



**CFEMEA**

# **Direitos Reprodutivos**

## **Uma Questão de Cidadania**

**Subsídios à discussão do Projeto de Lei  
sobre Planejamento Familiar.**

## **CFEMEA - CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA**

### **Colegiado**

Gilda Cabral  
Guacira César de Oliveira  
Iáris Ramalho Cortês  
Malô Lopes Simões Ligoeki  
Marlene Libardoni

### **Equipe**

Alice Libardoni  
Cosmo Ribeiro de Souza  
Luís Gustavo de Oliveira Pedroza  
Márcia Turcato  
Maria Lisieux Amado Guedes  
Mirla de Oliveira Maciel  
Valéria de Aguiar Perin

### **Endereço**

SCN, Quadra 6, Ed. Venâncio 3000, Bloco A, sala 602.  
Telefone: (061) 225-1664  
Fax: (061) 225-2336  
CEP 70718-900 - Brasília, DF - Brasil

### **Apoio:**

Fundação MacArthur



**Centro Feminista de Estudos e Assessoria**

# **DIREITOS REPRODUTIVOS UMA QUESTÃO DE CIDADANIA**

**Subsídios à discussão do Projeto de Lei  
sobre Planejamento Familiar.**

**Brasília, DF, 1994.**

Artigos de Maria Betânia de Melo Ávila e Elza Berquó publicados anteriormente no Vol. 1 N. 2/93 da Revista Estudos Feministas que graciosamente cedeu os direitos ao CFEMEA. A Revista Estudos Feministas é uma publicação semestral do Centro Interdisciplinar de Estudos Contemporâneos - CEIC/ Escola de Comunicação/UFRJ.

Impresso no Brasil

## **DIREITOS REPRODUTIVOS - UMA QUESTÃO DE CIDADANIA**

**Autoras:**

Maria Betânia de Melo Ávila

Elza Berquó

**Digitação e arte-final:**

Luís Gustavo de Oliveira Pedroza

Direitos Reprodutivos - Uma Questão de Cidadania - Ávila, Maria Betânia de Melo e Berquó, Elza - Brasília, DF, Brasil:

Centro Feminista de Estudos e Assessoria - CFEMEA, 1994

49 p.

1. Direitos Reprodutivos, 2. Mulher, 3. Planejamento Familiar, 4. Mulher - Saúde.  
I - Ávila, Maria Betânia de Melo, II - Berquó, Elza, III - Centro Feminista de Estudos e Assessoria, IV - Título

# SUMÁRIO

I- Apresentação

II- MODERNIDADE E CIDADANIA REPRODUTIVA (1)  
Maria Betânia de Melo Ávila

III- BRASIL, UM CASO EXEMPLAR – anticoncepção e parto  
cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar (1)  
Elza Berquó

(1) Artigos Publicados na Revista Estudos Feministas, Vol.  
1 N. 2/93 do CIEC/ECO/UFRJ e graciosamente cedidos  
ao CFEMEA



# APRESENTAÇÃO

## Algumas razões para aprovar o PLC 114/94

*“Procurou, procurou pai para seu filho.  
Ninguém se interessava por ser pai.  
O filho desejado, concebido  
longo tempo na mente, e era tão lindo,  
nasceu do acaso, o pai era o acaso”.*  
(Trecho do poema “Maternidade”, de Carlos  
Drummond de Andrade, livro *Corpo*/1984)

Passaram-se seis anos da promulgação da Constituição, em cinco de outubro de 1988. Neste período, em que o País presenciou a mudança da moeda nacional três vezes, assistiu ao compromisso de posse de dois presidentes da República, ao *impeachment* de um, cassou parlamentares, comemorou o tetracampeonato mundial de futebol e organizou mais uma eleição geral, vários artigos da nossa Carta Magna permaneceram deitados em berço esplêndido à espera de regulamentação. Em seis anos é possível fazer muita coisa, como mostram estes exemplos da história do cotidiano nacional. Para tanto, é preciso vontade política e foi exatamente isto que faltou para que o Artigo 226, parágrafo sétimo da Constituição, fosse regulamentado.

Este artigo reconhece o Planejamento Familiar como um direito das pessoas e determina que o Estado proporcione os recursos necessários para a sua efetivação. Ao mesmo tempo, impede que o Planejamento Familiar se torne uma imposição do Estado ou de instituições públicas ou privadas. Outro ponto importante a destacar é o que proíbe qualquer ligação entre Planejamento Familiar e metas demográficas e/ou étnicas, priorizando a tomada de decisão individual, a partir da ampla oferta de informações sobre concepção e contracepção, em detrimento de uma política coletiva e impositiva que contemplaria muito mais objetivos econômicos.

Sabemos que a sexualidade não surge somente com o casamento, ela se manifesta desde a infância e determina comportamentos bem definidos a partir da adolescência. Por isto, ao legislar sobre Planejamento Familiar, os autores da proposta agora submetida ao Senado Federal, deixam claro que o projeto contempla casais, homens e mulheres, assegurando o acesso à informação que permita o exercício de uma vida sexual ativa e saudável.

Este Projeto de Lei é resultado de exaustiva consulta e negociação com vários segmentos da sociedade, como o movimento de mulheres, os parlamentares de todas as bancadas e as Igrejas. O que temos neste momento, podemos dizer, é um texto consensual e, como tal, desejamos vê-lo aprovado.

Ter acesso à informação, meios e métodos sobre Planejamento Familiar é garantir a uma vasta parcela da população programas seguros para o exercício dos direitos reprodutivos, incluindo aí o direito à esterilização voluntária para todos aqueles que tenham plena capacidade civil, de acordo com o texto deste Projeto de Lei. Esta não é uma discussão exclusiva da sociedade brasileira, ela se manifesta em um amplo contexto, preocupando homens e mulheres de várias nacionalidades, como se viu na recente Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, Egito ( de 4 a 13 de setembro de 1994) e prosseguirá nas conferências de Copenhague e Pequim.

Nossa consciência, por exemplo, já nos remeteu para uma situação exemplar nesta luta: o movimento organizado de mulheres, ao longo de duas décadas, acumula esforços para possibilitar o exercício pleno dos direitos reprodutivos e o PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, foi um destes esforços. Criado em 1983 pelo Ministério da Saúde, o Programa absorveu a contribuição das mulheres, resultante de vários anos de estudos e pesquisas, bem como outras experiências bem consolidadas de atendimento às mulheres em vários aspectos da saúde. Entretanto,



passados 12 anos e, apesar da luta do movimento de mulheres, o PAISM ainda não foi efetivado por falta de alocação de recursos e de decisão política.

A abrangência do PAISM é vasta. Ele se propõe a fornecer assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltada para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente; do câncer cérvico-uterino e mamário; e a assistência para concepção e contraceção.

Relatório do Ministério da Saúde indica que as ações de pré-natal estão implantadas em apenas 16% das unidades de saúde e o atendimento clínico-ginecológico em somente 5% delas. Quanto ao Planejamento Familiar, 19% da rede o executa de acordo com as normas ministeriais. Os índices estão longe de revelarem uma situação satisfatória. A omissão do Estado representa um risco à saúde da população e incentiva a interferência de organizações controlistas.

É dentro deste amplo cenário, contemplando as aspirações de homens e mulheres para uma sexualidade plena e saudável, que pretendemos contribuir para o debate sobre planejamento familiar. Desta forma, submetemos à apreciação da sociedade e, principalmente, do Congresso Nacional, textos preparados por pesquisadoras e especialistas na área de saúde da mulher que acreditamos possam subsidiar os parlamentares nesta importante discussão e enriquecer o universo de todos nós.

O projeto, ao regulamentar a Constituição, definindo o papel da administração pública, consagra o respeito à dignidade humana, à maternidade voluntária e à paternidade responsável. Por estas razões é que defendemos a sua aprovação.



# MODERNIDADE E CIDADANIA REPRODUTIVA

*MARIA BETÂNIA DE MELO ÁVILA*

A noção de Direitos Reprodutivos se constrói a partir da prática política das mulheres em torno de sua demanda na esfera reprodutiva. No século XIX e na primeira metade do século XX, aparecem na cena pública os movimentos por direitos no feminino, que reivindicavam acesso à educação e ao voto, centrados na busca da igualdade. É também desse período a movimentação em torno do direito à regulação da fecundidade como um assunto de ordem política, constituindo-se, assim, em um novo campo de enfrentamento no processo histórico de construção da cidadania. Antes, as mulheres agiram no sentido de ter em mãos o controle do seu próprio corpo, da sua fecundidade e saúde. A expressão pública dessa ação está contextualizada dentro do processo político da construção da modernidade. A formalização da idéia em termos de **direitos reprodutivos** é bastante recente e considero que pode ser entendida como uma redefinição do pensamento feminista sobre a liberdade reprodutiva.

Por muito tempo as questões referentes às mulheres foram postas como pontos separados de uma agenda que privilegiava a luta pela descriminalização do aborto e o acesso à contracepção. A concepção e o exercício da maternidade eram possibilidades que, do ponto de vista moral, já estavam dadas, inclusive como prerrogativas fundamentais ou essenciais da existência das mulheres. Implícita nessa nova abordagem para o comportamento reprodutivo está a crença de

que a sexualidade é também uma instância da vida a ser exercida com liberdade e autonomia <sup>1</sup>.

As questões que permearam a ação das mulheres neste terreno – do final do século XIX até a metade do século XX e ainda presentes no feminismo dos anos 60 – são postas em causa. A forma simplificada ou mecanicista como foi tratada a contraposição entre maternidade obrigatória versus contracepção moderna e liberadora mostrou-se insuficiente tanto no nível teórico quanto político.

Nesta nova perspectiva, a concepção, o parto, a contracepção e o aborto são percebidos como fatos interligados onde a impossibilidade de acesso a qualquer um deles remete a mulher para um lugar de submissão. Desta forma, emerge também uma série de interrogações que, dentro de um processo crítico permanente, implica a ampliação dos direitos para além da área da saúde da mulher, sem com isto desconsiderar sua importância na efetivação destes direitos.

Esse campo de ação tem, nos seus primórdios, uma maior expressão nos Estados Unidos e na Europa. Atualmente, no entanto, sua internacionalidade é um fato irrefutável e tem se constituído em um fator importante para a definição dos termos em que devem ser colocados os Direitos Reprodutivos, inclusive no que se refere aos seus limites e possibilidades de se constituir enquanto um conceito que possa embasar análises sobre as diversas realidades.

Neste processo de internacionalização foram dois os momentos fundamentais. No Tribunal Internacional do Encontro sobre Direitos Reprodutivos (Amsterdã/1984) os temas tratados estavam ampliados e a utilização da contracepção para fins controlistas foi profundamente questionada. Naquele momento estava claro que a complexidade do

---

<sup>1</sup> PETCHESKY, Rosalind, WENER, Jennifer. Global Feminist Perspective on Reproductive Rights and Reproductive Health. A Report on the Special Sessions Held on the Fourth International Interdisciplinary Congress on Women. Hunter College, New York City, 1990.

tema exigia novas análises e novos campos de ação. O termo Direitos Reprodutivos foi, inclusive, adotado como forma de ampliar o significado das ações, e também como estratégia política para a internacionalização da luta.

Na Conferência das Nações Unidas da Década das Mulheres (Nairobi/1985) a promoção dos direitos da reprodução “como uma aquisição fundamental das mulheres para uma justa posição na sociedade” tornou-se um objetivo universal das ativistas feministas.

### **Os Direitos Reprodutivos: seus caminhos no Brasil**

De início, é importante ressaltar que nos dois momentos de internacionalização e definição mais ampla dos Direitos Reprodutivos estavam presentes feministas brasileiras engajadas na luta política por democracia e, em particular, pela cidadania das mulheres no Brasil. Traziam consigo uma experiência política e uma reflexão sobre as questões reprodutivas que as capacitavam como protagonistas de um movimento que se internacionalizava.

Voltando aos anos 70, é interessante observar, como o faz Barsted,<sup>2</sup> que os temas da reprodução e da sexualidade não inauguraram a primeira pauta do feminismo contemporâneo brasileiro. A conjuntura política do regime militar, a aliança com a Igreja e com os partidos de esquerda eram fundamentais na luta contra o arbítrio e, em função disto, as questões referentes a sexualidade e reprodução tiveram que ficar estrategicamente fora do emergente discurso feminista. A inclusão desse temário no final dos anos 70 tem vários significados: superação do tabu, ampliação dos espaços democráticos

---

<sup>2</sup> BARSTED, Leila Linhares. Legalização e Descriminalização do Aborto no Brasil: 10 Anos de Luta. Revista Estudos Feministas, Vol 0 N 0, 1992, p. 104-130.

dentro da oposição ao regime e, ao mesmo tempo, “descompressão” política por parte do regime autoritário. O debate sobre o aborto, a sexualidade, que coloca o corpo como tema da política, se instala nos anos 80. As feministas trazem uma grande contribuição para expandir a agenda da luta política por democracia. A chegada de mulheres brasileiras do exterior, com a promulgação da Anistia Política em 1979, representa uma profunda contribuição aos termos desse debate no Brasil em função da experiência de militância feminista em outros países, o que já apontava para a internacionalização do debate no Brasil. Os temas básicos, que vão configurar a agenda dos Direitos Reprodutivos no país, têm um peso importante da experiência vivida lá fora. “Nosso Corpo nos Pertence” foi uma afirmação pronunciada por todas nos mais diferentes contextos, das passeatas à intimidade dos grupos de reflexão.

Os temas iniciais do debate local foram aborto e contracepção, trazendo consigo a idéia de autonomia das mulheres para decidirem sobre suas opções reprodutivas e sexuais. Neste momento, proliferam grupos feministas em torno de temas específicos, como violência e saúde, começando a se configurar uma relação privilegiada entre a área da saúde e da reprodução. Vários elementos irão compor o espectro da reflexão e das reivindicações que dizem respeito à saúde da mulher: o interesse e o questionamento acerca do saber e do poder médico; a emergência do discurso das mulheres sobre suas experiências corporais; uma crítica contundente à situação atual dos serviços de saúde; além do empenho em exigir do Estado uma maior eficácia no que se refere ao funcionamento do sistema de saúde. Toda essa trama de temas e novas formas de organização se compõem na primeira metade da década de 80 com uma ampla mobilização pelo fim do regime militar, configurada na luta por eleições diretas. Um governo civil eleito pelo povo é a grande aspiração do momento. A chegada da Nova República traz o governo civil, mas não as eleições diretas: é a chamada “transição negociada”. A consolidação da democracia passa a ser a meta política e o pilar para a construção de

uma nova sociedade onde o direito de representar, escolher e exprimir opiniões é fundamental.

Contudo, neste momento, a organização em torno da obtenção dos direitos sociais passa a ocupar um espaço importantíssimo na nova conjuntura política. Os temas da reprodução estão sendo trabalhados pelo movimento tendo a saúde como campo básico, e integram a demanda por democracia social consubstanciados em um programa que se chama Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Formulado pelo Ministério da Saúde no ano de 1983, incorpora as idéias feministas sobre a assistência à saúde reprodutiva e sexual. Portanto, já se configuram dois aspectos importantes em relação aos conteúdos dos Direitos Reprodutivos: sua associação com a luta por liberdades democráticas e sua estreita conexão com a saúde das mulheres. Essas instâncias foram desarticuladas no final da década de 80, quando o Governo Federal apresenta uma conduta desastrosa e leva o movimento feminista a uma ruptura com o processo de ocupação de espaços nos aparelhos de Estado.

Nesta época, o termo Direitos Reprodutivos já é amplamente utilizado pelo movimento e trata sobretudo das questões que o compõem sem que haja uma definição conceitual. Pode-se dizer que, em 1985, sob esse termo são tratados os seguintes assuntos: contracepção, esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde.

Esta é a configuração que marcou a segunda década dos Direitos Reprodutivos. A instalação da Assembléia Nacional Constituinte traz o embate por direitos formais. As mulheres se mobilizam em todo o país. O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher coloca um papel fundamental na articulação e na pressão por uma nova ordem constitucional que contemple as mulheres no âmbito da cidadania. Mais uma vez os Direitos Reprodutivos são reivindicados como ponto importante dessa nova ordem. O Poder Executivo também assume essa nova expressão e cria a Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana. Formada

por representantes governamentais e da sociedade civil organizada, essa comissão tem uma significativa participação de feministas.

Os grupos autônomos feministas que se consolidam e se expandem no trabalho e na militância na área de saúde e Direitos Reprodutivos consideram importante o papel do Estado enquanto interlocutor e oponente à Igreja e aos controlistas.

A mobilização pela implantação do PAISM canalizou uma dimensão importante da ação desses grupos, não só no que diz respeito à esfera política propriamente dita, mas também no âmbito da produção e difusão de informações e conhecimentos.

Este movimento, composto de mulheres de classe média e do meio popular, possuía significados distintos para cada um destes setores. Para as primeiras havia um forte componente ideológico no sentido de qualificar o processo de democratização política e social com um conteúdo feminista. Já para as mulheres do meio popular, a melhoria das condições de vida propiciava à construção da cidadania um sentido material mais urgente de melhoria das suas próprias vidas. A junção dos dois, no entanto, se faz em prol da viabilização deste programa, entendido por todas como um direito social necessário e inadiável.

A primeira e única conferência oficial, denominada Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (1986), é um momento fundamental de confluência de todos os setores desse movimento em sua interlocução com o Estado. Esse evento trouxe ainda o embate em torno da questão do aborto dentro do movimento entre os setores ligados à Igreja e a tendência feminista.

Ao longo da década, o movimento autônomo preserva sua articulação e realiza encontros que se constituem na base da reflexão conjunta e do confronto das idéias.



A construção dessa noção toma contornos mais precisos a partir da reflexão da prática política em torno do leque temático definido ao longo dessa trajetória. A qualidade das demandas, os argumentos que são construídos em função delas, os princípios que baseiam e justificam as posições do movimento são lastro para repensar o conceito de cidadania com a inclusão desses direitos. Um esforço para uma conceituação rigorosa tem se dado de maneira mais elaborada nos últimos três anos, coincidindo com a estruturação de articulações em redes e a realização sistemática de debates dentro do movimento.

As divergências que emergem no interior do movimento feminista se estabelecem a partir de vários pontos. Destacarei, como ilustração em função da importância que lhes atribuo, três deles.

O primeiro se refere à controvérsia existente no Brasil sobre a origem estrangeira, ou melhor, liberal-americana, dos Direitos Reprodutivos. Nesta polêmica não está contemplada a forma assumida por estes direitos na construção brasileira nem se considera a matriz da igualdade, marco teórico e filosófico do feminismo, na qual a idéia de direitos é fundada.

Uma outra questão dá conta do papel do Estado na legislação dos Direitos Reprodutivos. No início dos anos 80, o debate em torno do aborto era polarizado entre legalização versus descriminalização. Hoje parece superado enquanto posições divergentes de correntes diferenciadas e a questão que se mostra mais importante é de se resolver qual o meio mais próprio para garantir o princípio da liberdade individual. Por outro lado, discute-se qual a função do Estado na normatização da sua prática, incluindo aí a prestação do serviço na rede pública.

A esterilização é, neste momento, o assunto mais polêmico e que mais atenção tem despertado. A elevadíssima taxa de uso dessa prática tem sido percebida como portadora de vários significados que

ilustram a dramaticidade dos rumos que tomou o controle de natalidade no Brasil, feito de maneira oficiosamente perversa. Políticas sociais no campo da reprodução biológica e social têm sido demandadas como fundamentais para reverter este quadro, mas é no campo da legislação – sobre como regulamentar esta prática – que aparecem as várias visões, remetendo o debate para o caráter do Estado e o seu papel de normatizador da vida social. Para algumas, o estabelecimento de uma idade civil para o acesso a esta prática tem sido considerado necessário para coibir o abuso em idade precoce dentro de um quadro de carência social absoluta. Já para outras, esta norma reforça a tradição de um Estado regulador da liberdade do indivíduo. Esse me parece o ponto mais ilustrativo para o entendimento da forma de construção dos argumentos e do debate, indicando não apenas as soluções de curto prazo, mas também a conformação de propostas para uma nova ordem do social. O movimento de mulheres negras traz uma dimensão fundamental para este debate no âmbito das relações sociais ao introduzir a questão racial como um elemento indissociável das condições de classe que definem a quantidade e a qualidade da recorrência à esterilização.

As novas tecnologias reprodutivas têm sido rejeitadas integralmente como um princípio fundamental de não se aceitar a construção da vida humana de maneira artificial, o que traz consigo, nesta maneira de ver, a possibilidade inevitável de usos perversos, como o eugenismo. Há também quem levante a opinião de que estas técnicas trazem benefícios, estando em jogo aqui as relações de poder e seu controle. No entanto, este debate não tem tido um espaço comum no sentido de se exporem idéias para serem trabalhadas dialogicamente.

É interessante evidenciar que as ações políticas dirigidas ao Estado têm se constituído em um lugar privilegiado de atuação do movimento de mulheres na busca dos Direitos Reprodutivos. Políticas sociais, sobretudo no campo da saúde, e mudanças de legislação são pontos fundamentais desse movimento, que calca suas demandas na

exigência de bem-estar social. Entretanto, não há uma elaboração precisa neste sentido. De uma maneira geral, a crítica ao caráter do Estado e à sua feição patriarcal carece, dentro do movimento, de uma elaboração mais rigorosa sobre a superação do modelo atual e das suas perspectivas. A proposta de Direitos Reprodutivos significa um confronto político acirrado que se situa nos campos da ética, da moral e das relações de classe, gênero e raça. Na prática, as transformações vão se dando pela via das reformas, com momentos de acirramentos maiores e menores, de conquistas e perdas, situados no quadro geral das conjunturas políticas repressivas ou democratizantes.

Tomando como base os mesmos conteúdos de análise é possível também afirmar que o liberalismo – enquanto doutrina política e econômica, onde o mercado é percebido como a instância promotora das possibilidades de escolha, e a acumulação e a concorrência são valores básicos para sua sustentação – não poderia jamais incorporar integralmente as questões implícitas na noção de Direitos Reprodutivos, e é este o caso do Brasil. A incorporação de novos códigos sociais exige uma desestruturação da ordem simbólica patriarcal que rege, desde sempre, os princípios do Estado no Brasil. Como este foi, por tradição, instrumentalizado como agente controlador do corpo das mulheres, a perspectiva feminista da autonomia significa um confronto com os vários setores que se interessam, por razões diferenciadas, pela manutenção desta ordem.

Neste embate, dois atores poderosos têm se colocado em cena como adversários da liberdade de escolha: os controlistas (que convergem com os interesses das elites econômicas) e a Igreja. Seus argumentos, apesar de apresentarem intenções radicalmente opostas, chegam, no entanto, no mesmo lugar: o cerceamento da possibilidade de autonomia.

## **As duas faces da mesma moeda: controlistas e natalistas**

A posição controlista tem uma ampla visibilidade na sociedade brasileira. A relação entre pobreza e natalidade é feita por políticos, empresários, setores médicos e aqueles ligados à prática direta deste controle, ou seja, os responsáveis nas entidades privadas pela distribuição de contraceptivos. Por outro lado, historicamente, encontramos leis natalistas de inspiração estrangeira, ou pior, nazista, como é o caso do artigo 20 da Lei das Contravenções Penais promulgada em 1941 durante o Estado Novo, que proibia “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar a gravidez”.<sup>3</sup> Esta lei foi formulada sob a clara influência dos governos nazi-facistas da Europa, que fomentavam, em seus países, políticas natalistas. A posição natalista oficial foi mantida pela ditadura militar até o ano de 1974, ao mesmo tempo em que no país se estruturava a rede privada controlista, que obteve suporte governamental. É bom lembrar que a BEMFAM foi declarada de utilidade pública em 1971. A idéia de que no chamado Terceiro Mundo o controle de natalidade é uma necessidade crucial fomentou muitos programas de apoio internacional que tiveram, nacionalmente, fortes aliados. Além da pobreza, a degradação do meio ambiente é para alguns setores do movimento ecológico um forte argumento contra nascimentos abaixo da linha do Equador.

No caso brasileiro, a queda acentuada da taxa de fecundidade, elemento fundamental para a configuração da transição demográfica aqui realizada, foi acompanhada de violento aumento de miséria social que contradiz profundamente as teses neo-malthusianas.

Este ponto é importante pois é em nome da carência que as propostas controlistas se expressam e ganham terreno na sociedade. A

---

<sup>3</sup> FEIGUN, apud ROCHA, M<sup>a</sup> Isabel Baltar da. Política Demográfica e Parlamento: Debates e Decisões sobre o Controle da Natalidade. Campinas: Centro de Estudos de População, UNICAMP, 1989.

necessidade, enquanto elemento da pobreza, é sempre acionada para justificar atos arbitrários na tradição da nossa cultura política, como se não fosse a necessidade justamente aquilo que devesse ser superado. O jogo de ameaça sempre presente na história do país tem também sua expressão no campo da reprodução e para sua ilustração podemos citar dois exemplos recentes. Em 1983, o texto final da Comissão Parlamentar de Inquérito criada com o “Objetivo de Investigar Problemas Vinculados ao Aumento Populacional Brasileiro” tem contida a seguinte declaração: “Uma dessas questões de longo prazo, para a qual, até agora, o Governo Federal não se dispôs a encaminhar qualquer alternativa de solucionamento, refere-se ao ímpeto do nosso crescimento populacional, das suas conseqüências para o desenvolvimento sócio-econômico da Nação e também da necessidade de se implantar no país um Programa Nacional de Planejamento Familiar que inclua o fornecimento de informação e educação, além da necessária prestação de serviços. Conforme ficou demonstrado pelos depoimentos prestados a esta Comissão”.(...)

“A ausência de um efetivo Programa de Planejamento Familiar compromete os nossos esforços visando o desenvolvimento. Esta ausência, ademais, poderá fazer com que, dentro em pouco, sejamos confrontados com a necessidade de implantar uma política autoritária de regulação da natalidade, em nenhum ponto condizente com o atual momento político brasileiro e que, certamente, chocaria a consciência do nosso povo, por abstrair-lhe o sagrado direito de decidir, de maneira livre e consciente, o número de seus filhos e os espaçamentos entre eles”.<sup>4</sup> A defesa do Planejamento Familiar como proposta democrática tem, como contrapartida, o controle. Esse discurso autoritário e ameaçador tinha como alvo principal as mulheres, pois era para elas que se dirigiam as supostas ações de planejamento familiar. Tudo ainda estava impregnado de despotismo. Esse pequeno texto mostra-se revelador do pensamento da elite sobre o povo; ela o

---

<sup>4</sup> Brasil, Senado Federal, 1984, apud ROCHA, op. cit. nota 3

percebe como não indivíduos, pessoas sem maioria, portanto incapazes de decisão. Neste sentido, o direito não é uma aquisição pautada como construção da luta política, mas algo que é outorgado do alto do poder do Estado.

O outro exemplo diz respeito à proposta de lançamento de um programa emergencial de controle de natalidade no momento em que o governo reconhece publicamente a falência do Plano Cruzado, em dezembro de 1986.

Neste sentido, a questão dos Direitos Reprodutivos no Brasil tem que ser relacionada com os dois lados do contexto político onde eles se inserem e também a que se contrapõem na tradição brasileira. Inseridos como um item importante na luta por democracia, estão em contraposição com a concepção autoritária e protecionista do Estado ao lidar com a reprodução. Assim, ao serem colados na agenda política geral, atinge-se mais um campo do autoritarismo que não era visível nas pautas de discussão pública como ponto fundamental de transformação.

A Igreja Católica tem historicamente interferido nos assuntos ligados à reprodução e à sexualidade. Tendo como princípio a relação sexual para a procriação, esta instituição não admite comportamento diferenciado da sua norma mesmo para aquelas pessoas que não comungam da sua doutrina e/ou não querem se submeter a sua lei como prerrogativa fundamental da liberdade de credo garantida constitucionalmente. Sua ação não se restringe apenas à pregação pastoral para manutenção da sua hegemonia no campo religioso, mas também tem como uma de suas metas influenciar ou mesmo definir o conteúdo das políticas sociais e da legislação. Isto faz com que o diálogo com os representantes dos poderes Executivo e Legislativo (na sua maioria) esteja sempre sob uma censura de ordem transcendental e teológica. Tal situação tem trazido impasses e atrasos na implantação de programas sociais, como foi o caso do PAISM que teve sua declaração como programa oficial retardada em função do

embate que essa Igreja travou para retirar o DIU (dispositivo intra-uterino) da lista dos métodos contraceptivos a serem oferecidos no serviço público. A polêmica se resolveu pela inclusão do método, mas o setor religioso ganhou um amplo espaço na divulgação e orientação dos métodos chamados naturais. Além disso, conseguiu embargar episodicamente e, em alguns casos, definitivamente, muitos dos materiais de divulgação que foram elaborados pelos grupos feministas a pedido do Ministério da Saúde.

No campo da leis, a descriminalização do aborto é ponto central da polêmica. A Igreja Católica parece perceber aí o lugar fundamental de expressão do seu poder sobre todo o conjunto da sociedade e não apenas sobre aqueles que comungam de suas doutrinas.

Os Direitos Reprodutivos trazem, portanto, uma contribuição fundamental para quebrar a perspectiva dualista e simplificada de que o controle é o lado mau e o natalismo é o lado bom, ou vice-versa. Em ambas as posições podem ser encontradas propostas perversas que atentam contra a cidadania e, mais particularmente, contra as mulheres, trazendo sempre a imposição da opinião de alguém ou de grupos de poder sobre como devem agir mulheres e homens na sua vida reprodutiva e sexual. Colocam, sobretudo, o peso da responsabilidade sobre as mulheres que, na maioria dos casos, vivem em condições de extrema precariedade e total falta de possibilidade de escolha. Já quando são colocadas no patamar do direito, da cidadania, as pessoas (sobretudo as mulheres) deixam de ser objetos de boas ou más intenções e tornam-se sujeitos de seus desejos, consciências, posições filosóficas e/ou teológicas. Quanto ao fato de a carência (e este é o caso do Brasil) não permitir a realização de escolhas efetivas, justamente para transformar a realidade é que a noção de direitos é construída enquanto instrumento político que não se cola nem se nivela pela necessidade, mas deve, dialeticamente, ser usado para sua transformação. A vigência desses direitos deve trazer consigo a exigência de corrigir desigualdades, de classe, de raça e de gênero.

A bem da verdade, a concepção dos Direitos Reprodutivos carece ainda de aprimoramento no sentido de estabelecer a extensão dos seus objetivos, as esferas de sua atuação, as estratégias para sua vigência na sociedade e os princípios éticos e filosóficos que os regem.

### **Críticas e proposições**

No meu entender, esses últimos pontos são fundamentais na medida em que, formulando direitos, estamos alargando o campo da cidadania e da democracia. Estamos, portanto, projetando um novo modelo de sociedade que exige reformas sociais e das mentalidades. Ora, muitas das nossas propostas embutidas nessa noção são incompatíveis com os princípios morais que regem nossa sociedade. Portanto, à ousadia política que temos ao defender publicamente esses direitos junta-se a tarefa desafiadora de refletir e elaborar conceitos e propostas que dêem conta da análise da realidade que temos e daquela que queremos construir. Os Direitos Reprodutivos têm que ser entendidos dentro de uma dinâmica histórica do feminismo que, superando a idéia de específico como isolado ou apartado, possa construir conceitos e princípios que sirvam como bases de referência para a redefinição política e das condições sociais e econômicas, não só da vida das mulheres mas da sociedade como um todo.

O feminismo, enquanto um corpo de idéias críticas e prática política, deve se constituir em um lugar permanente de redefinição e inserção destes direitos na dinâmica mais ampla da transformação das desigualdades sociais. Neste sentido, a questão da autonomia do indivíduo – tão profundamente valorizada pelo feminismo contemporâneo – como ponto fundamental do exercício da liberdade é a inspiração fundamental para a conformação desse campo do direito. A liberdade aqui aludida é compreendida nos termos em que a coloca



Marilena Chauí: “A liberdade não é, pois, a escolha voluntária ante várias opções, mas a capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir (...) Estamos habituados a considerar a liberdade como ato puro da vontade para dizer sim ou não às coisas e aos demais. Talvez seja interessante considerá-la como aptidão para transformar os dados brutos de nossa experiência em reflexão sobre sua origem e para lhes dar um sentido novo”.<sup>5</sup>

A crítica da pretensa universalidade da noção de Direitos Reprodutivos é pertinente. As feministas têm um longo caminho de debate e estudos para pensar a multiplicidade de situações da reprodução no mundo. No entanto, é importante pensar que a inclusão da função reprodutiva no campo da cidadania amplia o discurso político da denúncia das questões pessoais para um discurso sobre o social e, portanto, de interesse e responsabilidade de todas/os. A exposição dos atos de violência sobre a vida reprodutiva, tendo como suporte a idéia de Direitos Reprodutivos, toma um significado universal de violação de Direitos Humanos.

Há uma outra crítica, considerada radical por suas formuladoras no nível internacional, mas que é de difícil compreensão: a das correntes mais naturalistas do feminismo. Ao retomar uma antiga discussão como se fosse nova, esta corrente, que associa a mulher à natureza, em função da sua capacidade de procriar, leva, por falta de proposição, a um estado de anomia ou a um idealismo edênico que é, a meu ver, inconsistente e injusto. Este ponto de vista não leva em conta duas questões intrinsecamente ligadas: primeiro, que toda essa concepção de mulher-natureza, baseada na desrazão e em dotes propriamente naturais, é velhíssima e patriarcal. Ou, melhor dizendo, faz parte da construção racional dos modelos das relações de gênero. Segundo, e em consequência do primeiro, o

---

<sup>5</sup> CHAUI, Marilena. Participando do Debate Sobre Mulher e Violência. In: Perspectivas Antropológicas da Mulher, nº 4, Rio de Janeiro: Zahar, 1985, p. 23-52.

mundo dito das mulheres, o mundo privado e da reprodução, está calcado e modelado pelas relações de dominação.

Tal pensamento pode também confluir para o separatismo, que nos leva para fora do campo da cultura. Diante desta proposição, algumas questões se colocam. Como reproduzir a espécie humana? A tecnologia também não serve, já que é domínio do masculino. Como manter relações heterossexuais e afetivas? E ainda há a idéia de que é possível criar princípios novos em absoluto, começar o mundo a partir de nós.

As questões são confusas e difíceis, mas acredito que temos desafios profundos se quisermos, de fato, dar conta das nossas proposições. Saindo do particularismo de nós mesmas, partimos para a esfera pública trazendo uma vivência ontológica diferente dos homens, e a partir daí novas questões políticas e filosóficas a serem postas no mundo. Portanto não podemos ficar na superfície das coisas. As respostas para a vivência da alteridade sem alienação exigem não só uma desconstrução teórica em todos os campos das Ciências Humanas, mas também a construção de novos meios políticos e materiais que as viabilizem. Neste sentido, o feminismo de hoje tem no binômio igualdade/diferença um dilema fundamental da sua proposição de transformação. Considero que o movimento para equacionar esta questão deve ser compreendido dentro de um processo dialético, onde a reconstrução do entendimento do mundo é refeita a cada conquista ou a cada idéia que se esclarece. A liberação deve funcionar como uma “idéia reguladora”,<sup>6</sup> que inspira sempre novas considerações.

Não existe na tradição humana sociedades – sejam as complexas ou as chamadas primitivas – que não tenham sua organização coletiva baseada em normas, códigos, valores. A

---

<sup>6</sup> COLLIN, Françoise. *Práxis da Diferença*. Recife: SOS CORPO, 1992.

novidade em relação aos Direitos Reprodutivos é que são uma invenção das mulheres participando, como sujeitos, da construção de princípios democráticos. O feminismo, que é o *locus* político e filosófico dos Direitos Reprodutivos, é, na sua história ocidental, uma luta por igualdade. É fundamental a crítica feita hoje à idéia de cidadania e igualdade, como ideais jamais realizados e, portanto, necessitando de serem repensados. Desta forma, os Direitos Reprodutivos representam uma contribuição, na medida em que trazem consigo uma alteração do modelo de igualdade pensada só a partir do lugar do homem branco na sociedade, e da sua inserção no sistema produtivo.

A formulação dos Direitos Reprodutivos na perspectiva de construção tem algumas conseqüências que devem ser analisadas em vários níveis. No primeiro, fazem da esfera da reprodução um lugar de constituição de sujeitos políticos, alargando assim a origem da participação política como um fenômeno exclusivo da inserção no sistema produtivo. Neste sentido, altera a ordem dos conflitos sociais ampliando suas fronteiras. A relação entre estas duas esferas, reprodutiva e produtiva, é percebida como em desequilíbrio, não só em função das relações de dominação de classe, mas também de gênero e do próprio valor dado à existência humana. Para sua plena instalação é necessária, portanto, a desestabilização da hierarquia socialmente aceita entre a produção como lugar superior e a reprodução biológica e social enquanto um lugar inferior a serviço do primeiro. Tal desestabilização implica direta e dialeticamente na ruptura da dicotomia entre as esferas pública e privada.



# **BRASIL, UM CASO EXEMPLAR**

## **– anticoncepção e parto cirúrgicos –**

### **à espera de uma ação exemplar<sup>1</sup>**

*ELZA BERQUÓ*

Com a redemocratização do país, a década de 80 representou no Brasil um marco fundamental no que se refere às reivindicações e algumas conquistas legais das mulheres quanto ao direito à saúde reprodutiva. São deste período o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana, o Conselho Nacional dos direitos da Mulher e a Constituição Federal de 1988, para ficar só no plano federal.

O PAISM, concebido em 1983 e regulamentado em 1986, resultou de um esforço de profissionais de saúde, do movimento de mulheres e dos técnicos do próprio Ministério de Saúde no sentido de preconizar ações que ampliavam significativamente o atendimento à saúde das mulheres. Neste programa, a mulher é concebida não apenas como um órgão reprodutivo, mas na sua integralidade e em todas as fases de seu ciclo vital. O controle de patologias específicas - o câncer cérvico-uterino e de mama - e o planejamento familiar amplo cobrindo tanto a infertilidade como a anticoncepção fazem parte de suas ações programáticas. Esta concepção representou um passo extremamente importante como conquista e como expectativa nos anos que se seguiram.

---

<sup>1</sup> Trabalho preparado para o Seminário A Situação da Mulher e o Desenvolvimento, organizado pelo Ministério das Relações Exteriores e realizado no Núcleo de Estudos Populacionais (NEPO) da Unicamp nos dias 1 e 2 de julho de 1993.

Na esfera do Ministério da Justiça é criado em 1985 o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), cuja articulação com diversos grupos e instituições de mulheres em todo o Brasil incentivou e realizou diferentes ações na área da saúde reprodutiva, com destaque na participação do processo de elaboração da nova Constituição Federal.

A Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana também teve origem na articulação de feministas, de profissionais da área da saúde e do Ministério da Saúde. Criada em 1987 ao nível do Ministério da Saúde, constituiu-se em órgão de deliberação coletiva de carácter técnico - consultivo com atribuições de fazer amplo diagnóstico da situação da reprodução humana no país, não só do ponto de vista da saúde, mas de seus aspectos sociais, econômicos, éticos e políticos, e oferecer subsídios para a proposta de uma política para o setor da saúde na área da reprodução. Constituída por pessoas de notório saber, na sua grande maioria de mulheres, a Comissão se propunha também a acompanhar as ações do Ministério da Saúde no processo de articulação com os diferentes setores sociais e de entrosamento com as diversas instituições envolvidas na questão da reprodução humana.

A Constituição Federal de 1988 vem proteger o direito à saúde da mulher em seu Artigo 226, parágrafo 7º: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

As freqüentes mudanças ocorridas no Ministério da Saúde, fruto de trocas contínuas de ministros sempre determinadas por decisões políticas, alteraram substancialmente a operacionalização do PAISM. A articulação com a Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana, no início muito intensa e fecunda, foi sendo

gradualmente desativada pelo Ministério da Saúde. Também o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher teve seu papel bastante reduzido no cenário nacional.

Mas, por outro lado, cresceram os Conselhos Estaduais e Municipais da Condição Feminina e multiplicaram-se as Delegacias da Mulher. Surgiram, também, organizações não-governamentais de mulheres, com objetivos voltados para os direitos da mulher, em geral, e dos Direitos Reprodutivos, em especial: Cria-se a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos que com outras ONGs passa a ocupar um espaço para garantir um entorno de reflexão, de agilização de informações e de conhecimentos que permita alavancar ações políticas voltadas para a cidadania da mulher.

A preocupação com o quadro da saúde e dos Direitos Reprodutivos no país e a necessidade de um canal que conjugasse as preocupações e os esforços dos setores acadêmico, legislativo, jurídico, de saúde e da sociedade civil no sentido de zelar e garantir o direito à cidadania na área da saúde reprodutiva levaram à criação, em 1991, da Comissão de Cidadania e Reprodução.

O diálogo com o Parlamento se amplia e Comissões Parlamentares de Inquérito são constituídas em vários estados da Federação e no Congresso para apurar denúncias na área dos Direitos Reprodutivos, em especial sobre a esterilização feminina. A partir de 1989, 27 projetos de lei tramitam no Congresso Nacional, a maior parte apresentados em 1991, nove dos quais versando sobre aborto, quatro sobre esterilização e teste de gravidez, seis sobre planejamento familiar, cinco sobre assistência médica e pré-natal e três sobre novas tecnologias reprodutivas. Tentativas de buscar um consenso sobre as bases para uma normatização da esterilização feminina continuam aglutinando parlamentares e feministas.

Sente-se no país, nestes últimos anos, a retomada do impulso na defesa da saúde reprodutiva e dos direitos dela decorrentes, uma

vez que estes não constituem ainda uma realidade para a mulher brasileira. Testemunhos dessa situação são os resultados de um estudo recente de Costa,<sup>2</sup> realizado junto às secretarias de saúde, estaduais e municipais (apenas para as capitais dos estados), com a finalidade de avaliar a situação de implantação do PAISM. Entre outros, o estudo revelou que:

1- 81% das secretarias municipais de capitais e 67% das estaduais realizam abaixo de 40% de cobertura;

2- 38% das secretarias municipais de capitais e 44% das estaduais atendem menos de 20% de sua população de gestantes no pré-natal;

3- a assistência clínico-ginecológica é oferecida em percentuais de cobertura abaixo de 10% em 25% das instituições;

4- em 44% das secretarias municipais de capitais e em 36% das estaduais o controle do câncer cérvico-uterino cobre menos de 10% da população feminina;

5- 45% das instituições municipais de capitais e 50% das estaduais oferecem ações de planejamento familiar abaixo de 10% da necessidade de suas populações.

É nesse contexto que se vem assistindo no país ao declínio sistemático e acelerado da fecundidade. De 4,5 filhos por mulher em 1980, essa taxa caiu para 3,5 em 1984, para chegar a 2,5 em 1991.<sup>3</sup> Cabe uma indagação: de que recursos dispõem as mulheres brasileiras para reduzirem tão rapidamente sua fecundidade?

## **O panorama da anticoncepção no país**

Em termos de cobertura nacional, infelizmente, os dados mais recentes de que se dispõe sobre anticoncepção datam de 1986.<sup>4,5</sup> Segundo

---

<sup>2</sup> Costa, A.M. O PAISM: Uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. Brasília: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

<sup>3</sup> FIBGE

<sup>4</sup> PNAD-86, FIBGE



esses dados, o cenário contraceptivo brasileiro era caracterizado por elevada prevalência de uso, em torno de 70% para mulheres casadas ou unidas com idades entre 15 e 54 anos. Para todas as mulheres, independentemente do estado conjugal, este percentual era da ordem de 43%.

A tabela 1 ilustra a composição da lista de métodos que prevaleciam no Brasil e em algumas unidades da Federação. Fica claro desde logo que a esterilização feminina estava no topo da lista, seguida dos hormonais. Juntos, representavam 85% das condutas das usuárias. Ainda nesse elenco de recursos altamente eficazes para evitar uma gravidez, o dispositivo intra-uterino estava quase ausente, com apenas 1,5%, e menos de 1% das mulheres tinham maridos vasectomizados. Os métodos ditos de menor eficiência eram utilizadas por 10,4% das usuárias, salientando-se a abstinência periódica. Percebe-se ainda que o panorama da regulação da fecundidade não eram muito diferente nos vários contextos brasileiros.

**Tabela 1** - Mulheres unidas de 15 a 54 anos de idade, usando algum anticoncepcional segundo o método usado. Brasil e algumas unidades da Federação, 1986.

Método Usado	Brasil	SP	RJ	RS	PR	MG	GO	AM	BA	PE
Esterilização	44,4	38,4	41,4	17,7	42,8	37,4	71,3	55,4	39,5	61,4
Pílula	41,0	39,4	45,3	64,9	45,5	44,0	20,2	35,6	40,1	27,1
Vasectomia	0,9	2,5	0,2	1,1	1,5	0,6	1,5	0,7	0,9	0,5
DIU	1,5	1,2	1,3	4,6	1,0	2,9	0,6	0,3	5,2	0,4
Condom	1,8	3,8	1,8	0,9	1,8	2,9	0,8	0,3	0,6	0,7
Interrupção	2,5	4,5	1,5	1,5	2,0	1,6	1,7	0,4	2,5	2,1
Abstinência										
Periódica	6,2	7,5	6,8	7,3	3,6	8,6	3,5	6,3	7,8	5,5
Outros	1,7	2,7	1,7	2,0	1,8	2,0	0,4	1,0	3,4	2,3

Extraído de: Berquó, E..A anticoncepção no Brasil hoje. Trabalho apresentado no XII World Congress of Gynecology and obstetrics, Rio de Janeiro. Outubro, 1988.

<sup>5</sup> PNSMIPF-BEMFAM, 1986.

Em que pesem as flutuações de esterilização e uso dos hormonais quando se passa de um contexto a outro no território nacional, não há dúvida de que falar em anticoncepção no Brasil significava falar de pílula ou laqueadura, sendo esta liderada pelo Nordeste e pelo estado de Goiás.

Nesta década, dois estudos realizados, um no Nordeste, em 1991,<sup>6</sup> e outro no município de São Paulo, em 1992,<sup>7</sup> permitem ter uma idéia de como se encontra, nesses contextos, a regulação da fecundidade. Possibilitam também perceber se o quadro contraceptivo sofreu alterações nestes últimos cinco anos. Com relação ao Nordeste, a pesquisa revela que 54,3% das mulheres usaram alguma vez métodos anticoncepcionais e 39,1% ainda os utilizavam (tabela 2). Esta proporção é bem mais elevada em São Paulo, onde 58,3 declararam que estavam usando algum meio para evitar uma gravidez, enquanto 76,8% o fizeram em algum momento de suas vidas reprodutivas. A tabela 2 é reveladora do fato de que não se modificou o quadro apontado em 1986, ou seja, da concentração da anticoncepção em praticamente dois métodos: a pílula e a esterilização feminina. Juntos, esses dois métodos respondem por 74,7% das usuárias em São Paulo, sendo ainda maior no Nordeste, onde correspondem a 85,9%.

Em São Paulo, como anteriormente, a pílula tem preferência ligeiramente maior do que a laqueadura, mas no Nordeste, esta continua na liderança do rol contraceptivo, com 62,9% entre as usuárias.

---

<sup>6</sup> Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. Brasil. 1991. BEMFAM-DHS.

<sup>7</sup> Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da População Negra. CEBRAP, 1992.

**Tabela 2** - Distribuição percentual de todas as mulheres na idade reprodutiva usando algum método anticoncepcional, segundo o tipo de método, Nordeste (1991) e Município de São Paulo (1992).

<b>Métodos</b>	<b>Município de São Paulo 1</b>	<b>Nordeste 2</b>
Esterilização feminina	36,1	62,9
Pílula	38,6	23,0
Preservativo	6,2	2,8
Vasctomia	4,5	0,2
Injeções	2,8	1,8
DIU	2,2	0,8
Métodos vaginais	0,3	0,0
Coito interrompido	3,8	4,1
Abstinência periódica	2,3	4,3
Outros	3,2	0,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Numero de mulheres</b>	<b>1.026</b>	<b>6.222</b>
Usando algum método	58,3	39,1
Usou alguma vez	76,8	54,3

Fonte: 1 Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da População Negra CEBRAP, 1992.

2 Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. Brasil, 1991  
BEMFAM/DHS.

Além disso, cresceu ainda mais o papel desta conduta quando comparada aos 47,2% correspondentes a 1986. Em compensação, a pílula teve sua presença reduzida, passando de 32,1% em 1986 a 22% em 1991. Ou seja, na região mais pobre do país fechou-se ainda mais o leque de alternativas contraceptivas. Essa constatação merece reflexão quando se leva em conta que na área da tecnologia da reprodução humana cada vez mais se amplia a lista de possibilidade de regulação da concepção. Em termos populacionais, com os dados disponíveis, pede-se estimar que das 10.487.909 mulheres de 15 a 49

anos vivendo no Nordeste em 1991,<sup>8</sup> entre 2,3 e 2,5 milhões são esterilizadas.

Vista de uma perspectiva intencional, a elevada presença da esterilização feminina no repertório contraceptivo brasileiro faz parte de uma tendência presente em várias partes do mundo, principalmente no bloco menos desenvolvido. Como se pode apreciar na tabela 3, estimativas para 1990 mostram que, neste bloco, a esterilização feminina é mais do que o dobro daquela prevalente no conjunto dos países mais ricos. Por outro lado, com os chamados “outros métodos” ou os não modernos, sucede exatamente o oposto, isto é, estão no topo da lista para o bloco dos mais desenvolvidos!

**Tabela 3 - Percentagem de uso de métodos anticoncepcionais (mulheres casadas na idade reprodutiva). Estimativas para 1990.**

<b>Métodos</b>	<b>Mundo</b>	<b>Países mais desenvolvidos</b>	<b>Países menos desenvolvidos</b>
<b>Esterilização</b>	<b>20,1</b>	<b>11,4</b>	<b>22,3</b>
Feminina	15,7	7,6	17,8
Masculina	4,4	3,8	4,5
<b>DIU</b>	<b>10,9</b>	<b>5,4</b>	<b>12,3</b>
<b>Hormonais</b>	<b>8,6</b>	<b>14,4</b>	<b>7,1</b>
Pílula	7,7	14,3	6,0
Injetáveis	0,9	0,1	1,1
<b>Preservativos</b>	<b>5,4</b>	<b>15,1</b>	<b>2,9</b>
<b>Outros</b>	<b>8,0</b>	<b>16,1</b>	<b>5,9</b>
<b>Total</b>	<b>53,0</b>	<b>62,4</b>	<b>50,5</b>

Fonte: ROSS, J.A. Sterilization: Past, Present, Future. Working Papers nº 29. The Population Council, 1991.

Vale abrir aqui um parêntese para destacar que a maior parte dos países industrializados mantém baixas taxas de fecundidade,

<sup>8</sup> Dados preliminares do Censo 1991.

abaixo do nível de reposição, sem o recurso acentuado a práticas irreversíveis de regulação da fecundidade. Neles, as mulheres preferem lançar mão de métodos mais tradicionais e, em caso de falha, recorrer ao aborto legal, sem perder contudo a capacidade reprodutiva.

Segundo Ross,<sup>9</sup> atualmente 25% dos casais do Terceiro Mundo estão esterilizados. Além disso, 95% de todas as mulheres esterilizadas do bloco menos desenvolvido encontram-se em 20 países, dos quais 14 na Ásia, cinco na América Latina e um na África. Já quando se considera os países com as mais altas taxas de prevalência de esterilização, observa-se uma presença significativa da América Latina (tabela 4), com o Brasil ocupando o oitavo lugar quanto às usuárias desta prática.

#### **As mulheres esterilizadas**

Estas duas pesquisas da década de 90 permitem cotejar, para os dois contextos estudados, algumas características das mulheres esterilizadas e dão a oportunidade também de verificar eventuais mudanças temporais.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> ROSS, J. A.. Sterilization: Past, Present, Future. Working Papers Nº 29, The Population Council, 1991.

<sup>10</sup> No Caso de São Paulo, trata-se em 1992 do Município, e em 1986, do Estado.

**Tabela 4 - Prevalência de Esterilização e de uso de métodos anticoncepcionais em 20 países selecionados. 1990**

PAÍS	PROPORÇÃO DE MULHERES		PROPORÇÃO DE ESTERILIZADAS DENTRE USUÁRIAS DE ALGUM MÉTODO
	Esterilizadas	Usando algum método	
Coréia do Sul	47,6	76,1	62,5
Porto Rico	46,8	74,8	62,6
Panamá	37,7	66,4	56,8
China	36,8	74,9	49,1
Rep. Dominicana	36,5	55,3	66,0
El Salvador	36,1	52,6	68,6
Sri Lanka	31,4	65,5	47,9
Índia	31,3	44,9	69,7
Brasil	30,4	69,2	43,9
Tailândia	30,4	73,5	41,4
Taiwan	26,0	78,0	33,3
Hong Kong	23,4	82,6	28,3
Cingapura	22,8	73,5	31,0
Uruguai	22,5	69,5	32,4
Coréia do Norte	22,3	68,4	32,6
México	21,8	57,9	37,6
Chile	20,9	64,4	32,4
Argentina	19,9	61,5	32,4
Colômbia	19,6	66,7	29,4
Costa Rica	17,7	70,9	25,0

Fonte: ROSS, J.A. Sterilization: Past, Present, Future. Working Papers nº 29. The Population Council, 1991.

No Nordeste, 19% das mulheres já estão esterilizadas antes dos 25 anos, em contraste com os 10% em São Paulo. As idades medianas à época da esterilização são, entretanto, muito próximas, isto é, pela ordem, 29,7 e 31 anos. É impressionante verificar como em pouco mais de cinco anos a idade com que as mulheres têm sua capacidade reprodutiva encerrada diminuiu tanto. Com efeito, em 1986, apenas 5% e 3% das mulheres estavam esterilizadas antes dos 25 anos no Nordeste e em São Paulo, respectivamente. Suas idades medianas à época da esterilização eram, respectivamente, 36,6 e 38,2 anos, ou

seja, em ambos os contextos houve uma redução de aproximadamente sete anos!

Também o número mediano de filhos tidos à época da esterilização é bastante semelhante nos dois contextos, com 2,7 para São Paulo e três para o Nordeste. Observa-se entretanto que, no Nordeste, a proporção de mulheres esterilizadas com no máximo dois filhos passou de 15% para 22%, entre 1986 e 1991; com no máximo três filhos, de 40% para 49%. Com isso, a média passou de 3,6 para três filhos. Já em São Paulo, permaneceu praticamente estável.

A prevalência desta prática, no Nordeste, cresce ligeiramente com o nível de instrução da mulher, enquanto que, em São Paulo, a escolaridade já não se constitui em um diferencial.

Tanto no Nordeste quanto em São Paulo não houve diferença para mulheres brancas e negras. Foram de 38,5% e 37,5%, respectivamente, no Nordeste, as proporções de laqueadas no total de mulheres brancas e negras, alguma vez unidas. Em São Paulo, estas prevalências corresponderam a 28% e 27,2%, pela ordem. Neste contexto, a única diferença significativa foi no grupo de mulheres com menor nível de instrução e com idades na faixa 25 a 34 anos. Neste caso, a prevalência para as negras superou a das brancas.

Praticamente 50% das esterilizações, em ambos os contextos, ocorreram nos últimos cinco anos.

A pesquisa de São Paulo permite ainda conhecer que a razão mais freqüentemente alegada pelas mulheres para terem sido esterilizadas foi a de não querer ter mais filhos, isto é, 61,6% delas assim se manifestaram. Os problemas de saúde foram mencionados por 25%. Chama a atenção a mudança verificada, nestes poucos anos, no discurso das mulheres. Em 1986, a percentagem de mulheres que declararam ter feito laqueadura por já terem atingido o número ideal de filhos variava, para todas as unidades da Federação, entre 18% e

48%, ou seja, bem abaixo dos atuais 61,6% para São Paulo. Ao contrário, em 1986, a razão mais freqüente citada pelas mulheres relacionava-se aos problemas de saúde, cujo percentual variava de 32% a 54%, isto é, bem acima dos 25%. Sobre o que prevalecera em 1986, tínhamos argumentado que a alta freqüência de “problemas de saúde” poderia estar refletindo a influência do poder médico sobre o discurso das mulheres, uma vez que, de acordo com o código brasileiro de ética médica, a esterilização só pode ser praticada em casos excepcionais de problemas sérios de saúde da mulher.<sup>11 12</sup> Em última análise, as mulheres nada mais faziam do que repetir aquilo que era permitido dizer. Até porque, mesmo face às precárias condições de vida e de assistência à saúde a que estavam sujeitas as mulheres, era difícil crer que se tivessem constituído em determinantes tão fortes para levar a tal prática.

A explicitação tão direta, em 1992, de que o recurso à laqueadura foi determinado por não querer mais filhos, mesmo quando, como se sabe, a assistência à saúde pública foi ainda mais sucateada, reflete, a nosso ver, uma mudança de postura das mulheres. Elas sentem que têm o direito de expressar que não querem ter mais filhos, além dos que já tiveram. E isto incontestavelmente se deve ao clima que se veio estabelecendo no país graças aos movimentos de mulheres em prol dos Direitos Reprodutivos, como pretendemos mostrar páginas atrás. Claro está que se as mulheres tivessem conhecimento e acesso a outros métodos anticoncepcionais, poderiam exercer seu direito sem necessariamente terem de recorrer em massa a uma prática irreversível. Neste sentido, a pesquisa do Nordeste revela que, enquanto quase 100% das mulheres conhecem a pílula e a

---

<sup>11</sup> BERQUÓ, E. A esterilização feminina no Brasil hoje. Trabalho apresentado no Encontro Internacional “Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado”, promovido pelo Conselho Nacional do Direitos da Mulher - CNDM. Brasília, 5-6 de junho, 1989.

<sup>12</sup> Cap. VI - Da responsabilidade médica. Art. 52 “A esterilização é condenada, podendo, entretanto, ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação, referendada por dois médicos, ouvidos em conferência”.



esterilização feminina e mais de 80% sabem onde obtê-las, apenas 50% conhecem o DIU mas 76% não sabem onde encontrá-lo e, pior ainda, somente 37% conhecem os métodos vaginais mas 79% não sabem como achá-los.

## **A cultura da esterilização**

O processo da esterilização no país segue seu curso como se já fizesse parte de uma cultura, que leva a que todos os anos coortes de mulheres ponham fim à sua capacidade reprodutiva. No Nordeste, 54% das esterilizadas o foram nos últimos cinco anos, e em São Paulo não estiveram muito distantes desta mesma frequência.

Fala na direção de uma verdadeira cultura o fato de 52% das esterilizadas em São Paulo serem filhas ou irmãs de esterilizadas, havendo casos de famílias onde mãe e duas ou três irmãs já foram laqueadas. Também dentre aquelas que ainda não se esterilizaram, 42% fazem parte de famílias onde mãe ou irmãs já passaram por esta prática.

Perguntadas se aconselhariam outra mulher a fazer esterilização, 65% das já laqueadas disseram que sim, e justificaram sua posição principalmente baseadas nas dificuldades financeiras para criar muitos filhos (40%), pela segurança do método (37%), e por não prejudicar a saúde como o faz a pílula (18%). Esta última citação demonstra mais uma vez que elas dispõem apenas de duas opções, ou a pílula ou a laqueadura. Das 35% restantes, 70% disseram que não se deve dar conselhos porque cada mulher deve decidir por si própria, mas 14% disseram que a mulher pode ainda querer ter mais filhos e 9% porque a esterilização pode provocar frigidez, menopausa ou outros problemas de saúde.

Manifestaram satisfação com a esterilização 89% das mulheres, e as razões para tanto foram não precisar mais preocuparem-se com uso de outros métodos e porque já tinham o número ideal de filhos. Para as arrependidas, os motivos são os já encontrados em outros estudos, ou seja, morte de filhos, novas uniões maritais, vontade de ter mais filhos e problemas de saúde.<sup>13 14</sup>

Em termos de futuro, 39% das mulheres unidas manifestaram intenção de recorrerem à esterilização e esta intenção atingiu seu máximo no grupo de 15 a 24 anos. No Nordeste, das mulheres atualmente unidas e que não estavam usando nenhum método anticoncepcional, 31% manifestaram a intenção de serem esterilizadas nos próximos doze meses a contar da data da entrevista e 36% planejam fazê-lo mais tarde.

Esta verdadeira cultura da esterilização no país está, a nosso ver, garantida pela cumplicidade que se estabelece entre as mulheres e os profissionais de saúde. Para as mulheres que não querem ter mais filhos, por razões as mais variadas cuja análise dos determinantes foge ao escopo do pequeno atalho que representam estas breves notas, e não dispondo de recursos para comprar a pílula ou não se sentindo bem com ela, só lhes resta a alternativa da lequeadura. Mas sendo a esterilização proibida pelo Código Penal Brasileiro<sup>15</sup> e pelo Código de Ética Médica, os profissionais de saúde realizam a lequeadura durante uma cesárea. Como já é amplamente sabido, neste caso, o custo hospitalar da paciente e os honorários do médico estão cobertos pelo

---

<sup>13</sup> GRUBB, G.S., PETERSON, H.B., LAYDE, P.M., RUBIN, G.L.. Regret after decision to have a tubal sterilization. *The American Fertility Society. Fertility and Sterility*, vol 44, n. 2, August 1985.

<sup>14</sup> PINOTTI, J. A. et al. Identificação de fatores associados à insatisfação após esterilização cirúrgica. *Gin. Obst. Bras.* 9(4) 304, 1986.

<sup>15</sup> Pelo Código Penal Brasileiro, elaborado em 1940, Art. 129, parágrafo 2º III, a esterilização é crime por ser considerada uma lesão corporal de natureza gravíssima, quando resulta na perda ou inutilização da função reprodutiva. Neste sentido, a pena correspondente é de reclusão de 2 a 8 anos.

INAMPS e o custo adicional da esterilização é pago “por fora” pela gestante.<sup>16 17</sup>

Isto explica porque, em 1986, 75% das esterilizações foram feitas junto com o último parto, ou seja, com uma cesárea. Esta média nacional era superada por 50% das unidades da Federação alcançando os maiores valores no Pará (82,6%), São Paulo (83%) e Amazonas (85,9%). A pesquisa recente de São Paulo revelou que 80% das ligaduras tubárias foram feitas durante uma cesárea. Ilustra bem esta situação o fato de 55% das esterilizadas declararam ter pago, em dinheiro, ao médico pela operação, e em 11% dos casos, além do INAMPS e de convênio, pagaram também uma parte em dinheiro. O convênio ou INAMPS cobriram o total do custo para 11% das mulheres. Chama a atenção, entretanto, que 23% das laqueadas referiram que a operação foi feita gratuitamente, ou seja, paga por alguma fonte que elas desconheciam. Uma possível pista para explicar parte desta situação pode estar no relatório da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar que, em 1989, lista aproximadamente 150 instituições em todo do país, entre hospitais, clínicas e maternidades com as quais mantém convênios.

Os arranjos com os profissionais de saúde se dão, na maior parte das vezes, durante o pré-natal, chegando estes casos a 50%. Osis<sup>18</sup> e colaboradores, ao entrevistar, em 1988, 3.703 mulheres em idade reprodutiva no estado de São Paulo, constataram que 87% das mulheres discutem sobre fazer uma esterilização com seus médicos durante o pré-natal. Logo antes do parto também ocorrem acertados, em

---

<sup>16</sup> BARROS, F.C., VAUGHAN, J.P., VICTORIA, C. G., HUTTLY, S.R.A. Epidemics of Caesarean Sections in Brazil. *The Lancet* 338 (20): 167-169, 1991.

<sup>17</sup> FAÚNDES, A., CECATTI, J.G.. A operação cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Posturas de Ação. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7(2): 150-173, abr/jun, 1991.

<sup>18</sup> OSIS, M.J.D. et al. Laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. *Revista de Ginecologia e Obstetria* 1 (3): 195-204, 1990

uma média de 10%, e 11% das esterilizadas declararam que a decisão médico-paciente foi tomada durante o próprio trabalho de parto! Dada a situação descrita, 32% das mulheres declararam que engravidaram para serem esterilizadas durante o parto - por cesárea é claro!

Que o parto cirúrgico é realizado para fazer uma esterilização fica patente no confronto das percentagens de 80% e 33% de cesáreas no último parto para, respectivamente, mulheres esterilizadas e não esterilizadas, em 1992 em São Paulo (tabela 5).

Também no Nordeste a proporção de cesáreas no último nascido vivo para aquelas mulheres que tiveram pelo menos um nascido vivo nos últimos cinco anos foi igual a 52% para as esterilizadas e 21% para as não esterilizadas.

A tabela 5 permite perceber ainda que a incidência de cesárea no último parto cresce com o nível de instrução das mães, o que se confirma trabalhos anteriores.<sup>19</sup> Esta tendência se verifica tanto para esterilizadas quanto para as demais.

---

<sup>19</sup> FAÚNDES, A., CECATTI, J.G., opus cit..

**Tabela 5** - Percentagem de últimos partos por cesárea, em mulheres alguma vez unidas, de 15 a 50 anos, esterilizadas e não esterilizadas, por nível de instrução. São Paulo, 1992.

<b>Nível de Instrução</b>	<b>Total</b>	<b>Esterilizadas</b>	<b>Não Esterilizadas</b>
Analfabeta ou primário incompleto	36,7	71,1	24,3
Primário completo a ginásio completo	48,3	83,1	31,8
Colegial incompleto ou mais	60,1	87,7	48,1
<b>TOTAL DAS MULHERES</b>	<b>46,8</b>	<b>80,1</b>	<b>32,9</b>

Fonte: Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da Mulher Negra. CEBRAP, 1992.

### **O abuso das cesáreas**

Assim como o desejo ou a necessidade de uma esterilização leva, através dos mecanismos supra apontados, a cesáreas, também o abuso dos partos operatórios, pela classe dos gineco-obstetras, leva muitas mulheres à esterilização, por terem feito muitas cesáreas e poderem correr risco de ruptura do útero. Mostraremos que também esta segunda linha de causalidade está presente no país, contribuindo para a elevada prevalência de laqueaduras turbarias. Antes, documentaremos a alta prevalência de cesáreas entre as mulheres brasileiras.

Um estudo de âmbito nacional com pacientes do INAMPS mostrou um crescimento de 15% para 31%, entre 1970 e 1980, na proporção de nascimentos por cesárea.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> GRANADO-NEIVA, J.G.. Operação cesárea no INAMPS. XXVI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro 1992.

Trabalhando com praticamente um milhão de nascimentos ocorridos entre 1981 e 1986, em 192 maternidades de 15 estados brasileiros, o informe do Comitê Latino-americano de Perinatologia, (CLAP/OPS/OMS)<sup>21</sup> revelou um crescimento de 20% em 1981 para 26% em 1986, na proporção de partos por cesárea. Sob a coordenação da Divisão de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde, este estudo revelou ainda grande variação entre os estados, chegando os partos operativos a atingir 42% dos nascimentos. O estudo mostrou também que os hospitais privados que atendem à população de renda mais alta são aqueles que apresentam o maior índice de operações cesarianas. Projeções feitas pelo Comitê levaram a prever que, em 1995, de cada 100 nascimentos ocorridos no país, 60 sejam por cesáreas.

A declaração de nascimentos para os partos hospitalares, introduzida nestes últimos anos pelo Ministério da Saúde, possibilitará informações atualizadas, ano a ano, de cobertura nacional, sobre os partos operatórios. Para alguns estados, os dados já disponíveis permitem documentar os elevados índices de cesáreas. Em 1991, foram de 68,7% e de 53,1% as proporções de nascidos vivos por partos cirúrgicos, no Mato Grosso do Sul e Goiás, respectivamente.<sup>22</sup> Rondônia e Sergipe apresentaram índices menores, ou seja, pela ordem, 29,8% e 19,1%.

São Paulo não foge à regra. Pela tabela 6 pode-se ver que estes índices para as 43 regiões se governo variaram de 31% a 78%, em 1992, e dois terços de todas as regiões têm proporções acima dos 50%. Para o estado, está estimada em 53,4%.

---

<sup>21</sup> Nascimento por cesárea em instituições Brasileiras. Informe elaborado pelo CLAP/OPS/OMS. Centro Latino-americano de Perinatologia Y Desarrollo Humano. Montevideu, Uruguai, 1988.

<sup>22</sup> MELLO JORGE, M.H. et al. O sistema de informação sobre nascidos vivos. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), 1992, n° 7

**Tabela 6 - Proporção de nascidos vivos por cesárea nas Regiões de Governo do Estado de São Paulo, 1992**

<b>Regiões de Governo</b>	<b>Cesáreas</b>	<b>Regiões de Governo</b>	<b>Cesáreas</b>
Catanduva	78,1	Ourinhos	53,9
S. José do Rio Preto	75,3	Botucatu	53,3
Araraquara	72,6	S. José Campos	52,9
Bauru	69,2	Rio Claro	52,6
Andradina	67,8	S. João Boa Vista	51,9
São Carlos	66,4	Franca	51,5
Guaratinguetá	64,6	Ribeirão Preto	49,3
Araçatuba	64,5	Bragança Paulista	48,5
Lins	63,5	Limeira	46,7
S. Joaquim da Barra	62,7	Taubaté	46,6
Assis	61,8	Itapetininga	43,8
Barretos	61,5	Jundiaí	43,6
Jaú	61,3	Avaré	42,9
Marília	61,2	Área Metropolitana	42,8
Piracicaba	60,5	Santos	41,1
Votuporanga	59,2	Sorocaba	41,0
Tupã	58,8	Fernandópolis	38,9
Adamantina	58,2	Cruzeiro	33,1
Dracena	56,8	Itapeva	31,8
Jales	56,4	Registro	31,4
Presidente Prudente	55,4	Caraguatatuba	31,2
Campina	55,4		

Fonte: Fundação SEADE.

Que o abuso das cesáreas tem levado a uma seqüência deste tipo de parto, o que acaba por determinar uma esterilização para evitar problemas mais sérios, pode ser visto claramente na tabela 7, que incluiu séries de partos para dois, três e quatro nascidos vivos. Começando com as mulheres que tiveram dois nascidos vivos, observa-se, em primeiro lugar, que 63,6% das esterilizadas tiveram uma cesárea no primeiro parto, enquanto que para as não-esterilizadas

esta proporção correspondeu a apenas 28,4%. A seqüência de duas cesáreas nos dois partos foi de 63,6% e 27,2%, respectivamente, para laqueadas e não-laqueadas.

Passando a considerar as mulheres que tiveram três nascidos vivos, observa-se, em primeiro lugar, que a cesárea no primeiro parto esteve presente para 51,2% das esterilizadas e para apenas 18,1% das demais. No segundo parto, 48,8% e 17,3%, respectivamente, das esterilizadas e não esterilizadas tiveram partos operatórios. A seqüência de três cesáreas foi apresentada por 42,7% das esterilizadas, em contraste com 12,8% das que ainda não utilizaram esta prática.

Finalmente, considerando as mulheres com quatro nascidos vivos, observa-se, em primeiro lugar, que no parto 44,5% das esterilizadas e apenas 11,2% das não esterilizadas fizeram cesáreas. Já no segundo parto, estas proporções passam, respectivamente, a 22,2% e 16,7%. No terceiro parto, 28,8% e 16,7%. Por último, a seqüência de quatro cesáreas foi praticamente três vezes maior para as esterilizadas do que para as demais. Estes achados corroboram, sem sombra de dúvida, a causalidade mencionada, ou seja, que o abuso das cesáreas é um dos determinantes das esterilizações no país.

O contraste entre as freqüências apresentadas pelas esterilizadas e não esterilizadas, frente às diversas seqüências, para um número fixado de filhos, permite ainda exemplificar o outro tipo de vinculação entre cesárea e esterilização referido anteriormente, ou seja, buscar a cesárea para poder ser esterilizada. De fato, as seqüências VC, VVC e VVVC (V= partos por via vaginal e C= partos por cesárea) são as que mais claramente ilustram esta situação e, nestes casos, são flagrantes as diferenças entre esterilizadas e não esterilizadas:

VC	25,0	11,7
VVC	31,7	4,2
VVVC	40,1	5,6



A tabela 7 permite ainda perceber que 11,4%, 11% e 24,5% das mulheres que foram esterilizadas com dois, três e quatro filhos, respectivamente, fizeram a laqueadura separadamente do momento do parto operatório, o que em média corresponde àquelas 20% mencionados anteriormente.

**Tabela 7** - Sequências de tipos de partos de nascidos vivos, para mulheres alguma vez unidas de 15 a 50 anos, esterilizadas e não esterilizadas, segundo o número de filhos tidos. São Paulo, 1992.

Número de Filhos	Seqüência de Partos	Esterilizadas	Não Esterilizadas
2	CC	63,6	27,2
	VC	25,0	11,7
	CV	0,0	1,2
	VV	11,4	59,9
	Todos	100,0	100,0
3	CCC	42,7	12,8
	VCC	4,9	0,0
	CVC	6,1	1,1
	VVC	31,7	4,2
	CVV	2,4	4,2
	VCV	1,2	5,3
	VVV	11,0	72,4
	Todos	100,0	100,0
4	CCCC	15,6	5,6
	VCCC	2,2	8,3
	CVCC	4,4	0,0
	VCVC	4,4	0,0
	VVVC	40,1	5,6
	VVCC	4,4	0,0
	VCVV	0,0	2,8
	VVCV	2,2	2,8
	CVVV	2,2	5,6
	VVVV	24,5	69,3
	Todos	100,0	100,0

C = Cesárea; V = Vaginal.

## Para concluir

Como ficou patente, há no Brasil um abuso da moderna tecnologia reprodutiva. Por um lado, uma elevadíssima prevalência de partos operatórios e, por outro, o predomínio da contracepção cirúrgica. Mas acima de tudo, e neste sentido, o Brasil é um caso **único**, uma significativa associação entre ambos, o que constitui sério problema de saúde pública. Não só a morbimortalidade reprodutiva e as condições do recém-nascido estão diretamente afetadas por este *status quo*, como os custos hospitalares para o sistema previdenciário crescem desnecessariamente.

E o ponto nevrálgico desta questão está, sem nenhuma sombra de dúvida, na postura da classe médica, em especial dos gineco-obstetras. Esta corporação sabe muito bem que as razões para nossa epidemia de casáreas vão além dos motivos de indicação médica, para a mãe ou para o feto, mas continuam a preferir partos operatórios ou por comodismo ou por despreparo para realizá-los via vaginal. Faundes de Cecatti,<sup>23</sup> em exaustivo trabalho sobre o tema, discutem os fatores institucionais e legais e da atenção obstétrica que influenciam a alta incidência de cesáreas. Enumeram e demonstram as sérias conseqüências para o recém-nascido e para a mulher, que advêm das cesáreas sem indicação médica.

Não menos importante é a já tão propalada falta, no sistema público de saúde, da cobertura de assistência à saúde reprodutiva, o que priva as mulheres do exercício de seus Direitos Reprodutivos.

Em resumo, as mulheres no Brasil, principalmente aquelas dos setores populares - e que são a maioria -, vivem em uma séria encruzilhada. Contando apenas com a pílula, como método reversível, comprada nas farmácias sem receituário médico, e não dispondo do

---

<sup>23</sup> FAÚNDES, A., CECATTI, J.G., opus cit.

aborto legal para eventuais falhas, vêm na esterilização uma “tábua de salvação” contra o desamparo em que vivenciam a saúde reprodutiva. Mas, para tanto, precisam recorrer a uma cesárea, mesmo sem nenhuma indicação médica, pagando “por fora” ao médico. Outras vezes, são forçadas a este procedimento, pelo abuso de cesárea anteriores por parte dos médicos.

Mais exemplar, negativamente falando, não pode ser a situação do Brasil. Urgentes são as ações exemplares para mudar este quadro.



O Centro Feminista de Estudos e Assessoria - CFEMEA é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, com sede em Brasília - DF - Brasil, que tem por objetivo informar, facilitar a articulação e assessorar as organizações de mulheres sobre o processo legislativo para assegurar a igualdade de direitos entre homens e mulheres.

Neste sentido, desde março de 1992, desenvolve em estreita articulação com o movimento de mulheres o Programa Direitos da Mulher na Lei e na Vida, cujas atividades principais consistem em: a) acompanhar dos projetos de lei relativos à mulher no Congresso Nacional, b) manter as organizações de mulheres informadas sobre a tramitação das proposições de seu interesse no Congresso Nacional, e c) sensibilizar e promover a educação pública dos parlamentares federais nas questões de gênero, bem como informá-los sobre os debates e posições firmadas pelo movimento de mulheres em relação às questões em pauta no Congresso Nacional.

### **Democratizando a informação**

O CFEMEA edita mensalmente o boletim FÊMEA, que informa sobre os projetos de lei relativos à mulher no Congresso Nacional. Este boletim é distribuído, gratuitamente, às organizações de mulheres, aos parlamentares federais, aos órgãos governamentais voltados para a temática da mulher e outras entidades da sociedade civil cadastradas na mala-direta do Centro.

É responsável, também, pela edição da página Mulher trabalhadora - uma redundância..., veiculada no Jornal do DIAP - Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar.

### **Outras publicações do CFEMEA**

*Pensando Nossa Cidadania - Propostas para uma Legislação não Discriminatória*, onde analisa os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional, que dizem respeito às questões das mulheres. Editado em março 1993.

*As Mulheres no Congresso Revisor*, que procura resgatar o processo de mobilização das mulheres na Assembléia Nacional Constituinte, reafirma a posição do movimento, favorável à regulamentação da Constituição e apresenta as propostas que devem ser regulamentadas. Editado em dezembro de 1993. (esgotado)

*Direitos da Mulher - O que Pensam os Parlamentares*, resultado de uma pesquisa de opinião realizada dentro do Congresso Nacional, em 1993, que indica, sob a ótica feminista, as tendências políticas gerais e as posições individuais de Deputados e Senadores sobre os direitos da mulher. Editado em janeiro de 1994.

*Guia dos Direitos da Mulher*, que informa às mulheres sobre os seus direitos específicos já garantidos nas normas legais em vigor, bem como dos mecanismos existentes para exercê-los. (no Prelo)



**CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA**