, 2003).

Os dados da pesquisa de Lopes e colaboradores revelam que o direito a atenção à contracepção, ou seja, o acesso aos métodos e seu uso correto, são fundamentais para prevenir a gravidez não desejada, sobretudo nas mulheres mais jovens, nas mulheres com gravidez não desejada de repetição e naquelas nos extremos da idade reprodutiva.

GRAVIDEZ NÃO DESEJADA E ABORTO INSEGURO: DADOS DE MORBIDADE E MORTALIDADE

As conseqüências mais graves para a saúde das mulheres e adolescentes resultantes de uma gravidez não desejada, são aquelas relacionadas aos problemas do aborto realizado em condições inseguras e desumanas, ainda uma realidade para as mulheres brasileiras, sobretudo para aquelas das camadas mais pobres da população para as quais realizar o aborto, mesmo correndo risco de vida, é a solução mais lógica para resolver uma gravidez não desejada.

A situação de ilegalidade na qual o aborto é realizado no Brasil afeta a existência de estatísticas confiáveis que subsidiem a implementação

de políticas públicas mais precisas e específicas para as diferentes realidades regionais e faixas etárias nas quais a gravidez indesejada é mais prevalente.

Considerando os dados de internações por aborto no Sistema Único de Saúde – SUS para o ano 2000 de 247.884 (DATASUS, 2000) e aplicando a esse número a metodologia utilizada pelo Instituto Alan Guttmacher¹, estima-se que acontecem entre 750 mil a 1 milhão e 400 mil abortos ilegais no país. O Brasil possui uma razão de abortos de 23 por cem gestações, comparável aos índices encontrados quando se analisa o conjunto dos países latino-americanos (HENSHAW at al, 1999). Os dados existentes se referem às internações por aborto apenas na rede do SUS, não considerando o sistema privado, que atende em torno de 30% da população brasileira.

A pesquisa de Lopes e colaboradores (2003) avaliou o sentimento de mulheres que foram submetidas à curetagem uterina pós-aborto e encontrou que a grande maioria das mulheres tinha provocado o aborto (71,7%) e que o sentimento declarado por elas era de alívio. Esses dados são compatíveis com os da última Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS (1996), que mostrou que 90% das pessoas vivendo em união e com dois filhos vivos, 88% dos homens e 90% das mulheres, não desejavam outra gravidez.

Esses dados nos levam a afirmar que a gravidez não desejada, seja por razões econômicas ou de outra índole, é bastante alta entre as mulheres brasileiras, e que a falta de acesso aos métodos de planejamento familiar e/ou o seu uso incorreto, contribuem sobremaneira para essa situação.

Além da dificuldade de se obter dados fidedignos sobre o número de abortos realizados pela sua situação de clandestinidade, existem também as diferenças de registro das informações no sistema de saúde, que podem levar ao subregistro da morbidade e da mortalidade. Sorrentino

¹ Para maior detalhamento da metodologia do Instituto Alan Guttmacher, ver dossiês – Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, São Paulo, 2001.

e Lebrão (1998) encontraram dados distintos para o Estado de São Paulo, quando analisavam a variável “procedimento de curetagem pós-aborto” e a variável diagnóstica de “aborto”. As informações contidas na última variável foram diferentes da primeira, parecendo serem mais fiéis à realidade brasileira os dados de diagnóstico de internação “aborto”.

O aborto realizado em condições inseguras é uma importante causa de morbidade e mortalidade entre a população feminina em idade reprodutiva. Apesar da precariedade das estatísticas sobre os agravos resultantes dos abortos clandestinos sobre o corpo das mulheres, alguns dados são reveladores da gravidade do problema. É importante salientar que nem todas as mulheres que passam pelo processo de abortamento demandam assistência médica no SUS; dessa forma, é consenso que existe uma sub-notificação dos casos, assim como das complicações associadas.

Dispõe-se, para análise do problema, dos dados fornecidos pelo sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), que informa o número de internações para curetagens pós-aborto e a frequência de óbitos nestas circunstâncias, nos serviços públicos e conveniados e do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM/Cenepi/MS) que consolida o registro do abortamento em declaração de óbito, neste caso, com grande sub-notificação em todo país.

O número de curetagens pós-aborto (espontâneo ou induzido) registrado pelo SIH/MS nos últimos cinco anos apresenta tendência à estabilidade, com pequenas variações, conforme demonstra a tabela 1 a seguir.

TABELA 1
PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS, POR LOCAL DE INTERNAÇÃO – BRASIL

AIH PAGAS POR ANO COMPETÊNCIA SEGUNDO REGIÃO
PROCED OBSTÉTRICO: CURETAGENS PÓS-ABORTO
PERÍODO: JAN/1998 – JUL/2003

REGIÃO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL
TOTAL	229.944	235.977	238.902	241.801	236.778	134.700	1.318.102
NORTE	15.126	18.134	18.313	18.919	18.141	11.437	100.070
NORDESTE	85.616	82.653	84.065	87.748	85.009	46.483	471.574
SUDESTE	96.342	99.727	99.307	97.569	97.011	55.358	545.314
SUL	18.914	21.039	22.087	22.022	21.558	12.546	118.166
CENTRO-OESTE	13.946	14.424	15.130	15.543	15.059	8.876	82.978

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Observa-se que, entre as regiões, a evolução do número de curetagens pós-aborto é semelhante aos dados nacionais, isto é, manteve-se estável ao longo desses anos.

Para uma análise comparativa mais precisa da situação entre as regiões, os dados absolutos são pouco elucidativos; nesse caso, a tabela 2, fornece os dados ajustados pelas taxas de internações para a população de mulheres em idade reprodutiva e a proporção de abortos no total das internações obstétricas, o que permite verificar a situação do número de leitos e de usuárias do SUS.

TABELA 2

TAXA DE INTERNAÇÃO POR CURETAGENS PÓS-ABORTO NO SUS E PROPORÇÃO DESSAS INTERNAÇÕES DENTRE AS OBSTÉTRICAS, POR REGIÕES BRASILEIRAS, NO ANO DE 1998. (POR 1.000 MULHERES RESIDENTES DE 15 A 49 ANOS)

REGIÃO	Internações por aborto/ 1000 mulheres	% Internações aborto dentre as obstétricas
NORTE	5,62	7,57
NORDESTE	5,60	7,88
CENTRO-OESTE	5,38	7,70
SUDESTE	4,78	9,65
SUL	3,21	6,63
BRASIL	4,68	8,50

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde/Datasus/SIM, 2001

Esses dados visualizam as diferenças regionais de desenvolvimento e implementação dos serviços de saúde, de acesso das usuárias aos leitos de obstetrícia para a realização dos procedimentos e são reveladores das diferenças sócio-econômicas existentes entre as regiões. Chama a atenção a menor taxa de internação na região Sul, levando a supor que corresponde a um menor número de abortos e a uma melhor qualidade das ações de planejamento familiar e prevenção da gravidez não desejada.

As maiores taxas são encontradas, como demonstra a tabela, nas regiões Norte e Nordeste, com menor desenvolvimento e qualidade do sistema de saúde.

A região com maior percentagem de internações por aborto dentre as obstétricas é a Sudeste, que alcançou quase 10%; pode-se inferir que nessa região existe um maior número de leitos obstétricos, e provavelmente, melhor acesso das mulheres a atenção às complicações oriundas do aborto, mostrando as diferenças da assistência entre as diversas regiões.

O aborto que é realizado em condições inseguras freqüentemente é acompanhado de complicações severas, agravadas pelo desconhe-

cimento da maioria das mulheres desses sinais e da demora em procurar os serviços de saúde, que na sua grande maioria não está capacitado para este tipo de atendimento. Pesquisa de Hardy e Costa (s.d) realizada no Brasil, estimou que 20% dos abortos clandestinos realizados por profissional médico em clínicas e 50% dos abortos domiciliares, realizados pela própria mulher ou por curiosas, apresentam complicações.

Segundo Langer (2001), as complicações imediatas mais frequentes são a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção, que podem levar a graus distintos de morbidade e à mortalidade. A médio prazo, a infertilidade é a seqüela mais comum.

Analisando os dados de procedimentos de histerectomias (retirada do útero) no sistema de informação do SUS(SIH), observa-se que ele foi realizado em mulheres jovens e adolescentes. No ano de 2002, na faixa etária de 15 a 19 anos, foram realizadas um total de 85 histerectomias e na de 20 a 29 anos, 3.147; os dados deste procedimento para o Brasil também são alarmantes, sendo que em 1998 foram feitas 3.204 na última faixa etária.

A região Nordeste detém em 1998, o maior número de procedimentos, com 1.279 histerectomias na referida faixa etária. Esses dados de histerectomias em mulheres nestas faixas etárias podem estar relacionados com as complicações do aborto clandestino e dos partos que também apresentam complicações. Pode-se inferir que essas complicações sejam as infecções e hemorragias por aborto inseguro, parto complicado ou a rutura uterina, que também pode estar relacionada a esses tipos de complicações. Não se pode afastar as histerectomias por miomas, prática que vem sendo muito comum no Brasil nos últimos anos, e que representa mais uma violação do corpo das mulheres, inclusive das adolescentes e jovens.

Os dados sobre a morbidade por aborto não são precisos para se avaliar corretamente o impacto sobre a saúde das mulheres e adolescentes. As mulheres que conseguem, de alguma forma, resolver os seus problemas sem recorrer aos hospitais, estão fora das estatísticas de morbidade, mesmo que fiquem com seqüelas graves e permanentes.

O aborto é uma importante causa de mortalidade materna, sobretudo entre as mulheres das camadas mais pobres, que o realizam em condições inseguras. A magnitude da morte materna é um tema controverso, pela dificuldade de se calcular a sua verdadeira razão, não só das mortes maternas por aborto mas também pelas outras causas: toxemia, hemorragias e infecções. A morte materna é a mais subinformada, quer dizer, é a morte sobre a qual mais frequentemente se omite que é decorrente de complicações na gestação, aborto, parto ou puerpério (TANAKA, 2001). A cobertura incompleta do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) faz com que, 14% dos óbitos sejam mal definidos e sub-declarados, nas mortes ligadas a gravidez, parto e puerpério.

Pesquisa realizada por Laurenti e colaboradores (2002) encontrou uma razão de 74 mortes de mulheres por cem mil nascidos vivos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, depois de aplicado o fator de correção de 1,67. O autor considera que essa razão de morte materna pode ser projetada para o Brasil como um todo, até que se tenha pesquisa nacional com dados mais fidedignos. A pesquisa concluiu que as mulheres das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste têm um risco maior de adoecer e morrer por complicações da gravidez, aborto, parto e puerpério do que as das regiões Sul e Sudeste.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2000), entre as causas de morte materna obstétricas direta, o aborto ocupa o quarto lugar. A pesquisa de Laurenti e colaboradores (2002) encontrou entre as mulheres grávidas no momento da morte, 20,8% de gravidez que terminaram em aborto; logo, o aborto foi uma das principais causas diretas de morte materna dessas mulheres. A metodologia usada na referida pesquisa poderá retirar o aborto do lugar tradicionalmente ocupado como quarta causa de morte materna no país e trazê-lo para um lugar mais próximo à realidade.

Conhecer melhor o número de mortes de mulheres por aborto no Brasil seria importante subsídio para as políticas que visam prevenir essa situação. O medo das conseqüências legais que envolvem o aborto faz com que as mulheres, seus familiares e os profissionais de saúde o

registrem como infecção ou hemorragia. Estudo realizado por La Guardia e colaboradores (1990) no Rio de Janeiro estimou que 60% das mortes maternas classificadas como “infecção” estavam associadas com o aborto.

Dados da Organização Panamericana de Saúde (OPS) 1998 referem que as complicações resultantes da gravidez, incluindo o aborto, parto e puerpério são a quarta causa de mortalidade entre jovens de 10 a 19 anos na América Latina. Esses dados confirmam a vulnerabilidade das adolescentes, sobretudo aquelas menores de 15 anos, que têm uma mortalidade materna 2,5 vezes maior que as jovens de vinte anos e mais. Além disso, as adolescentes sofrem mais de hipertensão causada pela gravidez, anemia, infecções de transmissão sexual e desproporção céfalo-pélvica (STEVENSON-SIMON e WHITE, 1991). Evidentemente, este conjunto de problemas resulta de uma série de fatores, incluindo as condições sócio-econômicas e o apoio social, que muitas adolescentes das classes populares não encontram durante a sua vida reprodutiva.

Pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) 2002, em São Paulo e na zona da mata em Pernambuco, refere que 29% das mulheres tinham história de violência física e/ou sexual por parte do companheiro. Porém, entre as mulheres que relatam violência, somente 16% em São Paulo e 11% em Pernambuco buscaram serviços de saúde.

A atenção às mulheres em situação de violência vem aumentando progressivamente nos últimos quatro anos. Em 1999, apenas 17 serviços atendiam mulheres vítimas de estupro; no final de 2002, este número chegou a 82, sendo que o aborto pós-estupro é realizado em 44 serviços (Ministério da Saúde 2003).

A gravidez resultante de violência sexual ainda é difícil de ser contabilizada dentre a gravidez não desejada, pela dificuldade de notificação dos casos. Os abortos realizados nos serviços públicos, nos casos permitidos pelo Código Penal, não constam como “abortos resultantes de estupro” e sim como aborto por razões médicas e legais, sem especificar a causa, ou seja, se é por risco de vida da mulher ou violência sexual.

Os dados de abortos por razões médicas e legais no SUS em 2002 referem que foram realizados 946 abortos; os códigos 004.4, “aborto incompleto sem complicação” e 004.8, “aborto completo ou não especificado sem complicação”, somam 899 abortos, sendo provavelmente estes os abortos resultantes de estupro e do risco de vida da mulher (SIH/SUS, 2002). Urge introduzir na Classificação Internacional de Doenças (CID), um código específico para os abortos por violência sexual, para que se possa ter dados reais da situação e dos avanços alcançados com as Políticas Públicas de Prevenção e Tratamento às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual.

CONCLUSÃO

A gravidez não desejada é uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e adolescentes e traz conseqüências não só para elas, mas para a família, o trabalho e os serviços de saúde, que poderiam usar os leitos de ginecologia e obstetrícia ocupados por complicações do aborto, para a atenção ao parto e outras intercorrências da vida reprodutiva das mulheres.

A gravidez não desejada e suas principais conseqüências, a morbidade e a mortalidade – são mais comuns entre as mulheres pobres e as mulheres negras, já que estas se encontram nos extratos mais pobres da população, configurando um quadro não só de violação dos direitos reprodutivos mas sobretudo uma discriminação de classe e de raça/etnia. A morte materna no município de São Paulo, por exemplo, acontece na sua grande maioria entre as mulheres que ganham até dois salários mínimos e que vivem nas regiões mais pobres, como a zona leste e zona sul da cidade (ARAÚJO, 1998).

Essa análise não pretende minimizar os agravos psicológicos e emocionais que as mulheres que podem pagar por um aborto em condições técnicas “seguras” sofrem; a clandestinidade cria um ambiente ameaçador, de violência psicológica e de culpabilidade que leva muitas mulheres a apresentarem sintomas de depressão, ansiedade, insônia e arrependimento da escolha realizada.

O problema da gravidez não desejada deve ser enfrentado a partir

de políticas públicas que reconheçam os direitos humanos reprodutivos das mulheres, que incluam os homens nessas políticas e criem, nos municípios brasileiros lócus das ações de saúde, a cultura de implementar ações de educação sexual e de atenção à anticoncepção. A gravidez não desejada não é um problema que pertence somente às mulheres. A sociedade não pode mais fechar os olhos aos agravos à saúde reprodutiva das mulheres e adolescentes decorrentes da gravidez não desejada, quando o exercício da maternidade pressupõe liberdade de escolha e condições sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, M.J.O. “Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do município de São Paulo”. Apresentado no Seminário Women’s and Health – Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector, 28/9/1998, Túnis (Tunísia).
- BEMFAM – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS, Rio de Janeiro, 1996.
- BRASIL – Ministério da Saúde, Banco de Dados. Disponível em www.datasus.gov.br – acesso em 9/2003.
- BRASIL – Ministério da Saúde/Datasus, 2000.
- BRASIL – Ministério da Saúde. “Atenção às mulheres em situação de violência”. Relatório da Área Técnica de Saúde da Mulher do período 1998 a 2002.
- BRASIL – Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher – Política Nacional para a Atenção Integral à Saúde da Mulher do período 2004 a 2007, Brasília, 2003 (mimeo).
- Fundo de População das Nações Unidas/IBGE. “Relatório sobre a Situação da População Mundial, 2002”.
- GÓMEZ, A. “Reforma de la salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil”. *Revista Mujer y Salud*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2/2002. Santiago.
- HARDY, E. y COSTA, G. “Abortion experience among female employees of a Brazilian university”. Informe final ao Population Council, Campinas, Brasil, Cemicamp (s.d.).
- LANGER, A.; ESPINOZA, H. “Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe”. Trabalho apresentado na reunião Nuevos desafios de la responsabilidad política. Buenos Aires, Argentina, 2001.
- LAURENTI, R. et al. *Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna*. Universidade de São Paulo – FSP, Ministério da Saúde e Organização Panamericana da Saúde, São Paulo, 2002.
- LOPES, R.C. et al. “Avaliação do estado emocional em mulheres que foram submetidas a atendimento obstétrico devido a quadro de aborto”. 15º Congresso Baiano de Ginecologia e Obstetrícia. *Programa Oficial e Anais*, Salvador, 2003.

- OPS – Organização Panamericana de la Salud. “Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas”. 1998-2001.
- SORRENTINO, S.R.; LEBRÃO, M.L. “Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, 1995”. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.1, n. 3, p. 256-267, dez, 1998.
- STEVENS-SIMON, C.; WHITE, M. “Adolescent Pregnancy”, *Pediatr. Ann.*, 20, 1991.
- TANAKA, A.C.A. “Mortalidade materna”. In: *Dossiês: Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos*. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, São Paulo, 2001.
- VILLAQUIRÁN, E.C. “La salud desde el cuerpo físico y social de las mujeres”. In: *Revista Mujer Salud*, Red del Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, n. 1/2003. Santiago do Chile.

Impactos da gravidez indesejada na saúde das mulheres: revisitando velhas idéias¹

MARIA JOSÉ F. ROSADO NUNES

Coordenadora da ONG Católicas pelo Direito de Decidir

INTRODUÇÃO

Ao pensar no que poderia trazer como reflexão para esta reunião, decidi inverter o título que foi proposto para esta mesa. Em lugar de falar dos impactos da gravidez indesejada na saúde das mulheres, pensei que poderia abordar essa temática de um outro ângulo. Pensar nos impactos da afirmação da reprodução humana como escolha, como resultado de decisão, tão livre quanto possível, sobre a vida de mulheres e de homens. Essa talvez seja uma outra maneira de se falar de direitos, de direitos sexuais e de direitos reprodutivos. Talvez seja uma forma de cruzarmos o campo político da cidadania, com o campo da ética, da moral, falando de escolhas e de decisões. Talvez tenhamos aí, elementos para enfrentarmos de maneira adequada as forças fundamentalistas que hoje parecem querer minar as bases de uma sociedade justa, pluralista e democrática.

Três considerações constituem o texto: a primeira trata do sentido humano do ato de gerar; a segunda considera a necessidade do reconhecimento do agenciamento moral pleno das mulheres e a terceira propõe a compreensão do aborto nesse mesmo quadro. Finalizo considerando a necessidade de legislações e de políticas públicas que permitam a efetivação do exercício da sexualidade e das funções reprodutivas, em um quadro de respeito aos direitos de cidadania.

¹ Este texto foi inspirado pela re-leitura de Beverly Harrison, no clássico: *Our Right to Choose, Toward a New Ethic of Abortion*, Boston, Beacon Press, 1983. Agradeço à Jandira Feghali os comentários interessantes e pertinentes, especialmente em relação à proposta de se voltar a “velhas idéias”.

ATRIBUIR AO ATO DE GERAR, SEU SENTIDO HUMANO PLENO

Começo com uma história. Há anos atrás, um casal brasileiro vivendo na Europa, viu-se diante da situação de uma gravidez não planejada. Os médicos constataram problemas sérios que poderiam levar à morte da criança, poucos anos após seu nascimento. Por estarem em um país onde o aborto era legal, foi possível a esse casal decidir sobre a manutenção ou não dessa gravidez. Puderam assumir de maneira que só seres humanos são capazes de fazer – com responsabilidade, pensamento (racionalidade) e emoção – aquilo que seria, sem esses elementos, um ato estritamente referido à determinação biológica.

Trazer à vida um novo ser deve ser um ato plenamente humano, isto é, pensado, refletido. Uma criança deve ser desejada e recebida para a vida. Quando falamos em “escolha procriativa”, em “maternidade e paternidade responsáveis”, estamos nos referindo à possibilidade que têm mulheres e homens de escolher quando e quantos filhos desejam ter, ou se não querem tê-los. Diferentemente dos animais, os seres humanos podem controlar sua capacidade reprodutiva, e só ter filhas e filhos desejados e amados. É por isso que uma gravidez não planejada, inesperada, ou indesejada, pode, ou não, tornar-se objeto de uma acolhida.

As características específicas do poder reprodutivo humano associam-no portanto, à anticoncepção e à interrupção voluntária da gravidez, ao aborto. Esses termos têm sido conotados, historicamente, de forma negativa. Parecem indicar a negação do desejo de conceber novas vidas humanas. Mas podemos entendê-los, ao contrário, como referidos à afirmação do valor da vida humana, do respeito a ela, de tal forma que a continuidade de uma gravidez não signifique um ato apenas biológico, de aceitação de uma contingência, mas a gestação amorosa de uma nova pessoa. Lembro-me do Caetano Veloso, cantando de forma comovente, a mulher grávida cuja barriga ele contempla. A gravidez humana é uma experiência *sui generis*. Trata-se de um processo longo, complexo, ao fim do qual, uma vida humana é produzida. Envolve relações sociais; opera no coração da vida social tanto quanto nos corpos individuais das mulheres. Supõe reciprocidade, recriação de

desejos e não apenas a satisfação de necessidades. “É o humano, não a natureza o que humaniza.” (LADRIÈRE)

Uma sociedade que não oferece a mulheres e homens, condições para o exercício desse ato de trazer ao mundo um novo ser, de forma plenamente humana, é uma sociedade moral e eticamente questionável. Podemos dizer que nenhuma sociedade é moralmente adequada se não se organiza para propiciar a existência e a expansão das possibilidades da escolha procriativa. Enquanto essa escolha não se tornar um valor moral básico na sociedade, mulheres e homens não poderão agir como seres plenamente humanos. Não serão agentes morais.

COMPREENDER AS MULHERES COMO AGENTES MORAIS DE PLENO DIREITO

Embora, como dissemos antes, a geração de um novo ser humano diga sempre respeito a mulheres e homens implicados nesse processo, podemos, validamente de um ponto de vista ético, atribuir às mulheres um maior poder de decisão sobre as escolhas a serem feitas nesse campo. Algumas razões nos levam a essa afirmação.

Uma delas diz respeito às condições reais em que a reprodução humana se dá. As considerações sobre as escolhas a serem feitas no campo da procriação só serão realmente morais, se tomarem em conta a realidade concreta cotidiana em que se dá o exercício dessa capacidade humana. Nas circunstâncias atuais, se olharmos, por exemplo, em nosso país, os dados da última PNUD sobre chefia e sustento das famílias, especialmente as de baixa renda, são, em grande parte, as mulheres as responsáveis pelo apoio econômico, afetivo, físico e emocional, necessário à sobrevivência, crescimento e desenvolvimento das crianças. Mesmo em países desenvolvidos, o fato de serem os corpos das mulheres os veículos mediadores da emergência de um novo ser humano, torna-as socialmente responsáveis por seu cuidado. Some-se a isso, o fato de que é, em grande parte dos casos, em situações de extrema pobreza, de carências por vezes desesperadoras que as mulheres exercem a maternidade ou se recusam a fazê-lo. Nessas condições, a elas deve ser atribuída a decisão sobre a manutenção ou não de uma gravidez não planejada, uma vez que são elas que sofrem, em primeiro lugar, suas conseqüências.

Fundamentalmente porém, devemos considerar que seria não só extremamente injusto, mas também desumano e mesmo imoral, exigir das mulheres que elas se façam mães, simplesmente porque são dotadas da possibilidade biológica de gestar. A maternidade é plenamente humana quando resulta de uma escolha ética e não de uma imposição genética. O reconhecimento da humanidade das mulheres significa atribuir-lhes o controle sobre sua capacidade biológica de gerar um novo ser. Assim, moral, em uma sociedade, é estender a todas as mulheres o bem que significa a possibilidade de interferir no próprio poder criativo, e não deixá-las sujeitas ao capricho de um acidente biológico. Moral, em uma sociedade é reconhecer as mulheres como agentes morais de pleno direito, com capacidade de escolher eticamente, segundo critérios socialmente aceitáveis como justos. Imoral é que outros decidam sobre o que as mulheres podem ou não fazer de seus corpos, de sua capacidade reprodutiva.

Em livro recente, Umberto Eco, ao afirmar a possibilidade de uma ética laica, não referida a uma transcendência religiosa, liberta da religião, se quisermos falar assim, propõe como noção universal, comum a toda a espécie humana, o respeito aos direitos da corporeidade. Há muito as mulheres propõem o respeito ao corpo como um ponto essencial à qualquer princípio ético no tratamento das pessoas. A idéia de “direito à propriedade do próprio corpo” ou de “respeito à integridade corporal”, princípio básico do feminismo, “não é uma simples derivação da noção ocidental de propriedade privada. Reflete antes, a experiência das mulheres, que necessitam manter controle sobre as condições da atividade reprodutiva a fim de conduzi-la bem. O último documento proposto pelas feministas brasileiras – a Plataforma Feminista – afirma: “Como feministas, lutamos por liberdade sexual, tendo na palavra de ordem “nossos corpos nos pertencem” o símbolo da luta feminista pelo direito de decidir sobre o próprio corpo. Para os movimentos brasileiros de mulheres, esta consigna foi um convite às mulheres para se reapropriarem de seus corpos, tomando para si as decisões sobre a sua sexualidade e o exercício dos direitos reprodutivos.” (n. 252)

COMPREENDER A INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ COMO UM ATO PLENAMENTE HUMANO E ÉTICO

Como lembrei antes, apesar da proposição de que a reprodução e o exercício da sexualidade deveriam ser sempre atos planejados e desejados, a realidade é bem diferente disso. As mulheres continuam, e continuarão ainda por muito tempo, a engravidar sem o desejarem; a terem gravidezes fruto de violência, por causa dos estupros sofridos na rua, ou em suas próprias casas. Por isso, as mulheres vêem-se diante da necessidade da tomada de uma decisão extremamente difícil e conflitiva: optar, ou não, pela interrupção da gravidez. Para muitas mulheres, valores e crenças religiosas contrapõem-se à possibilidade de optar pelo aborto. Instala-se assim, uma situação de tensão entre esses valores e a solução representada pelo recurso ao aborto. Mesmo porém, uma mulher que esteja segura de sua necessidade de não levar adiante a gravidez, e da validade moral de sua decisão por um aborto, enfrenta o peso do tratamento social dessa sua decisão. Estigma social, vergonha e medo são associados às práticas abortivas. Há uma associação implícita entre contracepção e comportamento responsável; interrupção da gravidez e comportamento irresponsável. Além do peso de serem, grande parte dos abortos, praticados na ilegalidade e na clandestinidade. Torna-se assim difícil para as mulheres partilharem suas experiências nesse campo. E é no silêncio e no isolamento que as vivem. Ainda que, em certas circunstâncias, o aborto apresente-se para elas como a solução de um problema – uma gravidez impossível de ser levada a termo – devem falar dele como algo trágico e lamentável.

A compreensão da reprodução humana como resultado de um ato de escolha, mesmo considerando-se as circunstâncias reais que limitam essas escolhas, permite pensar a decisão por um aborto, nesse mesmo quadro, como uma decisão tão moralmente aceitável como aquela de manter a gravidez. A interrupção voluntária de uma gravidez, inaceitável, como negativa de humanização, pode ser ética e socialmente justificável “se aparece como recusa de provocar uma desumanização ou de criar uma situação desumana.” (LADRIÈRE)

CONCLUSÃO

Quis levantar, nesta exposição, a necessidade de mudanças que permitam pensar a função reprodutiva em sua totalidade – aí incluídas a concepção, a anticoncepção e o aborto – como plenamente humana, envolvendo decisões e escolhas. Nesse sentido, chamei a atenção para a necessidade de se tratar as mulheres como agentes morais capazes de tais decisões.

Essas idéias me parecem pressupostos para a firmação, no campo da política, dos direitos relativos à sexualidade e à reprodução, como direitos de cidadania e como direitos humanos. Repito: o caráter eminentemente humano da procriação, referida, ao mesmo tempo, ao campo das decisões individuais e às possibilidades sociais de sua realização, está em relação direta com a política e com as questões relativas ao estabelecimento de uma sociedade justa. É nessa mesma perspectiva que deve ser considerada a interrupção voluntária da gravidez. Não como um ato de uma vontade isolada.

É dever do Estado propiciar às e aos cidadãos, condições para o exercício ético das decisões relativas à procriação. Isso implica na universalização da educação sexual na rede de ensino público e privado e na universalização do acesso à anticoncepção e ao aborto seguro, realizado em condições dignas, tanto quanto à universalização do acesso a serviços públicos que permitam levar a termo uma gravidez desejada e assumida. Implica portanto, em decisões concernentes às políticas públicas a serem implementadas nessa área e, mais amplamente, ao modelo de sociedade que se deseja.

Finalmente, é necessária uma consideração a respeito das forças sociais e políticas que atuam hoje, no sentido contrário ao do favorecimento da realização desses direitos. Podemos reconhecer, por um lado, os impasses causados por políticas econômicas internacionais e nacionais voltadas para o estabelecimento de padrões de desenvolvimento excludentes. E, por outro lado, o recrudescimento de grupos religiosos fundamentalistas contrários ao pluralismo e à expansão dos direitos civis. Detenho-me nestes últimos. As religiões, apesar do processo secularizador provocado pela Modernidade, continuam exercendo uma

profunda influência nos comportamentos individuais e orientando as mentalidades. No melhor dos casos, as religiões podem capturar a imaginação e inspirar suas e seus fiéis para trabalhar a favor da justiça social, como aconteceu no Brasil, nos anos 60 a 80. No pior dos casos, interpretações radicais de ensinamentos e doutrinas religiosas promovem o temor e alimentam a intolerância. Também em nosso país, essas pressões fundamentalistas de caráter religioso se fazem sentir. Não por acaso, a Plataforma Feminista, referida antes, destaca: “(...) o crescimento dos fundamentalismos religiosos nas esferas nacional e internacional reintroduz, com mais força, a repressão homossexual, a homofobia, o obscurantismo, a violência, a intolerância como parte de uma ordem social patriarcal que se apresenta de diferentes maneiras, segundo a tradição de cada religião. No Brasil e em vários outros países da América Latina e Caribe, a ilegalidade e criminalização da prática do aborto são a ilustração mais radical da influência que os fundamentalismos religiosos têm sobre os padrões culturais e as regras sociais que vigoram nas sociedades”. (n. 251)

Para legisladoras/es, responsáveis pelo direcionamento político do país, bem como para as forças organizadas da sociedade civil, constitui-se em um dever urgente, em um imperativo ético, eu diria, detectar e se contrapor às formas múltiplas pelas quais a agenda religiosa vem se articulando aos discursos laicos para impedir transformações no que diz respeito aos direitos de cidadania das mulheres e à afirmação, mais amplamente, de uma sociedade plural, diversa e justa para com todos os seus cidadãos e cidadãs, respeitando suas decisões, especialmente no campo da sexualidade e de sua capacidade reprodutiva.

Uma das características dos fundamentalismos religiosos é exatamente a tendência a agir politicamente para conformar as leis de um país à doutrina religiosa, particularmente em áreas que afetam o livre exercício da sexualidade, conseqüentemente, da reprodução. Por esse motivo, a legislação tornou-se um campo de batalha crucial nesse contexto. Uma visão partilhada pelos vários fundamentalismos hoje existentes é a da restrição da atuação das mulheres na esfera pública, pela constante reiteração da atribuição às mulheres dos papéis de esposas e

de mães. E a concepção unívoca da família, no singular. Nesse sentido, é exatamente o paradigma da “escolha” que se vê ameaçado, caracterizado como egoísta, imoral e destruidor dos valores morais da sociedade.

Por isso, é apropriada e correta a Plataforma Feminista brasileira, ao apontar como um desafio atual: “garantir a laicidade do Estado constante da Constituição, respeitando todas as formas de manifestação religiosa e não permitindo que elas interfiram na liberdade sexual e no exercício dos direitos reprodutivos por meio da ingerência sobre as políticas públicas.” (n. 253)

Tais são algumas das urgentes e desafiadoras tarefas que se colocam hoje ao exercício da responsabilidade política, tema deste Fórum.

ELZA BERQUÓ

Demógrafa; presidente da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD); coordenadora do Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Nepo-Unicamp; membro da Comissão de Cidadania e Reprodução

Começo por assinalar a importância deste evento dentro do Fórum da Sociedade Civil nas Américas e registrar com satisfação a presença de dois de seus membros Jose Barzelatto e Silvana Ramos.

A Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) achou que era o momento e era de sua responsabilidade levantar informações atualizadas a respeito da posição da sociedade brasileira sobre aborto, tendo em vista toda a discussão que ocorre no Congresso Nacional sobre este tema. Dentro desta perspectiva, a CCR encomendou ao Ibope uma pesquisa, contando para tanto, com o apoio da *International Women Health Coalition*.

Na qualidade de membro da CCR, apresentarei aqui os resultados preliminares da pesquisa, realizada pelo Ibope, sob nossa orientação, em junho de 2003. Foram feitas 2000 entrevistas, em 145 municípios, com pessoas de 16 anos ou mais de idade. A amostra utilizada foi de tipo probabilístico em 3 estágios: o primeiro refere-se à seleção de municípios, o segundo à seleção de setores censitários dentro dos municípios selecionados e o terceiro, à seleção de pessoas dentro dos setores censitários selecionados. As variáveis consideradas na pesquisa são sexo, idade, grau de instrução, renda familiar em salários mínimos, condição do domicílio (capital, periferia e interior) e porte do município (em números de habitantes). Além dessas variáveis, que fazem parte do elenco do próprio Ibope, inserimos a variável religião e também se o entrevistado ou entrevistada tinha filhos ou não.

No que se refere à questão do aborto propriamente dito, e partindo do fato de que existem propostas no país para mudar a atual legislação, fizemos três perguntas, a saber:

- 1ª – Tem acompanhado o debate sobre a questão do aborto no país?
- 2ª – No Brasil o aborto só é permitido em dois casos: gravidez resultante de estupro e para salvar a vida da mulher. Na sua opinião, a

Lei deveria ampliar a permissão para o aborto?, deveria continuar como está?, deveria proibir o aborto em qualquer caso?, ou não tem opinião formada sobre essa questão?

3ª – Para quem respondeu que a legislação deveria ser ampliada, elencamos várias situações e perguntamos para qual delas a permissão para o aborto deveria ser aceita também. Nesta pergunta as respostas não são excludentes, ou seja, as pessoas poderiam responder mais de uma opção. As opções foram: quando a gravidez põe em risco a saúde da mulher; quando o feto tem uma má formação e não tem chances de viver; quando a mulher é abandonada pelo parceiro; quando a mulher não tem condições financeiras para criar bem a criança; quando a mulher não tem condições psicológicas e físicas para seguir com a gravidez; e por fim, em qualquer situação que a mulher solicite.

O primeiro resultado, sobre quem acompanha o debate, revelou que 41% da população pesquisada vem acompanhando o debate sobre a questão do aborto no Brasil; 1% não sabia ou não tinha opinião a esse respeito; e 58% disseram que não. Considero um dado animador saber que no país 41% da população diz que vem acompanhando este debate.

Ainda com relação a esta questão, quando fazemos um recorte de gênero, vemos que as mulheres apresentam a proporção de SIM de forma estatisticamente maior do que os homens, ou seja, das que disseram SIM, 45% são mulheres e 38% homens. Além disso, as pessoas mais escolarizadas são as que mais acompanham o debate sobre esta questão. 48% são escolarizados enquanto 35% são analfabetos funcionais. As pessoas com maior rendimento familiar também acompanham mais este debate, 51% versus 34% para pessoas com até um salário mínimo. Todas as demais variáveis não apresentaram nenhuma diferença estatística com relação à proporção que vem acompanhando o debate no Brasil.

Vale ressaltar que a religião não apareceu como um indicador importante para o acompanhamento do debate sobre aborto no Brasil. As variáveis que se destacaram, repito, foram sexo, escolaridade e renda.

O resultado quanto à segunda pergunta, isto é, a respeito da opinião sobre a Lei do aborto mostrou que no total da amostra, 9.7%

acham que a lei deveria ser ampliada para cobrir outras situações, 52,9% acham que deveria continuar como está, ou seja, 63% da população deste país, acha que não se deve retroceder. E é esse o ponto que nos interessa aqui: 63% da população brasileira acha que não se deve retroceder e apenas 33,7% acha que se deveria proibir em qualquer caso.

Quando analisamos estas percentagens para o grupo dos que vêm acompanhando o debate (tabela 1), temos 69,2% que acham que não deve haver retrocesso. Significa dizer que praticamente 7 em cada 10 pessoas nesse país acham que não se deve retroceder. E mesmo quando analisamos os dados entre os que não vêm acompanhando o debate, temos 58%, que não querem um retrocesso aos direitos já adquiridos. Ou seja, praticamente 6 em cada 10 pessoas.

TABELA 1
OPINIÃO SOBRE A LEI DO ABORTO

Opinião sobre a lei do aborto	Total	Tem acompanhado o debate	
		Sim	Não
Deveria Ampliar a permissão do aborto	9,7	10,6	9,2
Deveria Continuar como está	52,9	58,6	48,8
Deveria Proibir o aborto em qualquer caso	33,7	29,5	36,9
Não sabe, não tem opinião formada	3,7	1,3	5,1
Total	100,0	100,0	100,0

Buscando eventuais diferenciais estatísticos, através de uma análise univariada, segundo o elenco de variáveis já mencionadas, observa-se, em primeiro lugar, que o sexo não apresentou nenhuma diferença estatística quanto a esta questão (gráfico 1). Com relação à idade, foram as pessoas mais velhas (com 60 anos ou mais de idade) as que se mostraram mais conservadoras quanto a proibir o aborto em qualquer caso. De fato, 46,1% enquadraram-se nesta categoria, enquanto que para as faixas mais jovens estes percentuais não diferenciam entre si, variando de 32,2% a 34,7% (gráfico 2).

GRÁFICO 1
DIFERENCIAIS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DA OPINIÃO SOBRE A LEI DO ABORTO

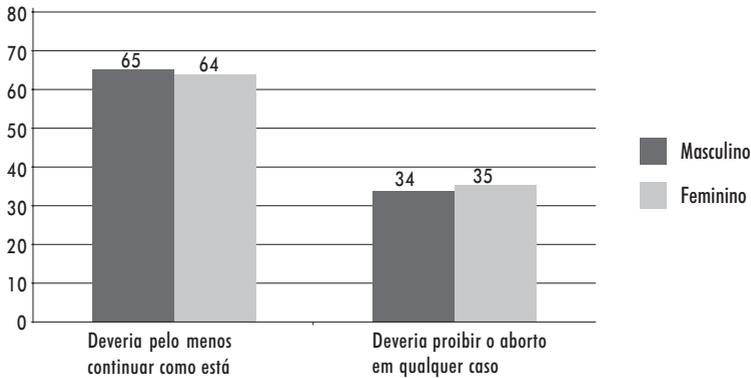
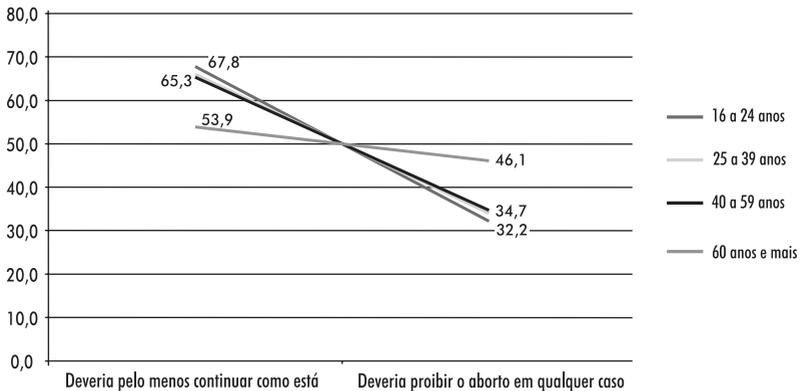
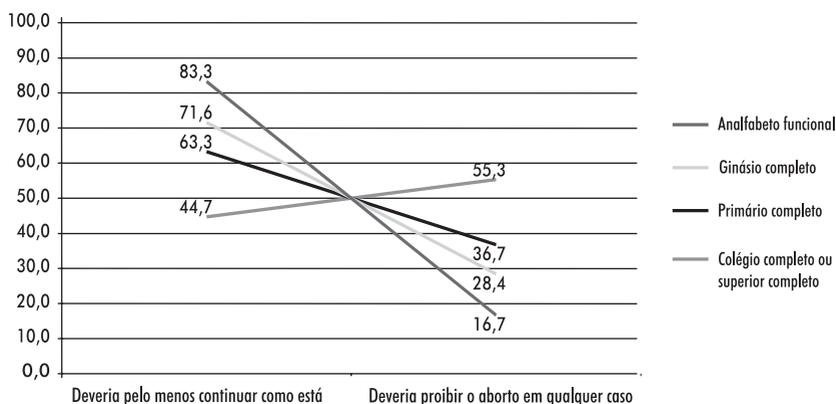


GRÁFICO 2
DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO SOBRE A LEI DO ABORTO SEGUNDO IDADE



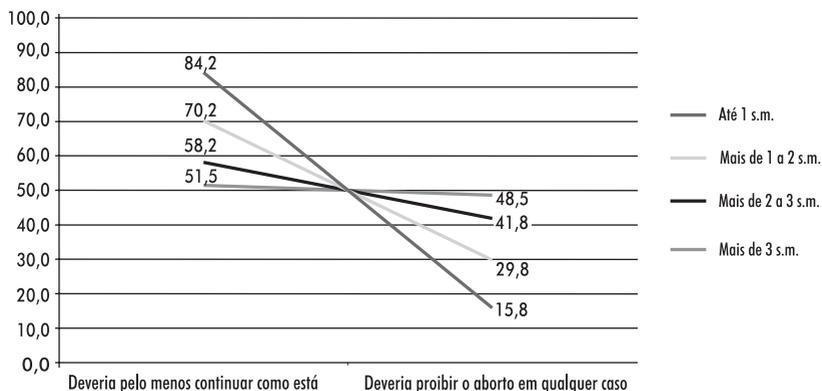
Quanto à escolaridade temos um verdadeiro gradiente, ou seja, para quatro níveis de escolaridade, todos diferem entre si, marcando um diferencial importante entre o analfabeto funcional e o superior completo. Entre os analfabetos funcionais, 55% acham que o aborto deveria ser proibido em qualquer caso. No maior nível de escolaridade esse índice cai para 16% (gráfico 3).

GRÁFICO 3
DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO SOBRE A LEI DO ABORTO SEGUNDO ESCOLARIDADE



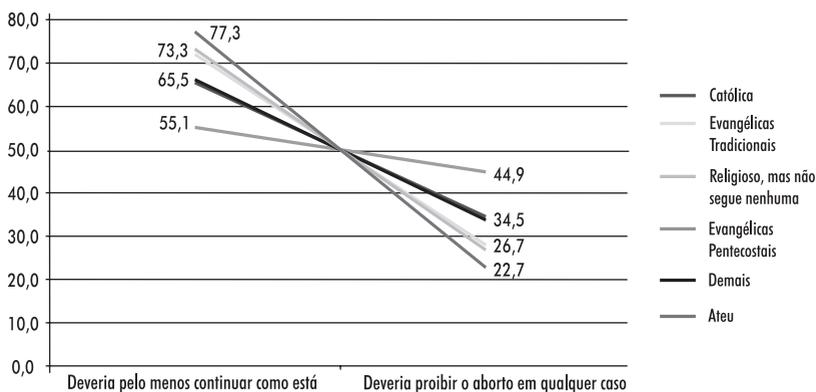
Analisando também os resultados por rendimento, verifica-se que há um gradiente. Quanto maior o rendimento mensal familiar, menor a proporção que acha que se deve proibir, ou seja, quanto maior o rendimento, mais “não ao retrocesso” (gráfico 4).

GRÁFICO 4
DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO SOBRE A LEI DO ABORTO SEGUNDO RENDIMENTO



Em relação à religião, os testes estatísticos indicam que os mais conservadores são os Evangélicos Pentecostais, onde praticamente 45% acham que se deve proibir o aborto em qualquer caso. Com relação às demais religiões, elas não diferem entre si, mas apresentam 34,5% de pessoas que acham que o aborto deve ser proibido em qualquer caso (gráfico 5).

GRÁFICO 5
DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO SOBRE A LEI DO ABORTO SEGUNDO RELIGIÃO



Uma análise mais detalhada mostra que é no interior do país onde se encontra a maior reação a uma liberação, ou seja, 41% dos entrevistados morando fora de capitais crêem que o aborto deve ser proibido em qualquer caso, capital e periferia, por outro lado, não diferem entre si com percentuais de 27,6% e 22,7%, respectivamente (gráfico 6). O porte dos municípios, quanto ao volume populacional, é um marcador importante no sentido de dizer não ao retrocesso (gráfico 7).

GRÁFICO 6
DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO SOBRE A LEI DO ABORTO SEGUNDO CONDIÇÃO DO MUNICÍPIO

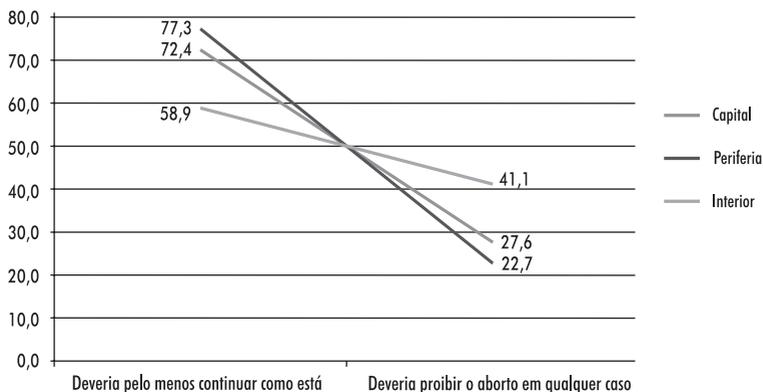
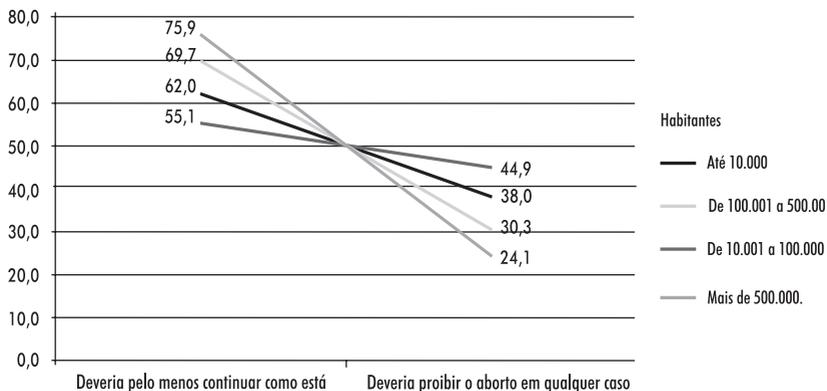
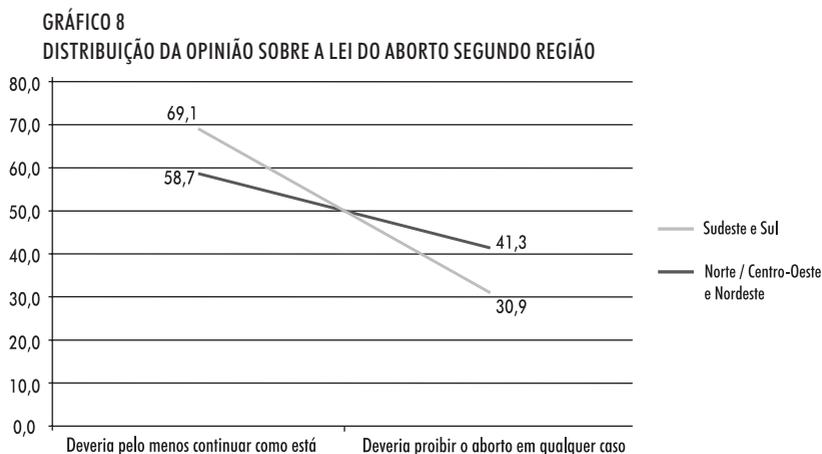


GRÁFICO 7
DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO SOBRE A LEI DO ABORTO PORTE DO MUNICÍPIO



Prosseguindo nessa análise univariada, por regiões do país, os resultados mostram que não há diferenças entre norte, nordeste e centro-oeste. O mesmo sucede comparando sul e sudeste. No entanto, comparando o conjunto que agrega norte, nordeste e centro-oeste com

aquele referente a sul e sudeste, verifica-se que o primeiro conjunto é mais conservador, pois 41,3% apóiam a posição de proibir o aborto em qualquer caso, enquanto que é de 30% o índice de apoio a tal proposição, no sul-sudeste (gráfico 8). O fato de ter filho ou não, não influenciou significativamente a opinião sobre o aborto.



Passando a uma análise multivariada, isto é, considerando simultaneamente todas as variáveis até aqui estudadas de forma isolada, adotamos o modelo estatístico CHAID, o qual busca aquela variável que tem maior poder explicativo com relação ao fenômeno em estudo.

Dentre os preditores de “não ao retrocesso sobre a lei do aborto (NR)” ou de seu complemento “proibir o aborto em qualquer caso (P)”, a escolaridade se destacou como a variável mais importante, como mostra o quadro 1. Os cinco grupos apresentados diferem estatisticamente quanto ao NR. Para as pessoas com o menor nível de escolaridade, 55,3% são pela proibição do aborto em qualquer caso, enquanto que esta posição é assumida por apenas 9,2% das pessoas com curso superior (incompleto ou completo), ou seja, no mais alto nível de escolaridade, 90,8% das pessoas disseram não ao retrocesso.

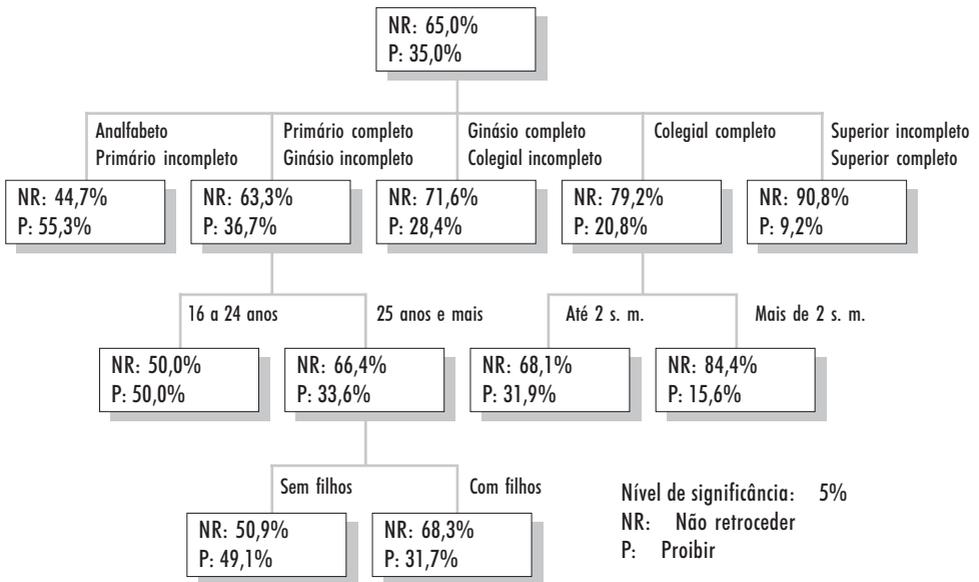
Destacado o preditor mais importante, o modelo busca, em seguida, para cada uma das cinco categorias de escolaridade, a segunda variável com maior poder explicativo frente à lei do aborto.

Em relação aos analfabetos funcionais, nenhuma variável foi capaz de qualificar ou distinguir esse grupo. Da mesma forma para o curso superior. Para pessoas com primário completo e ginásio incompleto, o segundo preditor importante foi a idade das pessoas. Ela aparece para apresentar um diferencial e aponta que as pessoas de 25 ou mais de idade são mais abertas ao não retrocesso do que as mais jovens. Ainda para pessoas de 25 anos ou mais, faz diferença ter ou não ter filhos. Para aquelas pessoas que já têm filhos é mais alta a proporção de favoráveis ao não retrocesso, 68,3%, contra os 50,9% para aquelas que não têm filhos.

Dentre as pessoas com colegial completo, o rendimento mensal familiar foi o segundo preditor mais importante, ou seja, quanto maior o rendimento mais não ao retrocesso.

Nas buscas consecutivas o modelo não conseguiu detectar mais nenhum preditor. Chama a atenção que a filiação religiosa das pessoas não apareceu como preditor na análise multivariada.

QUADRO 1
MODELO ESTATÍSTICO CHAID PARA PREDITORES DA OPINIÃO
SOBRE A LEI DO ABORTO



Finalmente analisamos os resultados da terceira pergunta feita na pesquisa àquelas pessoas que acharam que a permissão para a realização do aborto deveria ser ampliada. As circunstâncias (não excludentes) nas quais essa ampliação deveria ser feita encontra-se na tabela 2. Destaca-se com 62% das respostas, quando o feto tem uma malformação e não tem chances de sobreviver, ou seja, referem-se ao aborto terapêutico, seguida de gravidez de risco para a saúde da mulher, com 53% de respostas.

TABELA 2
CIRCUNSTÂNCIAS NAS QUAIS A PERMISSÃO PARA A REALIZAÇÃO
DO ABORTO DEVERIA SER AMPLIADA

Circunstâncias	% de pessoas favoráveis (*)
Quando o feto tem uma malformação e não tem chances de viver	62%
Quando a gravidez põe em risco saúde da mulher	53%
Quando a mulher não tem condições financeiras para criar bem a criança	37%
Quando a mulher não tem condições psicológicas ou físicas para seguir com a gravidez	31%
Em qualquer situação que a mulher solicite	15%
Quando a mulher é abandonada pelo parceiro	12%
Total de entrevistados favoráveis à ampliação da lei	165

(*) respostas múltiplas

Concluindo, poderíamos dizer que os resultados dessa pesquisa são reveladores de uma posição positiva da maior parte da população por uma legislação menos restritiva sobre a prática do aborto no país. Dado que são os mais escolarizados e possuidores de melhores rendimentos, os que mais vêm acompanhando o debate sobre o tema, e que a escolaridade mostrou-se o melhor preditor da opinião individual sobre o não retrocesso da atual legislação, pode-se concluir que estivesse a população excluída sócio-economicamente mais exposta à informação e debates neste campo, poderia suavizar ou reverter sua posição.

O banco de dados aqui exposto encontra-se no site da CCR – www.ccr.org.br

Encerramento



LEILA LINHARES BARSTED
JANDIRA FEGHALI
EMÍLIA FERNANDES
BENEDITA DA SILVA
GUACIRA CÉSAR
JACQUELINE PITANGUY

LEILA LINHARES BARSTED

Diretora da Cepia

Chegamos ao fim de três dias de trabalhos que foram extremamente ricos e importantes para todos nós e que nos incentivam a manter este diálogo com todas as pessoas que compartilharam conosco suas preocupações e interesses nesse processo. É bastante difícil resumir toda a riqueza dos debates que se seguiram às exposições durante este seminário. Por isso, pontuarei algumas questões das exposições e dos debates que, na minha percepção, pareceram mais significativos e peço, portanto, desculpas se outras questões ficaram de fora.

A primeira mesa tratou do impacto da violência sobre a saúde da mulher. A primeira apresentação feita pela Dra. Rita Andréa, destacou a magnitude da violência contra a mulher, a insuficiência de equipamentos sociais para a atenção à mulher vítima de violência e apontou para a importância do trabalho que vem sendo desenvolvido pela Secretaria Nacional de Segurança Pública (Senasp). A Dra. Rita ressaltou, também, a criação do Sistema Único de Segurança Pública, voltado para potencializar as ações governamentais na área da segurança, através de ações conjuntas dos governos estaduais, municipais e federal. Considera que o sistema único de segurança pública será um elemento estratégico e fundamental para que as ações do governo federal possam ser indutoras da melhoria das políticas estaduais e municipais de segurança pública.

O Dr. Jeferson Drezett, médico e Coordenador do Núcleo Interdisciplinar de Atenção a Violência Sexual do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, segundo palestrante dessa mesa, chamou atenção para o impacto da violência de gênero, em especial o impacto da violência sexual sobre a saúde da mulher e para o fato de que essa violência vem sendo, crescentemente, remetida à área da saúde, o que coloca a necessidade de repensar e de fortalecer a responsabilidade dos profissionais que nela atuam. Assinalou o fato de que as vítimas de violência sexual são alvo de seqüelas físicas e psicológicas e que dessa violência resultam não apenas traumatismos genitais e extragenitais, mas também

a gravidez não desejada. Dr. Jefferson ressaltou a importância da Norma Técnica do Ministério da Saúde para atendimento à mulher vítima de violência sexual esclarecendo que o papel do profissional de saúde necessita ser fortalecido através de processos de sensibilização e formação para o manejo clínico e psicológico no atendimento das vítimas.

A deputada federal Iara Bernardi, de São Paulo, com sua experiência legislativa, assinalou a importância de se elaborar uma legislação específica em relação à violência contra a mulher. Demonstrou preocupação com a necessidade de dotação orçamentária para programas voltados ao atendimento da mulher vítima de violência. Também chamou a atenção para a necessidade da transversalidade desse tema nas políticas de grande parte dos Ministérios, considerando que esses órgãos do governo federal devem ser indutores de políticas municipais e estaduais.

No debate dessa mesa sobre violência, algumas questões enriqueceram as propostas dos expositores. Um primeiro ponto chama a atenção para a existência de um atendimento diferenciado e discriminatório em relação às mulheres negras. Houve preocupação também que a transversalidade das questões de gênero nos diversos programas possa fazer desaparecer a especificidade da situação da mulher. Esse questionamento nos remete ao debate que tem sido travado na sociedade sobre políticas universalistas e/ou políticas focadas.

Também foi apontada a necessidade de um aprendizado para atuar na elaboração do orçamento da União de forma a incluir a previsão de dotações para a questão específica da violência contra a mulher. Apointou-se, também, a existência de uma legislação insatisfatória, que é a lei 9.099/95, que acaba por gerar, na prática, a impunidade dos agressores, especialmente nos casos de violência doméstica. Há, portanto, necessidade de revisão legislativa que efetive a Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, aprovada em 1994 pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos e ratificada pelo Brasil em 1995.

A importância de se estimular nos órgãos públicos articulações que permitam potencializar a intersetorialidade e interdisciplinaridade foi um importante ponto assinalado. Destaque foi dado à necessidade de

capacitação e de sensibilização de gestores de políticas públicas, particularmente de profissionais de segurança e saúde, para as questões de gênero e para os impactos da violência sobre a saúde da mulher.

Tendo em vista que esta mesa foi coordenada por uma importante atuante do Ministério Público Federal, Dra. Ella Wiecko, foi destacada a necessidade de atuação mais eficaz desse verdadeiro quarto Poder da República na tutela de interesses coletivos. Considerou-se de grande e fundamental importância o envolvimento do Ministério Público em eventos como esse para uma maior sensibilização da instituição. Também se reforçou a necessidade da garantia da universalização das políticas, através de ações descentralizadas do governo federal. Foi sugerido que a violência contra a mulher fosse tratada no contexto da violência urbana, principalmente da violência que atinge mulheres que vivem em comunidades pobres que estão sendo ameaçadas ou tendo seus filhos e familiares igualmente ameaçados pela ação do narcotráfico, pela pobreza e pela falta de acesso a todos os direitos e bens de cidadania.

A mesa seguinte, sobre HIV/Aids no Brasil, coordenada pela senadora Fátima Cleide, de Rondônia, teve como expositoras a Dra. Wilza Villela, do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e a deputada federal, de São Paulo, Telma de Souza. Essa mesa enfocou a necessidade de atenção para os impactos econômicos e sociais do HIV/Aids e traçou um quadro da epidemia no Brasil, manifestando preocupação com a situação da mulher. Esse quadro aponta o sucesso da política do governo brasileiro na redução da velocidade da epidemia e da mortalidade por Aids e na distribuição gratuita dos medicamentos. No entanto, aponta, também, para outras características importantes como o aumento da epidemia na população negra e a manutenção de um perfil de mulheres pobres como vítimas preferenciais da infecção.

Foi chamada a atenção da importante articulação de uma frente parlamentar que reuniria membros da Câmara dos Deputados e do Senado para elaborar uma legislação que avance na mudança de hábitos conservadores. Em relação a esse ponto, destacou-se que, na realidade,

o Brasil se caracteriza por leis avançadas e hábitos conservadores que tornam a distância entre leis e práticas sociais muito larga em nosso país.

Nos debates que se seguiram houve uma preocupação com a normatização legislativa em relação ao HIV/Aids, tendo em vista que muitos ganhos nessa área foram obtidos através de ações no poder judiciário, com ênfase na perspectiva da universalidade do acesso à saúde, ou seja, tratando os portadores de HIV/Aids como cidadãos que têm direitos a políticas universais para tratamento dos seus agravos.

Alguns pontos foram colocados em relação à saúde reprodutiva de mulheres que vivem com HIV/Aids, em especial em relação ao aborto e à esterilização. Uma legislação que explicito o direito dessas mulheres a se esterilizar ou interromper a gravidez poderia soar como uma indução ou coação. Nesse sentido, foram reforçados o direito de escolha e a liberdade, no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva.

Essas foram, resumidamente, as principais questões abordadas e que colocam o debate no plano da efetivação da cidadania e do respeito aos direitos humanos na sua indivisibilidade.

JANDIRA FEGHALI

Deputada federal (Rio de Janeiro)

Concordo com Leila Linhares que é muito complicado sistematizar idéias; sempre é muito mais pobre do que a riqueza do que foi colocado nas apresentações e debates. Ao invés de resumir os debates da mesa do dia 21, eu quero pontuar algumas questões e levantar a possibilidade de alguns caminhos.

Em primeiro lugar, acho que Maria José Rosado levantou uma intervenção profundamente conceitual. Aliás, nada na vida pode ser feito sem partir da questão ideológica, do plano conceitual, para que possamos determinar o resultado institucional de nossa ação política. Ela revisitou, como ela mesma disse, velhas idéias e eu, sinceramente, acho que essa frase dela é muito importante para nós. No mundo em que nós estamos vivendo, o embate entre o moderno e o antigo está absolutamente distorcido; parece que o moderno é o contemporâneo e melhor e as velhas idéias são as coisas atrasadas, anacrônicas e superadas. Eu acho que podemos incorporar movimentação, mas nós temos que ter clareza sobre nossos princípios.

Maria José Araújo lembra que este movimento não começou agora, ele tem uma história, ele é um processo. Os prêmios que o Brasil recebe hoje de HIV/Aids no mundo, as leis que nós aprovamos no Congresso, uma frente parlamentar mais sensível, uma ação mais avançada na academia ou no próprio movimento social, a existência dos Conselhos, tudo isso é fruto de um movimento de décadas, um processo cultural e político construído. Nós não podemos dizer que tudo começou agora. Isso começou muito antes e nós temos que valorizar nossa história, o nosso processo e a nossa cultura.

Em segundo lugar, acho que o aspecto que ela levanta sobre a questão humana plena e a universalidade se contrapõe exatamente à novidade do mercado e da focalização, que foram os elementos que pautaram as políticas públicas. O mercado se sobrepondo ao Estado e ao público foi o que pautou, durante esta última década, a ação do poder público brasileiro, apesar das resistências dentro e fora dos governos

que se seguiram até aqui. Conceitos antigos e profundamente contemporâneos, como os de solidariedade e universalidade, em oposição ao de focalização das políticas sociais, reafirmam o corte de classe e a opção moral e ética aceitável.

Elza Berquó traz uma análise que mostra com muita clareza a importância do aspecto escolaridade na formação do pensamento político, ideológico e comportamental. Ela enfatiza que na grande massa da população não é a religião que está determinando a visão sobre a questão do direito reprodutivo e sexual e sim a escolaridade e a renda. Daí se depreende o papel da escola e o papel da escola pública e como nós devemos intervir na política educacional.

A pesquisa apresentada por Elza diz que a grande maioria da população não quer o retrocesso, o que é um dado extremamente positivo. Mas saber que dentre essas pessoas que não querem retrocesso apenas 9% defenderiam a ampliação do direito ao aborto é preocupante também. Acho que este aspecto deve determinar uma ação política nossa para que os direitos sexuais e reprodutivos sejam compreendidos em uma perspectiva ampliada.

Em terceiro lugar, acho que o aspecto institucional tem várias influências, tanto no que diz respeito ao Executivo, como ao Legislativo e, até mesmo, ao Judiciário. Muito mais que determinar o comportamento da grande massa da sociedade, temos uma influência enorme no campo institucional. Basta ver que todos os parlamentares que bloquearam o avanço da legislação sobre o aborto estão ligados explicitamente a um tipo de religião. Além da influência da igreja e das religiões no plano institucional, o efeito da comunicação e dos meios de comunicação também influenciam na informação.

O outro aspecto a ser realçado é o da relação entre o acesso ao tratamento e ao planejamento com a plena implantação do Sistema Único de Saúde. Não podemos desligar uma coisa da outra, ou seja, a transversalidade e a competência para darem acesso na atenção à saúde da mulher têm relação direta com a atenção a saúde e se não analisarmos isso, podem parecer ser coisas separadas.

Em diversas localidades a questão de gênero e atenção à saúde da mulher não existem. Além do problema da integração na Rede de Saúde, existe um problema afirmativo, de visibilidade. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) deve ser encarado numa visão afirmativa e com grande peso do ponto de vista epidemiológico.

O outro aspecto realçado por Maria José Araújo diz respeito à subnotificação dos casos de aborto no Brasil, um problema de solução difícil, até pela ilegalidade. No entanto, a ilegalidade não impede que os abortos sejam feitos, tendo como resultado mais mortes, mais seqüelas e mais gastos inadequados. Se o Estado Brasileiro gasta mais fazendo histerectomia e curetagem após o aborto mal feito que o gasto em parto normal, de fato a nossa realidade está invertida. Estamos gastando na conseqüência, na seqüela e até na morte e não gastando para fazer aquilo que é absolutamente fisiológico e tranqüilo que é um parto normal.

Por fim, gostaria de afirmar algumas expectativas. Acho que nós deveríamos traçar uma estratégia conjunta de como agir no Congresso Nacional em relação ao aborto, desde que não percamos o princípio e a coerência, para avançar democraticamente. Precisamos ver como conduzir em conjunto, inclusive com a pressão da sociedade porque, sozinhos no Congresso, nós não vamos aprovar nada. Acho, também, que deveríamos fazer uma reunião dirigida, reproduzindo este Seminário dentro do Congresso, mobilizando as lideranças partidárias, relacionando esta temática com a atuação do Congresso. Devemos dirigir também uma discussão com o Ministro da Saúde que é uma pessoa aberta, serena, progressista nessa questão.

Acho também que precisamos ter uma visão realmente laica da ação, não legislamos para uma parcela, legislamos para a sociedade inteira e esse trabalho precisa ser feito de maneira mais afirmativa, mais direta. Precisamos voltar a nos organizar e conquistar as novas gerações para o movimento feminista. Acho que deveríamos dirigir os nossos olhos para trazer novas gerações para esse debate de gênero, de forma que possamos, futuramente, continuaressa luta tão importante para o Brasil.

EMÍLIA FERNANDES

Ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres ¹

Gostaria de cumprimentar a todos e todas, especialmente as companheiras que integram a mesa, e cumprimento também os companheiros e todos que tomaram a iniciativa desse evento, que pela pauta, pelos resultados e pelas conclusões que foram aqui colocadas, nós já podemos dizer do êxito, da importância e da necessidade desse tema. Quero trazer o abraço em nome da equipe da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Quero cumprimentar a nossa Ministra Benedita, nossas companheiras que representam também o governo e sem dúvida da presença de Jacqueline Pitanguy e Leila Linhares, que também têm nos dado uma grande ajuda na nossa Secretaria. Cumprimento Guacira César, companheira que sabe da nossa luta, a deputada Jandira Fegahli, nossa companheira de muito tempo também, de luta no Congresso Nacional.

Gostaria de pontuar algumas questões que me parecem importantes. Primeiro, dizer que entendemos que o Brasil vive um dos momentos mais importantes da sua história. Parece que nunca o diálogo esteve tão posto na mesa; a negociação, a construção coletiva, o valor da organização e da sociedade como um todo e, isto nos parece que é um diferencial importante. Quero reafirmar o que a deputada Jandira Fegahli falou aqui, nós não estamos partindo do zero. Estamos resgatando um acúmulo da luta histórica e social deste país, onde os movimentos feministas fizeram muita diferença nessas últimas décadas. Temos uma trajetória que está sendo reafirmada, resgatada e fortalecida e este é o objetivo e o princípio norteador da luta da questão de gênero e de raça, dentro das políticas do governo Lula.

Hoje nós temos a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, uma reivindicação histórica dos movimentos de mulheres, cuja criação foi aplaudida inclusive junto ao Comitê da Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Cedaw).

¹ A ministra Emília Fernandes deixou o cargo em dezembro de 2003.

A Secretaria de Políticas para as Mulheres é um espaço formulador, provocador das políticas públicas para que realmente as mulheres sejam as protagonistas desse momento. É impossível governar um país no combate à pobreza e à exclusão sem um diálogo direto com as mulheres. A Secretaria tem o compromisso de resgatar esse acúmulo de experiência dos movimentos e nós temos dito dentro da Secretaria que não precisamos fazer uma nova pauta. Nós temos as pautas da “IV Conferência Mundial da Mulher”, de Beijing, da “Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento”, do Cairo, da “Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher”, conhecida como Convenção de Belém do Pará, temos a plataforma feminista que foi construída e entregue dentro do Parlamento e para a sociedade. O que nós precisamos é reorganizar esse acúmulo, fazendo a sua leitura conceitual de forma correta e a partir daí construir e acelerar um processo de modificação da situação das mulheres e dos povos afrodescendentes, dos índios e das índias.

Temos agora um novo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, cujas integrantes foram indicadas diretamente por suas entidades e acatadas pelo Presidente. Isso já tem uma conotação diferenciada, ampliamos a participação do governo no Conselho porque entendemos que a luta da transversalidade, da construção coletiva, é um compromisso de uma política de governo e não de alguns órgãos de governo. Estamos tentando mostrar e construir coletivamente que a questão de gênero e a questão racial são políticas do governo federal, que tem que ser o articulador, o estimulador e o provocador das políticas públicas afirmativas, de raça e de gênero, nos estados, nos municípios, construindo junto com os movimentos sociais. Temos um espaço, que é a Secretaria, que é a formuladora, a executora das políticas, mas nós temos o Conselho que é um espaço de controle social que fará um papel de grande articulação e de fiscalização do trabalho que estamos construindo.

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres construiu este Programa de Prevenção, Assistência e Combate a Violência contra a Mulher, que é um plano nacional. Este Programa foi construído de forma participativa, com contribuições de Sueli Carneiro, Heleieth

Saffioti, Benedito Medrado, Jorge Lira também, Sílvia Aquino, Márcia Camargo, enfim, muitas pessoas. Nós construímos um programa a partir de uma conceituação já existente na luta dos movimentos feministas, a partir da contribuição dessas pessoas nomeadas aqui. Assumimos o compromisso de construir essa rede de cidadania no país, e a partir dela nós faríamos o trabalho de prevenção que passa pelas escolas, pelos currículos e pelos livros didáticos. Construiríamos também essa rede de assistência, onde nós teríamos os centros de referência ampliados, fortalecidos, para que possamos realmente trabalhar na área da saúde e na área jurídica a questão das mulheres em situação de violência.

Neste Programa nós estamos afirmando a importância das Delegacias de Atendimento a Mulher, reconhecidas nacional e internacionalmente. Cada vez que se vai a um encontro o trabalho das DEAMs é citado. Agora, nós temos que ampliar, valorizar, qualificar permanentemente. Fizemos uma avaliação durante todo o primeiro semestre de 2003 e há algumas situações que nós deveríamos rever, tanto do ponto de vista da qualificação dos servidores e servidoras que trabalham, quanto das condições físicas que se apresentam e até da valorização por parte dos próprios governos. Enfim, em relação às delegacias, o que nós estamos fazendo através da Secretaria é estimular o diálogo permanente com a sociedade e recolher as idéias advindas também de outros órgãos do governo.

Na área da saúde, por exemplo, nunca tivemos um Ministro com sensibilidade tão grande para dialogar com as políticas afirmativas de gênero e de raça. Desde o primeiro dia, o Ministério da Saúde, na figura do nosso ministro Humberto Costa, nos chamou e dialogou conosco, no sentido de enfrentarmos a questão da mortalidade materna, reconstituindo as comissões, refazendo um grupo ampliado de trabalho, onde nós estamos participando diretamente, discutindo direitos sexuais, direitos reprodutivos, paternidade consciente e atuante e planejamento familiar.

Temos que discutir estas questões porque, por incrível que pareça, eu já participei de discussões sobre o enfrentamento da pobreza e combate

a fome e ouvi, não de pessoas de dentro do governo, mas de pessoas que estavam na plenária, que a pobreza no país é o número de filhos. De repente, a culpa é das mulheres. Nesse tipo de reflexão nós temos que nos adiantar, acelerar. A pobreza e a fome não são conseqüências do número de filhos que as mulheres têm.

Outra questão é a importância da reflexão sobre o homem, a vida reprodutiva e o exercício da paternidade. Quando a Comissão da ONU nos provocou para fazer uma reunião preparatória à 48ª Comissão da Mulher, que vai acontecer em 2004 no Brasil, nós achamos importante discutir esta questão. O Brasil vai estar presente com cerca de oito a dez especialistas, discutindo exatamente o papel do homem e do menino na mudança para a construção da igualdade de gênero. Então são temas que eu considero fundamentais.

Em 2004 também faremos a Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Estamos organizando essa conferência nacional com o intuito de fazer essa grande provocação, de buscarmos dialogar com os governos dos estados e municípios, com os movimentos organizados e, principalmente, com os movimentos feministas, para que tenhamos um grande pacto federativo pelos direitos da mulher.

Em relação ao enfrentamento da violência, nós ampliamos a atribuição desta Secretaria, vinculada ao Ministério da Justiça, que antigamente tratava especificamente da questão da violência, mas de uma forma um tanto tímida. Nós estamos ampliando os programas, fortalecendo o Programa de combate a violência, e vamos fazer o enfrentamento e a discussão da questão de gênero no mundo do trabalho, a questão do empreendedorismo da mulher, da capacitação e do fortalecimento do cooperativismo.

Estamos esperando a conclusão e a chegada das recomendações do Cedaw. Pretendemos fazer um amplo debate, através do Conselho Nacional, para que possamos construir como pauta e como referência os compromissos internacionais que o Brasil tem que dar respostas. Queremos reafirmar o desejo do diálogo permanente com os movimentos. O Conselho Nacional é um espaço privilegiado de debate que precisa ser fortalecido. Se nós conseguirmos, ao final de 4 anos, mudar a

mentalidade dos nossos governantes para que eles realmente entendam a necessidade de ações afirmativas, teremos uma grande transformação.

Quero cumprimentar, mais uma vez, as organizadoras, a Cepia e o Cfemea, e dizer que queremos fazer permanentemente essa discussão e estamos abertas a isso. Não é pouco o que está se fazendo em relação a discussão de direitos sexuais e reprodutivos. Acho que este espaço de diálogo é fundamental e realmente faz diferença num governo que está aberto ao debate constante.

BENEDITA DA SILVA

Ministra da Assistência e Promoção Social²

Quero cumprimentar a companheira Leila Linhares, a ministra Emília Fernandes, a Guacira César, a deputada Jandira Feghali, a todas as companheiras e companheiros e agradecer muito particularmente a minha querida amiga Jacqueline Pitanguy. Ela sabe desse carinho e desse respeito que eu tenho, eu a conheço perfeitamente, conheço todo o trabalho que ela vem desenvolvendo no Fórum da Sociedade Civil e que traz uma grande oportunidade para o diálogo com esse novo governo.

A ministra Emília Fernandes já fez a colocação de que esse governo veio para mudar, para dialogar com a sociedade. Sem os instrumentos de participação da sociedade civil é claro que os acertos desse governo serão bem menores. Diante disso o governo criou instrumentos, sensibilizado pelo compromisso político e programático, e criou também o Ministério de Assistência Social, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial. O Ministério da Assistência Social respalda a Lei Orgânica da Assistência Social e estabelece novos paradigmas para a política social no Brasil.

Percebo que esta plenária está amadurecida e, pelo pude aqui também detectar a partir das falas de Leila Linhares e da Deputada Jandira Feghali, eu teria muito pouco a acrescentar no que diz respeito às políticas de gênero. Mas eu quero contribuir no que diz respeito a política social porque nós consideramos que esses instrumentos democráticos que foram criados para que pudéssemos estabelecer o diálogo e fortalecer essas políticas são, sobretudo, instrumentos para a sociedade civil.

A sociedade civil tem participado da Política de Assistência Social através dos Conselhos Municipais de Assistência Social, criados em 5200 municípios no Brasil. Existem também outros instrumentos de organizações não governamentais que vem amadurecendo a discussão da política de assistência social no Brasil. Temos também o Conselho Nacional da Assistência Social, que é um grande instrumento e temos

² A ministra Benedita da Silva deixou o cargo em dezembro de 2003.

hoje um novo instrumento criado pelo presidente, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. Neste Conselho recém-criado o diálogo é franco, aberto, descompromissado, do ponto de vista programático, o que é fundamental nas formulações e nas críticas, que devem ser construtivas. Mas que modelo de desenvolvimento nós temos encontrado no Brasil? Um modelo de desigualdades, acrescidas regionalmente, e que torna extremamente difícil trabalhar a questão da exclusão, da violência social existente, sem aceitarmos os desafios de empoderar os setores que estão hoje excluídos e que receberam, até então, ações fragmentadas de políticas públicas que não foram emancipatórias.

Até mesmo quando existe uma lei que assegura os direitos reprodutivos das mulheres, regulamentando as condições para a assistência hospitalar em caso de aborto legal, há uma contradição, pois os serviços a serem prestados para essas mulheres, na sua maioria, ainda são serviços de baixa qualificação. Isto nos mostra que é importante que as políticas sociais tenham acompanhamento, monitoramento e treinamento dos seus agentes institucionais que, lá na ponta, vão fazer de fato acontecer as políticas já estabelecidas.

São desafios importantes que nós temos que travar. Esses desafios fazem com que o diálogo entre governo e sociedade civil aumente e que haja também em outras instâncias, como o Congresso Nacional Brasileiro, parceiras e parceiros, como é o caso da nossa deputada Jandira Feghali e tantas outras.

Não podemos falar de inclusão social no Brasil se nós não falarmos primeiro das relações políticas. Eu entendo que o desafio que está colocado é essa responsabilidade política que teremos que ter nesse novo paradigma que traçamos para a inclusão social no país. É importante também dizer que o que se busca é a construção de uma equidade e ela não se construirá se não houver diálogo. Estamos tratando de potencializar as discussões que se travam entre as organizações do chamado terceiro setor porque é importante que esse governo, com toda a sua modernidade, leve verdadeiramente em conta as questões setoriais. É preciso fazer com que as políticas universais, que até então eram

fragmentadas e insuficientes, alcancem esse grande universo das mulheres, dos negros, dos marginalizados e excluídos.

E é por isso que nós buscamos essa transversalidade, tentando estar junto com as organizações para que as formulações de políticas na área de assistência social possam refletir os desafios de realizar políticas emancipatórias. As políticas públicas deste governo têm recortes de gênero e de etnia e são formuladas através das câmaras sociais setoriais. Estas câmaras garantem os recortes de gênero e etnia, fundamentais para nós.

Temos dados do Ipea colocando a situação hoje agravante para nós mulheres, não apenas no que diz respeito ao salário, que é menor para as mulheres na mesma função, mas para as mulheres negras. Nós não conseguimos, ainda que tenhamos um grande discurso e uma grande compreensão, executar políticas de promoção da equidade de gênero. No momento da execução a compreensão acaba, em muitos casos porque não é uma prioridade, principalmente do ponto de vista orçamentário. Então, o reconhecimento de que existem mulheres chefes de famílias deve ser levado em conta quando nós implementamos o projeto do primeiro emprego.

Foi uma luta para que algumas políticas públicas pudessem ser compreendidas como Programas, que devemos implementar com verbas consideráveis dentro da área de inclusão social. Não basta que a usuária tenha um cartão de transferência de renda; se essa política de transferência de renda não tiver foco ela não vai surtir o efeito que nós estamos procurando. Por isso, a rede de proteção social que se busca é uma rede que tem transversalidade, passa por outros ministérios como o da Saúde, da Educação, da Justiça, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e da Secretaria de Promoção de Políticas para a Igualdade Racial.

O Ministério da Assistência Social tem na família o elemento central da política de transferência de renda. Família aqui entendida como essa família moderna, real, dos dias de hoje, sem perguntar quem é quem ali naquela família, apenas sabendo que nós temos um foco e esse foco está exatamente na mulher. A mulher é a beneficiária central

dos serviços e dos programas, dos projetos e da formulação das políticas. Por isso é importantíssimo que nós tenhamos um redesenho dos atuais programas dentro da área da assistência social com inclusão social, para que a integração dessas ações se façam e que a mulher esteja sendo verdadeiramente potencializada no núcleo familiar.

Universalizar o acesso às políticas sociais é o nosso grande objetivo e para isso existe um Plano Nacional de Atendimento Integral a Família, que está sendo elaborado com recursos técnicos, materiais e também com estruturas para que possamos também criar o Sistema Único de Assistência Social.

Eu sei que os resultados desta reunião vão me servir como orientação na prática cotidiana nesse Ministério. Um Ministério que é novo pelo seu nome, mas que está estruturado com uma equipe técnica que tem essa compressão de mundo, de Brasil e que tem a compreensão de que essa exclusão se agrava e aumenta, na medida em que ela é setORIZADA, como no caso da exclusão vivenciada pelas mulheres, que são a maioria da população brasileira.

Mais uma vez agradeço a Jacqueline Pitanguy e Leila Linhares por esse convite. Agradeço a todas as companheiras e companheiros, que estão minoritários aqui hoje, nessa sala, e também não poderia ser diferente. Mas eu tenho certeza que todos comprometidos com as mudanças que este país precisa fazer e que já iniciou. Não teremos que abrir mão das nossas convicções, nem dos nossos ideais. Não foi outra pessoa senão nós mesmas, com as nossas cabeças, com essas idéias, que construímos esse momento. Portanto, todo o poder ao povo.

GUACIRA CÉSAR

Integrante do Colegiado Diretor do Cfemea

Quero, em nome do Cfemea e da organização desse evento, agradecer imensamente a presença da deputada Jandira Feghali, das ministras Emilia Fernandes e Benedita da Silva nessa mesa e agradecer muito e especialmente a presença de cada uma e cada um de vocês nesses três dias em que nos dedicamos com o maior grau de responsabilidade pessoal e política ao debate sobre os Novos Desafios da Responsabilidade Política.

Novas responsabilidades que encaramos a partir da afirmação dos direitos humanos, do nosso desejo de que a igualdade se realize nesse país, a partir da afirmação da diversidade. Sabemos o tamanho da responsabilidade que significa ter esses desafios frente a uma sociedade que tem limites e que tem enormes desejos de mudança também, frente a um judiciário que tem limites imensos, mas que reconhecemos que é absolutamente importante para que prevaleça o Estado Democrático, para que se ampliem as possibilidades de uma democracia verdadeira, social, econômica e de gênero.

Encaramos estes desafios sabendo das possibilidades de diálogo que existem no atual momento no país, a partir do novo governo e desse novo momento que a sociedade vive, mas também das limitações de ordem econômica, orçamentária que estão também colocadas. A escassez de recursos é, sem dúvida, um limite com o qual nós procuramos lidar para o desenvolvimento das políticas públicas e este exercício cabe a todos, cada uma e cada um de nós, seja assessora parlamentar, deputado, deputada, senadora, integrante do ministério público, de organizações da sociedade civil, de mulheres negras, de feministas ou de outras organizações. Todos estes interlocutores estiveram aqui nesse evento, articulando, pensando juntos como encarar melhor esses desafios. Foi algo que somente foi possível dado o compromisso político com que cada um de vocês acolheu o nosso convite.

Agradecemos imensamente, com a certeza de que as propostas e sugestões que foram feitas durante esses três dias de evento farão com

que nós nos cruzemos e tenhamos várias outras oportunidades de estarmos realizando essas recomendações. A Cepia e o Cfemea farão uma avaliação e veremos como dar consequência, mas muito mais do que isso como cada um e cada uma de nós estaremos envolvidas e articuladas na consequência disso.

JACQUELINE PITANGUY

Diretora da Cepia e secretária executiva do Fórum da Sociedade Civil nas Américas

Na abertura da reunião coloquei a frase do poeta Machado “caminhante, não há caminho, se faz caminho ao andar” e olhando as pessoas aqui presentes nessa mesa e nessa sala, penso que todos nós e todas nós temos um andar, por diversos caminhos. Caminhos institucionais, políticos; em determinados momentos da história do Brasil, caminhos clandestinos e, em outros, caminhos oficiais. Há um trânsito muito grande de todas as pessoas aqui na construção de um norte, na direção da ampliação de cidadania e direitos humanos.

Tivemos aqui um momento de celebração da nossa diversidade. Uma quantidade significativa de homens para os eventos que nós costumamos organizar, deputados e deputadas federais e estaduais de diversos estados, tivemos a honra de receber três ministras de Estado em nosso evento e gestores de políticas públicas que são fundamentais nesse caminhar. Nós estamos aqui, fazendo parcerias, vendo o que cada um de nós pode aportar e construindo agendas consensuais. Isso sim é política, o resto é autoridade e imposição. A política é a construção de agendas a partir da nossa diferença e acho que nós fizemos isso.

Estamos desde sexta feira aqui nesse hotel, com dias lindos lá fora, debatendo temáticas difíceis, com dados técnicos e fazendo propostas de articulação e de parceria. Gostaria de agradecer a parceria no âmbito da sociedade civil, que as organizações da sociedade civil costumam fazer, como foi a parceria com o Cfemea e agradecer mais uma vez a presença das companheiras e parceiras ministras nesse governo que nos abre tanta esperança. Agradecer particularmente a equipe da Cepia porque deu trabalho organizar esse encontro. Muito obrigada e seguimos adiante, caminhando.

Anexo

LISTA DOS PARTICIPANTES

PARLAMENTARES

Senadora Fátima Cleide (RO)
Deputada estadual Rosmary Corrêa (SP)
Deputada estadual Ana Paula Lima (SC)
Deputado estadual Sebastião Helvécio (MG)
Deputada estadual Jô Moraes (MG)
Deputado estadual Fahim Sawan (MG)
Deputada estadual Lídice da Mata (BA)
Deputado estadual Rui Macedo (BA)
Deputado estadual Roberto Leandro (PE)
Deputado estadual Nelson Pereira (PE)
Deputado estadual João Negromonte (PE)
Deputada estadual Cida Diogo (RJ)
Deputada estadual Inês Pandeló (RJ)
Deputado estadual Carlos Minc (RJ)
Deputada estadual Jurema Batista (RJ)
Vereador Chico Aguiar (RJ)

PALESTRANTES / COORDENADORES

Ministra Matilde Ribeiro
Ministra Benedita da Silva
Ministra Emília Fernandes
Deputada federal Iara Bernardi
Deputada federal Jandira Feghali
Deputada federal Telma de Souza
Deputado federal Roberto Gouveia
Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho
Jefferson Drezett
José Barzelatto
Maria José Araújo
Elza Berquó
Guacira César de Oliveira
Jacqueline Pitanguy
Leila Linhares Barsted

Maria José Rosado Nunes
Marisela Padrón-Quero
Rita de Cássia Lima Andréa
Silvina Ramos
Wilza Vilela

ASSESSORES DE PARLAMENTARES

Adélia Andrade – deputado estadual Javier Alfaya (BA)
Adilson José Paulo Barbosa – deputado federal Nelson Pellegrino (BA)
Aronildes Gomes da Silva – deputado estadual Sérgio Leite (PE)
Lucimara da Silva Cruz – deputado estadual Álvaro Gomes (BA)
Maraemide Paraguassú – senadora Fátima Cleide (RO)
Maria de Fátima Veloso Cunha – deputado estadual Mauro Rubem (GO)
Maria José de Farias Rodrigues – deputado estadual Isaltino Nascimento (PE)
Maristela Batista do Nascimento – deputado estadual Luís César Bueno (GO)
Rogéria Peixinho – deputada estadual Cida Diogo (RJ)
Ruy de Lucca – deputado estadual Ronaldo Benedetti (SC)
Tânia Mara Fusco – senadora Roseana Sarney (MA)
Teresa Nascimento – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

ONGS / AGÊNCIAS INTERNACIONAIS

Advocaci – Beatriz Galli
Advocaci – Miriam Ventura
Advocaci – Rosana Alcântara
Agende – Alice Libardoni
Agende – Beth Garcez
AMB – Ângela Freitas
AMB-Rio – Tânia Muri
Associação Mulher e Cidadania de Barra Mansa – Francisca Marques
CCR – Tânia Lago
CEAB/Ucam – Joselina da Silva
CEAB/Ucam – Osmundo Pinho
CEERT – Rosemeire Lucas
Cepal – Virgínia Guzmán
Cepia – Adilson Alberto Damião
Cepia – Adriana Mota
Cepia – Deise Miranda
Cepia – Denise Lopes

Cepia – Jeanne Lima
Cepia – Maria Elvira Vieira de Mello
Cepia – Marina Gomes
Cepia – Rosana Heringer
Cepia – Ruth Mesquita
Cepia – Sandra Infurna
Cepia – Silvanice dos Santos Pinto
Cfemea – Elizabeth Saar
Cfemea – Iáris Ramalho Cortês
Cfemea – Myllena Calasans de Matos
Ciam – Cecília Soares
Ciam – Geórgia Bello
Cladem – Fernanda Fernandes de Oliveira
Coletivo Feminista - Rosa de Lourdes
Criola – Lúcia Xavier
Ecos – Sílvia Cavasin
Enda Brasil – Cynthia Ozon
Enda Brasil – Débora Regadas
Fundação Alexandre de Gusmão – Embaixadora Teresa Quintella
Ipas – Leila Adesse
IPPF – Alejandra Meglioli
Rede Feminista de Saúde (Regional Rio) – Cláudia Bonan
Redeh – Shuma Schumaer
SOS Corpo – Verônica Maria Ferreira
UFRJ – Jacqueline Hermann
UFRJ – Regina Morel
UNFPA – Luciano Milhomem
UNFPA – Rosemary Baber-Madden
UNFPA – Tania Cooper Patriota

EXECUTIVO SAÚDE

Ana Lúcia Alves Santos – Maternidade Leila Diniz
Corina Helena Figueira Mendes – Apav/SES
Dionísio Augusto Soares – Centro de Artes Calouste Golbenkian
Josefa de Souza e Souza – Maternidade Alexander Fleming
Kátia Cilene Ferreira da Silva – SOS Mulher Hospital estadual Pedro II
Kátia Ratto – Coordenação Programa de Atendimento Integral à Saúde
Leis de Castro Silva Alves – Maternidade Herculano Pinheiro
Marta Oliveira – Pasm/SES
Nelson Cardoso de Almeida – SMSRJ

Rosa Maria Valquez Romero – SOS Mulher Hospital estadual Pedro II
Rosana Príncipe Pacini – SOS Mulher Hospital estadual Pedro II
Tizuko Shiraiwa – Paimca/SES

JUDICIÁRIO

Ela Wiecko – Procuradoria Geral da República
Flávia Piovesan – Procuradoria do Estado de São Paulo
Glória Márcia Percinoto – Defensoria Pública RJ
Sandra Cureau – Procuradoria Geral da República

OUTROS CONVIDADOS

Berndt Bokelmann
Carlos Manoel de Romaní
Dennis Linhares
Elizabeth Fernandes
Leilah Borges da Costa
Luiz Gustavo Leite
Rodrigo Pitanguy de Romaní
Rosângela de Almeida Rosa
Valéria Maria Pereira e Silva

Projeto gráfico
Anita Slade
Sônia Goulart

Diagramação
Sônia Goulart

Impressão
Gráfica Minister

Criado em 1997, o Fórum da Sociedade Civil nas Américas tem como objetivo fortalecer organizações não-governamentais de diversos setores, combatendo sua fragmentação e maximizando o seu potencial de colaboração frente a desafios comuns, os processos de integração regional.

Creado en 1997, el Foro de la Sociedad Civil en las Américas tiene como objetivo fortalecer las organizaciones no gubernamentales, luchar contra su fragmentación y maximizar su capacidad de colaboración mutua frente a los desafíos comunes, como los procesos de integración regional.

The Civil Society Forum in the Americas was launched in 1997. The Forum aims to strengthen non-governmental organizations, struggling against their fragmentation and maximizing their potential for mutual collaboration in face of common challenges, among which the processes of regional integration.

