



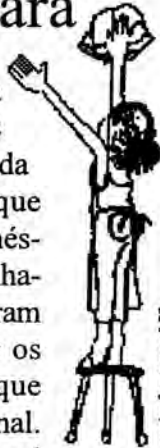
O Ministério da Saúde e a mulher

mulher fempress nº 141



Emprego doméstico é aprovado na Câmara

Foi aprovado, no final de abril, na Comissão de Trabalho da Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei nº 1.626/89, da senadora Benedita da Silva (PT-DF), que propõe a regulamentação do emprego doméstico. Cerca de 100 representantes de trabalhadoras(es) domésticas(os) de todo o país vieram à Brasília com o objetivo de pressionar os parlamentares para aprovar o projeto que tramita há nove anos no Congresso Nacional. No dia 20 de maio, a Confederação Nacional dos Trabalhadores Domésticos, a senadora Benedita da Silva (PT-RJ), o CFEMEA e o CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, se reuniram com o Ministro do Trabalho, Edward Amadeu. O Governo alegou que não existe fonte de custeio para o seguro-desemprego. A senadora Benedita concordou então em suprimir do texto o seguro-desemprego como forma de facilitar a aprovação do projeto na Câmara dos Deputados. O projeto deve ser submetido ainda ao plenário da Câmara e à sanção presidencial. (Pág. 3)



mulher fempress nº 77

Ao assumir a Pasta da Saúde, o ministro José Serra acenou com prioridade na sua gestão a saúde da mulher. Sobre a interrupção da gravidez chegou a afirmar que "atender os casos de aborto legal é dever do Estado." Na época que era constituinte o ministro votou a favor do SUS. O Movimento de Mulheres está vigilante e apreensivo e espera que o discurso ministerial se transforme em prática. As mulheres destacam que é importante que o governo amplie e contemple o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) e contemple ainda a saúde e direitos sexuais e reprodutivos no currículo das escolas de saúde. (Págs. 4, 5, 6, 7 e 8)

Nações Unidas e os direitos humanos

A 54ª sessão da Comissão de Direitos Humanos (CDH) da ONU, realizada em Genebra de 9 de março a 24 de abril, revela o avanço e integração contínuos da temática de gênero em todo o sistema de direitos humanos da ONU e a eliminação da violência contra a mulher. (Pág. 10)



mulher fempress nº 81

2 Mulher e Cuba

4 Maternidade e AIDS

9 Mercado de Trabalho

Editorial

No dia 28 de maio, comemora-se o Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher, e nacionalmente o Dia de Luta contra a Mortalidade Materna. Para as organizações do movimento de mulheres, estas são datas marcantes em que procuramos dar visibilidade às nossas denúncias e força a nossa luta pela melhoria da qualidade do atendimento à saúde da mulher. Neste sentido, dois artigos publicados nesta edição tratam da saúde da mulher, no novo contexto em que o titular da Pasta da Saúde, Ministro José Serra, afirma ser esta uma questão prioritária para a sua gestão.

A propósito dessa data, vale lembrar que o governo federal, no documento 1997 - *O ano da Saúde no Brasil* estabeleceu como meta a redução do coeficiente de mortalidade materna de 115 por 100 mil nascidos vivos, para 85 por 100 mil nascidos vivos ainda em 1998. No plano internacional, o compromisso do governo, assumido na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada em 1994, visava reduzir este coeficiente em 50% até o ano 2000.

Segundo consta do Relatório da Comissão Especial da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, constituída ao nível da Câmara dos Deputados, as programações nominalmente identificadas no Orçamento da União como ações voltadas à proteção da saúde da mulher totalizaram R\$ 215.912.441,00 dos quais foram executados R\$ 31.611.970,00 correspondentes a 15,1%. Em 1997, a dotação autorizada foi de R\$ 280.850, e haviam sido executados até outubro R\$ 73.278,00 correspondendo a 26,1%.

Arquivo CFEMEA



Deputada Sandra Starling

Desde a fundação do Partido dos Trabalhadores - da qual participei ativamente, não apenas em Minas Gerais, como em São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília, - tenho refletido sobre a questão da "limitação do número de mandatos". Em resumo, inspirada no rodízio dos cidadãos de Atenas no exercício das funções públicas, sempre defendi que meu partido adotasse essa prática, ou seja, nossos deputados, senadores, vereadores e ocupantes de cargo executivo teriam de, necessariamente, ceder espaços para novas lideranças. Se a Grécia foi a inspiradora inicial dessa convicção, a mesma ganhou nova dimensão ao estudar as reflexões de Hannah Arent sobre a liberdade sobretudo, na leitura dos versos de René Charr, depois do fim da II Grande Guerra. De fato, teórica e praticamente pude vivenciar o que significa ocupar espaço

Carta aberta aos leitores

público, em termos de capacitação política e de obtenção de informações - condições sem as quais ninguém pode almejar ser cidadão, livre e, portanto, pleno. Nos últimos anos, assisto espantada a mudança qualitativa da política brasileira (mas não só aqui) e observo sua marcha decidida para a transformação da arena pública em "política de espetáculo" (na expressão de Gore Vidal) ou em "circo e mídia" (segundo Roberto Kurs). Ora, poucos têm a oportunidade de avaliar a extensão desse problema e, portanto, adquirir capacitação política para tentar superá-lo e obter informações que façam dele um verdadeiro cidadão, (já que a imprensa é hoje co-partícipe dessa desqualificação da política). Mais uma razão para tentar, pelo menos, discutir a questão da "limitação do número de mandatos".

Tendo já exercido três mandatos (um estadual e dois federais), julgo ser este o momento de abrir a discussão, praticando, ao mesmo tempo, aquilo que há muitos anos me seduz.

Essa é a razão pela qual não me candidatarei à reeleição ao cargo de Deputada Federal em 98. Entretanto, gostaria de colocar o meu nome à disposição do partido para a tarefa que me for por ele incumbida ajudando-o, ainda, a estimular outras instituições a debater o problema da política brasileira. Essa é minha opção.

Saudações! ■

CFEMEA - CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ACESSORIA

SCN Ed. Venâncio 3000, Bl. "A" sala 602 - 70718-900 Brasília, DF - Telefone: (061) 328-1664 Fax: (061) 328-2336 E-mail: cfemea@axlibase.org.br ou cfemea@tba.com.br

Programa DIREITOS DA MULHER NA LEI E NA VIDA

Equipe responsável: Gilda Cabral, Guacira César de Oliveira, Iáris Ramalho Cortés, Malô Ligocki e Marlene Libardoni.

Conselho Consultivo: Parlamentares: Deputadas Fátima Pelaes, Jandira Feghali, Laura Carneiro, Maria Elvira, Marilu Guimarães, Marta Suplicy, Rita Camata, Zulaie Cobra. Deputados Eduardo Jorge, Fernando Gabeira, Fernando Lira, José Genoíno, Miguel Rosseto, Miro Teixeira, Regis de Oliveira. Senadoras Benedita da Silva, Emilia Fernandes. Senadores Ademir Andrade, Lúcio Alcântara, Roberto Freire. Feministas: Albertina Costa, Ana Alice Alcântara Costa, Ana Maria Rattes,

Elizabeth Oliveira Barreiros, Florisa Verucci, Heleith Saffioti, Jacqueline Pitanguy, Leilah Borges Costa, Marah Régia, Margaret Airlha, Maria Amélia Teles, Maria Aparecida Shumaker, Maria Berenice G. Delgado, Maria Helena Silva, Nair Goulart, Sônia Correia, Sueli Carneiro.

Comitê de Especialistas:

Álvaro Villaça, Denise Dourado Dora, Elizabeth Garcez, Leila Linhares, Maria Bethania Melo Ávila, Paola Cappellin Giuliani, Sílvia Pimentel, Vera Soares

Conselho Editorial: Guacira Oliveira, Gilda Cabral e Marlene Libardoni

Jornalista Responsável: Edna Maria Cristina Santos

Composição e Arte Final: Adriano Fernandez Cavalcante

Impressão: Athalaia Gráfica e Editora Ltda - Brasília-DF

Apoio: Fundação Ford, Fundação MacArthur, NOVIB, UNIFEM e FNUAP.

Campanha de auto-sustentação do Geledés

mulher fempress n° 92



O Geledés - Instituto da Mulher Negra - comemorou o aniversário de 10 anos com uma semana de debates e eventos culturais em São Paulo, de 27/04 a 03/05. Os destaques foram a "Mostra de Cinema Geledés": A Discussão da Condição do Negro, Workshop sobre a Mulher Negra e Estratégias de Comunicação, Recital de Cantoras Líricas Negras e a Conferência - Mo-

vimento Negro Brasil e EUA: uma abordagem comparativa com a cientista política afro-americana, Melissa Nobles. A Semana Geledés lançou oficialmente a campanha nacional de divulgação e auto-sustentação que a instituição vai encerrar em abril do próximo ano. Estão previstos para 98 o lançamento do CD-ROM Geledés, programa de TV da entidade e campanha publicitária para vendas de camisetas. ■

Morre Bella Abzug

A advogada norte-americana, lutadora incansável na defesa dos direitos das mulheres, Bella Abzug, morreu no mês passado nos EUA, aos 78 anos. Era uma ativista do Movimento de Mulheres. Ficou conhecida pelos chapéus que durante os anos 90 enfeitaram as sessões cinzentas e sisudas das conferências das Nações Unidas. Judia, nascida em Nova Iorque, foi militante do Partido Democrata. Várias vezes deputada, perdeu uma eleição para a prefeitura de Nova Iorque. Nos anos 60 e 70 protestou contra nossas ditaduras e o abuso dos direitos humanos de presos políticos.



Unifem News n° 3

Na última década, Bella fundou a WEDO - Women, Environment and Development Organization (Organização das Mulheres pelo Meio Ambiente e o Desenvolvimento). Bella esteve no Brasil durante a ECO 92 e em 94 na Conferência Saúde Reprodutiva e Justiça. Voltou em 95 para a Rio + 5. ■

O emprego doméstico é de interesse público

Maria Goreti Aleixo*

Nos dias 28 e 29 de abril estiveram aqui em Brasília, aproximadamente 100 representantes de trabalhadoras(es) domésticas(os) de todo o país, dispostos a sensibilizar os deputados federais membros da Comissão de Trabalho. É que estava em pauta a votação do projeto de lei nº 1.626/89, da então deputada, hoje senadora, Benedita da Silva (PT-RJ) que propõe a regulamentação do emprego doméstico. Gastando seu parco dinheiro e muito tempo para chegar em Brasília, enfrentando desgaste pelas condições do trajeto que durou até três dias, elas vieram dizer aos homens do poder: "Olhem, somos 4,5 milhões de pessoas que hoje dependem de vocês, as eleições estão aí, então vão ser vocês que vão precisar da gente..."

A categoria, depois de 9 anos reivindicando a regulamentação da profissão queria ver aprovado o projeto de lei sobre o assunto, garantindo-lhes ainda o direito ao FGTS, ao seguro-desemprego e ao vale transporte.

No dia 29 de abril, depois de exaustivas negociações entre parlamentares governistas, oposição e assessores do Ministério do Trabalho foi aprovado, por unanimidade, o parecer do deputado Luciano Castro (PSDB-RR) favorável ao substitutivo do Senado Federal.

A emoção tomou conta do plenário. Abraços, choro e alegria dividiam os sentimentos das empregadas domésticas.

Entretanto, os assessores do Ministério do Trabalho advertiram: na Comissão de Constituição e Justiça não vai ser possível aprovar o projeto, porque não existe fonte de custeio para o seguro-desemprego da categoria.

Depois de várias consultas e articulações políticas para tentar viabilizar a manutenção do seguro-desemprego sem o êxito esperado, e frente a ameaça de ter todo o projeto pelo qual se lutou durante 9 anos rejeitado, a Senadora Benedita da Silva, autora do projeto, solicitou uma audiência ao Ministro do Trabalho, Edward Amadeu.

A Senadora, juntamente com representantes da Confederação Nacional de Trabalhadores Domésticos, do CFEMEA e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher foram recebidas pelo Ministro no dia 20 de maio, oportunidade em que ele comprometeu-se de, juntamente com o relator da matéria na CCJR, viabilizar a retirada do seguro desemprego do texto do projeto, aprovando-se tudo mais. A questão do seguro-desemprego será objeto de estudo do Ministério, afim de avaliar os seus impacto e viabilidade.

O PL 1626/89 aguarda parecer do deputado Marconi Perillo (PSDB-GO) que foi designado relator da matéria na Comissão de Constituição e Justiça e depois segue para a decisão conclusiva do Plenário.

A expectativa e todas as articulações agora é de que o projeto, até o final de junho, já esteja nas mãos do Presidente da República para a sanção da nova lei. ■

(* Maria Goreti Aleixo - Assessora Parlamentar do CFEMEA.

Considerações sobre o aborto legal e a reprodução assistida

*Dr. Joaquim Roberto Costa Lopes**

Analisando o anteprojeto de lei que altera os dispositivos do Código Penal vemos que o mesmo, no seu art. 128-II, estabelece que não constitui crime o aborto praticado por médico se: "A gravidez resulta de violação da liberdade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida."

A nosso ver, a primeira questão levantada nesse parágrafo não carece de discussão, já estando inserida no próprio texto da lei vigente. Entretanto, o que diz respeito ao "emprego não consentido das técnicas de reprodução assistida", merece uma cuidadosa reflexão.

Um dos médicos brasileiros que mais pratica a reprodução assistida e publica matérias sobre o tema é o Dr. JG Franco Júnior, que, no capítulo 7 do seu tratado de Reprodução Assistida (Livreria e Editora Revinter, 1997), classifica o conjunto de procedimentos que visam facilitar a concepção em casais inférteis da seguinte forma:

1. Técnicas não-invasivas: quando não se procede a aspiração de folículos ovarianos. Neste grupo incluem-se os diversos tipos de inseminação artificial que consistem na introdução de espermatozoides, no aparelho genital feminino, após adequado preparo laboratorial. A fecundação, nesses casos, ocorre no ambiente intracorpóreo.

2. Técnicas invasivas: quando pratica-se a aspiração dos folículos ovarianos para captação de óvulos. Este grupo está principalmente representado pela fertilização "in vitro", onde a fertilização, ou seja, a penetração do espermatozoide no óvulo e a interação desses dois gametas, ocorrem em ambiente extracorpóreo após o manuseio laboratorial dos mesmos.

Todos esses procedimentos se acompanham da investigação prévia do casal, uso de medicações que estimulam a função ovariana e, sobretudo, de monitoração do ciclo em exames ultra-sonográficos e, em alguns casos, com coleta de sangue da paciente para dosagens hormonais. Diante disso, é pouco provável que se possa proceder a uma técnica de reprodução assistida sem o pleno conhecimento da mulher.

Por outro lado, a resolução 1358/92, do Conselho Federal de Medicina, estabelece normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, determinando no seu capítulo I - Princípios Gerais, que: "O consentimento informado (por escrito) será obrigatório e extensivo aos pacientes e doadores". Os legisladores agiram assim, pretendendo preservar aos participantes de tal processo o direito de conhecer os riscos, custos e chances de sucesso quanto à concepção diante de cada procedimento proposto, portanto, não cabe imaginar que tais procedimentos possam ser realizados, em face da sua complexidade, à revelia do casal ou da mulher.

Diante disso, pelas razões expostas, não nos parece justificado atrelarem-se as técnicas de reprodução assistida e as gestações que se obtêm com sua utilização, à autorização para a prática do aborto legal. Nos parece mais apropriado que a redação deste parágrafo limite-se a: "a gravidez resulte de violação da liberdade sexual".

No que tange aos outros itens do artigo 128 do referido anteprojeto vemos, com regozijo, um auspicioso avanço, quando contempla a permissão para o abortamento diante da fundada probabilidade do nascituro vir a apresentar graves anomalias físicas ou mentais. ■

() Joaquim Roberto Costa Lopes - Delegado da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana no Distrito Federal.*

Mãe pode evitar transmissão de AIDS

Atualmente com os novos medicamentos (AZT) as mulheres soropositivas grávidas podem evitar que seus filhos sejam contaminados pelo vírus da AIDS. Segundo Pedro Chequer, Coordenador Nacional do Departamento de DST/AIDS do Ministério da Saúde, a transmissão perinatal no Brasil hoje alcançou um patamar mínimo chegando a 3%, "considerando a medicação nesses casos como uma verdadeira vacina" afirmou, lamentando, no entanto, que grande parte das mulheres grávidas não têm essa informação. Segundo Chequer o AZT reduz em 2/3 a transmissão do vírus. O Ministério pretende lançar neste ano uma Campanha nos estados do sul do país com o objetivo de orientar as mulheres soropositivas sobre as precauções que devem tomar durante a gravidez para evitar que o filho contraia o vírus.

Nos Estados Unidos as mulheres também não estão informadas sobre a importância do AZT na gravidez. Mais de 3/4 das mulheres grávidas no EUA não sabem da existência do medicamento que pode evitar a transmissão do vírus para o filho. A constatação foi comprovada por um estudo realizado por uma equipe médica da Universidade da Califórnia, em San Francisco.

Em pesquisa que envolveu 247 mulheres, feita paralelamente ao estudo, apenas 24% afirmaram que sabiam da existência do remédio. Vários estudos já comprovaram que o AZT pode reduzir os riscos da criança contrair o vírus de 25% para 8%. ■



O aborto previsto em lei no contexto do SUS

Elcylene Leocádio*

Afirmam os juristas que a lei do aborto é auto-aplicável, ou seja, ela não requer lei suplementar para ser posta em prática. No entanto, onde existem serviços de aborto legal, gestores estaduais e municipais regulamentam sua prática por meio de leis ou portarias. A partir de uma demanda crescente do movimento de mulheres, foram implantados os primeiros serviços. Isso ocorreu apenas em conjunturas favoráveis, com a presença de feministas ou pessoas sensíveis ao problema da violência de gênero na coordenação de programas de atenção à mulher.

Reconhecendo a dificuldade dos profissionais de saúde para realização dessas atividades, fez-se necessário trilhar um caminho que garante maior segurança às equipes. Embora sensíveis ao problema, as equipes temem serem acusadas de prática criminosa, temem o preconceito dos próprios colegas e defrontam-se com dilemas relacionados a questões morais, éticas e religiosas.

Para atender adequadamente a uma mulher que solicita a interrupção de gravidez é necessário, além do conhecimento das técnicas adequadas para tratamento do problema, reconhecer que as mulheres não estão dispostas a submeter-se a qualquer tipo de violência. Reconhecer o seu direito de escolher com quem e quando ter uma relação sexual, respeitando o próprio desejo e o do seu companheiro. Compreender que o avanço da medicina e as novas tecnologias devem ser colocadas à disposição das pessoas, criando condições para escolhas informadas, ampliando sua capacidade de decisão. No caso de uma gravidez de alto risco, a tecnologia deve ser utilizada para garantir uma maternidade segura. Não parece justo que uma mulher seja obrigada a tentar a sorte de tratamentos por escolha da equipe médica, sem que lhe seja garantido o direito de opinar sobre o grau de risco que aceita correr para levar aquela gravidez a termo. Para atender a demanda de interrupção de gravidez, toda a equipe deve fazer um exercício de escuta permanente. Por tudo isso e quem sabe por muito mais, escolheu-se o caminho da negociação política.

Essa negociação foi liberada pelas mulheres organizadas, por meio de campanhas, oficinas de sensibilização e capacitação que valorizam aspectos sociais e subjetivos da atenção em saúde. Com a busca de parcerias, em especial no interior dos serviços públicos, e a produção consistente de pesquisas, teses, estudos sobre a repercussão do aborto na sociedade, foi tecida uma rede que articula os principais setores envolvidos com a questão da violência contra a mulher: saúde, segurança pública, justiça, mídia, formadores

de opinião, entidades científicas, universidades, movimentos organizados e grupos de apoio a mulheres em situação de risco.

Articulação incipiente considerando-se as dimensões continentais do Brasil. Mas significativa o bastante para manter o tema na mídia em momentos oportunos e para supor que consolida-se no panorama brasileiro uma tendência irreversível de ampliação desse atendimento no âmbito do SUS.

A oposição à oferta de serviços de aborto legal é articulada e forte. Mais ainda assim não foi capaz, até o momento, de construir argumentos que lhe permitam abrir mão dos adjetivos - e porque não dizer da histeria coletiva e das agressões - dando lugar a um debate civilizado, de idéias, princípios e convivência democrática entre diferentes.

A história escrita na última década mostrou que o caminho da negociação foi o mais adequado. As equipes que realizam esse atendimento resistiram a investidas de gestores que não priorizavam essas atividades e fizeram dessa luta uma coisa sua. Elas têm sido catalisadores importantes da mudança de postura e prática de profissionais de saúde em diferentes regiões do país. Hoje, apenas seis estados do Brasil oferecem serviços de aborto legal. Apenas 13 unidades realizam esse tipo de atendimento.

No último dia de sua gestão, o ex-ministro da saúde Dr. Carlos Albuquerque assinou a resolução do Conselho Nacional de Saúde recomendando que o atendimento ao aborto legal do SUS fosse normatizado pelo Ministério. Uma semana após assumir a pasta de saúde, o Ministro José Serra em seu discurso por ocasião do Dia Mundial da Saúde, dedicado este ano ao tema Maternidade Segura, afirmou que "atender os casos de aborto legal é dever do Estado".

O Ministério da Saúde tem poderes para normatizar a prática do aborto legal, do mesmo modo como faz em relação a todas as ações de saúde da mulher. No mês em curso, a área responsável pela saúde da mulher, criança e adolescente iniciou o processo de normatização. O poder executivo resgata com esta medida, o descompasso em relação aos poderes judiciário e legislativo, que em 1940 aprovaram o artigo 128 do Código Penal brasileiro. Espera-se que esta medida mobilize estados e municípios a prestarem este atendimento, avançando na construção da democracia e da igualdade de gênero, em consonância com acordos firmados internacionalmente e assinados pelo governo brasileiro. ■

(* Elcylene Leocádio - Médica sanitária responsável pela área técnica de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente do Ministério da Saúde.



A prioridade Serra: saúde da mulher

Fátima Oliveira*

O senador e economista José Serra causou perplexidade, em quem prestou atenção ao seu discurso, por ocasião de sua posse no Ministério da Saúde, quando mencionou que a sua prioridade será "Saúde da Mulher"! A pergunta que pude fazer ao saber de tal disposição foi: ele é Ministro da Saúde de qual País, mesmo? Como é do Brasil, apego-me à filosofia de São Tomé: "só vendo para crer".

Passado o susto, e instigada pelo manto de silêncio que recobre a prioridade ministerial, eu, enquanto médica e antiga ativista da Saúde da Mulher, no momento vivenciando a angustiante e paranóica condição de médica plantonista em dois Pronto Socorros públicos de Belo Horizonte – imersa numa epidemia de dengue que o Brasil inteiro sabe que é fruto do descaso, de atitudes que carecem de eticidade na distribuição das parcas verbas existentes para a saúde, só explicável pela irresponsabilidade dispensada à saúde e à vida humana – ouso compartilhar com as pessoas interessadas, inclusive com o Sr. Ministro da Saúde, algumas inquietantes constatações e indagações, a começar pela realidade brasileira, na qual a luta pela saúde é parte integrante da luta pela cidadania e pelo "direito de não morrer precocemente", embora a atitude governamental reinante, nos níveis federal, estadual e municipal – aqui com raríssimas exceções – desconheça que a luta pela saúde é parte indissociável da busca de garantia dos Direitos Humanos.

É importante lembrar que não precisamos inventar e nem reinventar a "pólvora". Ou seja, o Brasil não precisa de um "novo" projeto para a Saúde. Temos um, inclusive inscrito na Constituição Federal (Art. 198, III), pois o SUS – Sistema Único de Saúde, enquanto proposta é magistral e incorpora os referenciais da universalidade (*Saúde é direito de todos e dever do Estado*), da integralidade, da equidade e da qualidade na atenção à saúde, embora tenha abordado a "Saúde da Mulher" de forma secundarizada, faltando-lhe, portanto, incluir o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher como uma diretriz indispensável para garantir a equidade do seu modelo assistencial.

É de domínio público que o atual Ministro da Saúde votou a favor do SUS na Constituição de 1988. Logo, espera-se que ele honre o privilégio de implementá-lo. A notícia alvissareira que o Sr. Ministro poderia dar ao povo brasileiro seria dizer que defenderá, com intransigência, o SUS por uma questão de ética da responsabilidade. Eis o ponto de partida.

Falar em Saúde da Mulher como prioridade sem a defesa do SUS, é uma abstração, pois sem SUS a "pleno vapor" é absolutamente impossível deslanchar o PAISM. Os serviços de saúde no Brasil hoje, quer públicos quer pri-

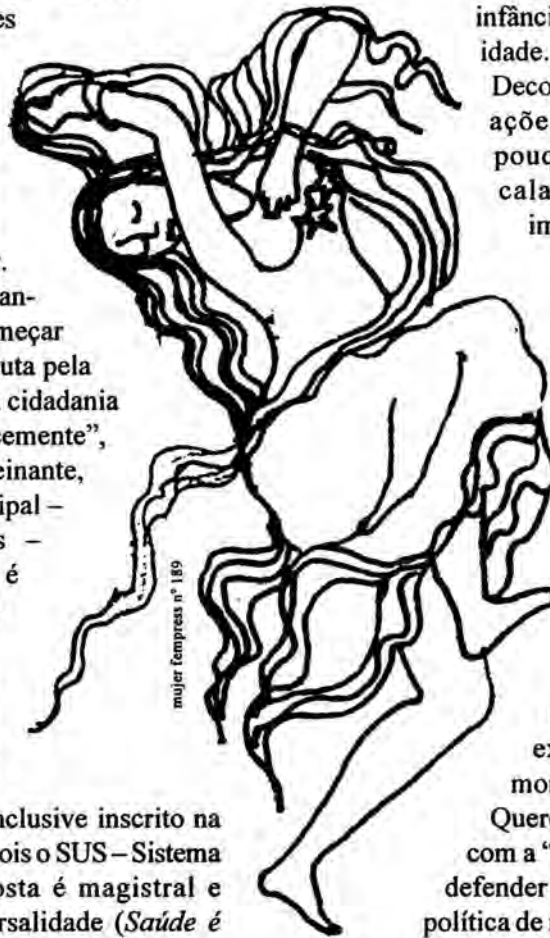
vados (o SUS é composto por serviços públicos e complementado pelos privados), não priorizam o atendimento integral à Saúde da Mulher. Não por falta de proposta, mas por pura ignorância machista, algo semelhante à manutenção de uma tradição, pois a Saúde da Mulher jamais obteve algum estatuto de essencialidade em qualquer governo de nosso país.

A idéia de que a saúde feminina merece alguma atenção no Brasil só começou a vingar a partir de 1930, ocasião em que foi instituído o primeiro esboço de ações na área, cujo objetivo era dar alguma cobertura à gravidez e ao parto. A partir de 1985, graças ao incansável trabalho de feministas, o governo adotou um modelo assistencial para a Saúde da Mulher: PAISM, que visa atender as mulheres de modo integral em todas as fases de sua vida: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

Decorridos exatos 13 anos, temos algumas ações preconizadas pelo PAISM em pouquíssimos municípios. A situação calamitosa decorrente da não implementação do PAISM no Brasil se expressa, sobretudo, na falta ou na pouca cobertura de métodos contraceptivos na rede pública; no alto índice de esterilização cirúrgica e de cesáreas, e na taxa inaceitável de morbi-mortalidade materna, na qual a situação de criminalização do aborto em si evidencia questões bioéticas de grande monta. Embora cerca de 70% dos partos sejam hospitalares, o Brasil ocupa o 4º lugar em mortalidade materna na América Latina! Enquanto isso, temos de conviver com a atitude expectante de quem deveria "mover montanhas" para impedir tal caos.

Quero lembrar que algum compromisso com a "Saúde da Mulher" exige ousadia para defender e implementar o SUS, em meio à uma política de mal estar social estabelecida em nosso país, e o entendimento que Saúde da Mulher é igual à implementação do PAISM, ainda a grande bandeira das mulheres em luta pela saúde. Para cumprir os pontos citados, é necessário respeitar e dar visibilidade ao disposto sobre os direitos sexuais e reprodutivos nos Instrumentos Internacionais de Proteção aos Direitos da Mulher, dos quais o Brasil é signatário, tais como: *Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, Cairo 94 e Pequim 95*.

A única esperança de implantação/implementação do PAISM é a Rede Pública de Saúde, já que o fato de o PAISM não ser uma diretriz do SUS – embora esteja normatizado pelo Ministério da Saúde – tem como decorrência o abusivo cenário que o setor privado conveniado com o SUS faz de conta que Saúde da Mulher é algo restrito à atenção ao momento do parto e em geral só atende partos e cirurgias ginecológicas!



continuação...

Do ponto de vista de uma concepção de assistência integral à saúde, é necessário que ampliemos e complementemos o PAISM (rumo a uma visão mais avançada de integralidade) e que tenhamos sensibilidade para com as questões concernentes ao recorte racial/étnico, em especial que sejamos capazes de contemplar as doenças raciais/étnicas, em particular àquelas cujas interfaces com a saúde reprodutiva da mulher negra já estão bem definidas, tais como Diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme.

Há que se enfrentar também os problemas no âmbito do aparelho formador, notadamente escolas de medicina e de enfermagem, onde é explícita a ausência de enfoques sobre a saúde feminina com perspectiva de gênero, enquanto corpo teórico, no currículo e o desconhecimento até de conceitos básicos como saúde e direitos sexuais e reprodutivos em disciplinas como ginecologia e obstetria.

Urge que os Ministério da Saúde e o da Educação, em conjunto com o aparelho formador, busquem contemplar a *saúde e direitos sexuais e reprodutivos* no currículo das escolas de saúde, considerando os aportes da teoria feminista, os compromissos assumidos pelo Brasil nos fóruns da ONU na década de 1990 e a abordagem de tais temas no leito da bioética. É emergencial que a *atenção integral à Saúde da Mulher* seja um referencial do modelo de assistência (preventiva e curativa) ministrado em nossas escolas.

Lembre-mo-nos das novas questões. Dentre elas, a violência doméstica e sexual como um determinante importante também de distúrbios da sanidade mental; a feminização e a pauperização da aids, que exigem uma abor-

dagem, além das práticas sexuais, inclusive das desigualdades de gênero e sociais; e a apresentação e a banalização das NTRC – Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas como um tratamento curativo de infertilidade.

Cabe recordar algo indispensável, que é a qualidade na assistência à Saúde da Mulher, que tem

como pré-requisitos a concomitância dos seguintes itens: desenvolver serviços que primem pelas ações de educação continuada (para elevar o nível de consciência de prestadores/as e usuárias dos serviços); pela competência e excelência das instituições de saúde e atitude de acolhimento e solidariedade permanente para com as usuárias, além de relações de poder democráticas, onde as usuárias sejam consideradas parceiras e suas vozes sejam necessárias e consideradas quanto ao monitoramento social e ético da atenção prestada.

Enfim, para “abrir o debate”, é bom que a nova equipe que comanda a Saúde tome ciência do que consta no *Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*

(02 a 06/09/1996) sobre a prioridade atual do Ministério: “Implantação imediata do PAISM; Expansão dos Serviços de Aborto Previsto em Lei e sua realização pelos hospitais públicos; O Programa de Saúde do Trabalhador deve considerar o impacto das condições de trabalho no corpo de mulheres e de homens, assim como as especificidades raciais/étnicas; e a Realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher”. Mãos à obra. AXÉ! ■

(*) *Fátima Oliveira - Médica. Diretora da UBM – União Brasileira de Mulheres; do Conselho Diretor da CCR – Comissão de Cidadania e Reprodução e da RedeSaúde – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.*



Internacionalizar a solidariedade

Deputada Maria Laura

Solidariedade com a luta e resistência do povo cubano e, em particular, das mulheres e condenação ao bloqueio econômico dos EUA à Cuba, foram os eixos centrais do Encontro Internacional de Solidariedade Entre Mulheres, do qual participei, realizado em Havana, de 13 a 16 de abril. Éramos 2.946 mulheres de 79 países, que em uníssono denunciávamos os efeitos maléficos das políticas neoliberais que aprofundam a concentração de riqueza e renda, o desemprego, a exclusão econômica, social e política da maioria da população do Planeta, enfim, a pobreza, cujas principais vítimas são as crianças e as mulheres - há uma feminização da pobreza - e protestamos contra o bloqueio econômico imposto pelos EUA à Cuba, com sérios sacrifícios para os cubanos e cubanas, pondo em risco as conquistas obtidas por aquele bravo povo, através da revolução.

Além de propostas que visam eliminar a

discriminação e opressão das mulheres e a feminização da pobreza, discutimos nesse encontro elementos para a elaboração de um modelo de desenvolvimento auto-sustentável, com base na solidariedade, na participação igualitária, no respeito à diversidade e às diferenças, enfim, na democracia, como uma forma não só de assegurar condições de vida dignas para todos(as), como para acabar com a discriminação e opressão de gênero, classe, raça e geração. Portanto, incompatível com o capitalismo e o neoliberalismo. Ambos são impeditivos e inibidores do desenvolvimento da condição humana e, em particular, da condição feminina. Em contraposição aos efeitos nefastos da globalização dos mercados e da economia, faz-se necessária a internacionalização da solidariedade entre os povos.

QUE VIVA A SOLIDARIEDADE ENTRE AS MULHERES E COM O POVO CUBANO! PELA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE JUSTA E IGUALITÁRIA!

Saúde, mulher e violência familiar

Alzira Rufino*

Passado mais um dia Mundial de Saúde, no dia 7 de abril, trazemos à discussão um tema pouco debatido: os efeitos da violência contra a mulher sobre sua saúde física e mental.

Sabemos que a maioria dos casos de violência contra a mulher/menina é praticada dentro do lar, entre quatro paredes, invisível, silenciada pela vítima, pela família e pela sociedade.

Sabemos também que, devido a essa barreira de silêncio, a maioria desses casos não chegam a ser denunciados à polícia. Quando a violência vira B.O. (boletim de ocorrência) já vem ocorrendo há anos e está em fase crítica, muitas vezes, envolvendo tentativa de assassinato.

Muito antes de virar um caso de polícia, a rota da vítima passa regularmente pelos pronto-socorros, pelos ambulatorios e hospitais da rede de saúde, pelos ambulatorios de saúde mental, onde o medo faz as mulheres silenciarem. Sua autoconfiança, sua auto-estima estão doentes e não têm força sequer para pedir ajuda.

Hoje já sabemos que essa mulher vítima de violência no lar frequenta muito os serviços de saúde. É conhecida nos meios médicos como polissintomática.

No Brasil, não temos ainda estatísticas desses atendimentos em hospitais e pronto-socorros. No entanto, podemos ter uma idéia da gravidade do problema através de dados coletados em outros países.

Nos Estados Unidos, uma pesquisa, em 1980, revelou que, no período de um ano, os casos de violência doméstica e sexual provocaram 30.000 atendimentos em pronto-socorro, 40.000 visitas médicas, 21.000 hospitalizações e 100.000 dias de internação hospitalar e mais de um milhão de mulheres, por ano, procuraram atendimento médico em razão de ferimentos provocados por espancamentos e tentativas de homicídio.

Em Londres, anualmente, 100.000 mulheres buscam tratamento médico a lesões graves recebidas em casa.

Ferimentos incluem: lesões por

faca ou tiro, traumatismo craniano, queimaduras, lesões graves na área genital, contusões, fraturas, hematomas nos olhos, ferimentos nos ouvidos, ferimentos abdominais, aborto provocado por trauma na área abdominal.

No Brasil, com certeza, são milhares de mulheres que vão a um pronto-socorro em busca de atendimento médico de emergência. Apesar disso, a maioria, tanto dos profissionais de saúde como das mulheres, nada comenta sobre a violência doméstica e sexual.

Nos países em que existem políticas públicas voltadas para a violência doméstica, existe treinamento dos profissionais de saúde para aplicar um questionário às pacientes com sinais de espancamento, ou violência sexual. Essa estratégia de entrevista, aumentou de 5% para 30% a identificação positiva de espancamento. Isso permite uma intervenção mais cedo no ciclo de violência, a possibilidade de encaminhar essa mulher para serviços de apoio. Isso é fundamental para a mulher, que nessa altura está sem auto-estima nenhuma e que, por si só, não buscará ajuda.

Em relação à saúde da mulher negra, a discriminação racial torna-a extremamente vulnerável a todo o tipo de violência e privações, com consequências terríveis sobre a sua saúde.

A mulher negra, que procura a rede de saúde, extremamente pressionada pelo stress do excesso de trabalho, o racismo e a luta quotidiana pela sobrevivência, deveria ser mais ouvida em suas queixas e sintomas, com a devida atenção, não apenas à sua saúde física, mas também à emocional.

Essa vulnerabilidade aparece nas estatísticas e, mais uma vez, necessitamos de dados de outros países, já que não temos essa pesquisa no Brasil: nos Estados Unidos, em 1989, o número de mulheres negras assassinadas é quatro vezes maior do que mulheres brancas; três vezes mais mulheres negras sofrem estupro; 57% de mulheres negras criam seus filhos sozinhas. A realidade brasileira só pode ser pior, porque sequer temos estatísticas.

As mulheres afro-descendentes representam cerca de metade da população feminina do país (ou mais)

e doenças como hipertensão, diabetes, miomas, que têm índices maiores entre mulheres negras, deveriam ter cuidados especiais quando elas recorrem aos serviços de saúde.

A anemia falciforme só recentemente passou a ser considerada pelas autoridades de saúde. Calcula-se que, uma entre mil crianças, terá anemia falciforme e, dessas, 25% morrerão por falta de assistência médica antes dos 5 anos de idade. No Brasil, de cada 500 afro-descendentes, um tem Anemia Falciforme.

Por ser um problema de Saúde Pública, a detecção e prevenção da doença deveriam ser feitas, mas isso não ocorre. Testes deveriam ser obrigatórios em gestantes afro-descendentes e recém-nascidos para detectar essa doença que exige cuidadoso acompanhamento médico em todas as fases da vida.

O II Encontro Nacional de Entidades Populares, realizado em maio/97, em Santos/SP, teve como tema os efeitos da violência de gênero e raça sobre a saúde das mulheres/meninas e as informações recolhidas no Encontro estão reunidas na publicação "Violência contra a mulher: uma questão de saúde pública", que visa subsidiar profissionais de saúde, autoridades e organizações de mulheres, para as necessárias intervenções no serviço de saúde.

Há necessidade urgente de trabalhar a questão da violência à mulher com os investigadores de polícia e todos(as) os(as) profissionais que estão nos serviços de saúde: profissionais de enfermagem, saúde mental, médicos(as), assistentes sociais.

A realização de cursos de sensibilização para profissionais da área, realizados com parceria entre as secretarias de saúde e o movimento de mulheres, é importante para adequar os serviços de saúde à demanda e integrá-los aos demais serviços de apoio à mulher/menina vítima de violência. ■

() Alzira Rufino - Escritora, diretora da Casa de Cultura da Mulher Negra-Santos/SP. Secretária Executiva da Sub-Região Brasil da Rede Feminista Latino-americana e do Caribe contra a Violência Doméstica e Sexual.*

Proteção ao mercado de trabalho da mulher

Arquivo CFEMEA



Senadora Emília Fernandes (PDT/RS)

Como resultado do processo de industrialização, da necessidade de complementar a renda familiar e de transformações nos valores culturais ocorridas na sociedade, a inserção da mulher no mercado de trabalho passou a adquirir uma magnitude cada vez mais expressiva ao longo dos anos.

Apesar da crescente entrada de mulheres no mercado de trabalho nos últimos anos, é interessante constatar que apenas 35,5% da população economicamente ativa (PEA) no País é constituída por mulheres, contra 64,5% de participação masculina.

O mapa do mercado de trabalho no Brasil, elaborado pelo IBGE com base nos dados da PNAD 90 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio), mostra que o rendimento médio dos homens chega quase ao dobro do rendimento das mulheres, independente de sua cor ou residência (urbana ou rural). Em média, os homens auferem 4,9 salários mínimos por mês contra apenas 2,8 salários mínimos para as mulheres.

Com esse quadro torna-se necessária a implementação de políticas públicas no sentido de incentivar e valorizar a participação da mulher no mercado de trabalho. Iniciativas como a do projeto 29/96 da Deputada Rita Camata precisam ser aprovadas pelo parlamento brasileiro.

Como relatora deste projeto no Senado procurei aproveitar e harmonizar, em meu substitutivo, os textos dos projetos de lei em análise, Projeto de Lei da Câmara n.º 29/96, e o Projeto de Lei do Senado n.º 147/95. Ambos dispõem sobre o acesso ao mercado de tra-

balho e determinam outras providências.

Trata-se de proposição relevante, na medida em que busca corrigir as distorções que afetam o acesso da mulher ao mercado de trabalho e consegue, com rara felicidade, enunciar e apontar a ilicitude de práticas e atitudes que prejudicam o acesso da mulher em igualdade de condições e oportunidades no mercado de trabalho.

Práticas discriminatórias, como considerar o fator sexo variável determinante para fins de remuneração, formação profissional e oportunidades de ascensão profissional, ficam definitivamente vedadas, o que não obsta a adoção de medidas temporárias que visem ao estabelecimento das políticas de igualdade entre homens e mulheres, em particular as que se destinam a corrigir as distorções que afetam a formação profissional, o acesso ao emprego e as condições gerais de trabalho.

Sem sombra de dúvida, este projeto avança no sentido de dotar o Brasil de uma legislação moderna, condizente com os princípios constitucionais que asseguram a igualdade de oportunidades para ambos os sexos.

A transformação em lei de grande parte da matéria contida no Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n.º 29, de 1996, demonstra o acerto da iniciativa legislativa sintonizada com os tempos modernos, que propugnam que a igualdade entre homem e mulher deve constituir-se em medida concreta, que possibilite principalmente à mulher o reconhecimento e a valorização do seu trabalho, conforme ocorre em relação ao trabalho do homem, preservadas as especificidades afetas ao sexo feminino, como é o caso da maternidade.

O projeto, também preocupado com essa questão, abordou a gravidez.

A gravidez, consoante princípio constitucional, passa a ter proteção efetiva, sem que haja para a mulher prejuízo no que se refere ao exercício da função; ficando absolutamente garantido o direito - que não é só seu, mas também do nascituro - do atendimento médico necessário no período de gestação.

Os programas de planejamento familiar serão executados através do Sistema Único de Saúde, ou outro que venha a ser oferecido pelo Estado com o mesmo propósito, proibindo-se as empresas de implantarem, por conta própria, serviços desta natureza, exceto quando sob a supervisão dos conselhos de saúde da respectiva jurisdição.

Coíbe-se ainda no projeto a dispensa do trabalhador, quando decorrente de ação proposta com fundamento na violação dos princípios de igualdade profissional e de oportunidade entre homens e mulheres.

Instituições governamentais dedicadas à formação de mão de obra são obrigadas a fornecer vagas para ambos os sexos.

Prevê ainda que empresas com mais de 100 (cem) empregados de ambos os sexos deverão manter programas especiais de incentivo e aperfeiçoamento profissional de mão-de-obra.

Também é importante destacar que se institui o Fundo de Capacitação Profissional da Mulher, vinculado ao Ministério do Trabalho, sob gestão paritária do Poder Público e de entidades de representação da mulher.

E ainda, que qualquer pessoa jurídica poderá associar-se, bem como firmar convênios com instituições civis ou públicas com vistas à execução de projetos de incentivo ao trabalho da mulher.

O projeto tramitou no Senado com muita resistência dos parlamentares da base de sustentação do Governo Federal e do Ministério do Trabalho. Foi aprovado na forma do substitutivo, de minha autoria, na Comissão de Assuntos Sociais.

Agora o projeto esta na Comissão de Constituição e Justiça, aguardando parecer do relator Senador Pedro Simon, para que possa ir à votação no plenário.

Entendemos que este projeto, sem dúvida, é um testemunho vivo de igualdade, e receberá - assim como foi dada pela Câmara a sua aprovação - do Senado a aprovação e a convicção de que não bastam apenas boas intenções, mas é necessário medidas concretas e objetivas para que se busque efetivamente o equilíbrio de oportunidades entre homens e mulheres. ■

A questão de gênero na 54ª sessão da Comissão de Direitos Humanos da ONU

Campanha
pelos Direitos
Humanos
das Mulheres



Silvia Pimentel*

Valéria Pandjarian**

A Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, incorporou expressamente a violência contra a mulher - enquanto violência de gênero - no marco conceitual do direito internacional dos direitos humanos.

Passados cinco anos, a 54ª sessão da Comissão de Direitos Humanos (CDH) da ONU, realizada em Genebra, de 09 de março a 24 de abril desse ano, no 50º aniversário da Declaração Universal dos Direitos Humanos, revela o avanço e integração contínuos da temática de gênero em todo o sistema de proteção aos direitos humanos das Nações Unidas.

Longe de atingir um consistente nível de interpenetração com os demais temas tratados pela Comissão, à questão de gênero foi dada relevante atenção nessa sessão anual.

O tema da mulher na 54ª sessão da Comissão foi tratado sob o genérico item 9 de sua agenda, sobre promoção dos direitos humanos. Mais especificamente, sob o sub-item a), no qual duas questões receberam maior atenção: 1) integração dos direitos das mulheres em todo o sistema de direitos humanos da ONU e 2) eliminação da violência contra a mulher. Vale ressaltar que esse tópico tem composto a agenda da Comissão desde sua 50ª sessão, em 1994 (Resolução 1994/45).

Quanto ao primeiro tópico, foi submetido à apreciação da Comissão o relatório do Secretário Geral da ONU, cujo teor contempla as atividades dos principais organismos e mecanismos de direitos humanos das Nações Unidas (por exemplo, Comitê contra a Tortura, Relatorias Especiais) levando em conta a perspectiva de gênero. Quanto ao segundo tópico, a Relatora Especial sobre a Violência Contra a Mulher, Sra. Radhika Coomaraswamy, nomeada em 1994, submeteu relatório anual em que analisa a violência contra a mulher em situações de conflito armado, encarceramento e enquanto refugiadas. Também apresentou relatório específico sobre sua visita à Ruanda, analisando as nefastas consequências dos atos de violência contra a mulher praticados durante o genocídio no país.

Embora o tema da mulher estivesse concentrado sob o item 9, outros itens da agenda também dedicaram atenção a essa questão como o item 5, que tratou dos direitos econômicos, sociais e culturais; o item 11, que tratou especificamente da violência contra as mulheres trabalhadoras migrantes e o item 15, que analisou o relatório da Subcomissão de Direitos Humanos quanto à questão do tráfico de mulheres e meninas, dentre outros.

Vale ressaltar, entretanto, que a Comissão, esse ano, foi além do que tradicionalmente fez nos anos anteriores. Uma inovadora abordagem foi dada ao tema ao se promover um *diálogo especial sobre gênero e direitos humanos* na grande plenária. Essa sessão contou com a participação da Presidente da Comissão do Status da Mulher, da Alta Comissariada para os Direitos Humanos e da Relatora Especial sobre a Violência contra a Mulher. Sob esse novo formato, as delegações dos Governos, as agências

especializadas da ONU, as organizações inter-governamentais e não governamentais foram convidadas a participar, não para apresentarem declarações formais sobre políticas públicas ou denúncias de violações, mas sim para fazer questionamentos, sugestões e apresentar reflexões que pudessem ser debatidos e comentados pelos componentes da mesa, em um diálogo interativo.

O papel das ONGs de mulheres na Comissão ganhou maior visibilidade com as atividades do "Caucus de Mulheres e Crianças", sessões informais paralelas às da Comissão que buscava articular pessoas e grupos interessados em introduzir a perspectiva de gênero e a problemática infantil em vários temas discutidos na Comissão.

O crescente número de relatórios, decisões e deliberações adotados pela Comissão que incorporam, em maior ou menor medida, preocupações específicas referentes à situação de mulheres, é um dos principais indicadores dos avanços acima mencionados. Por fim, vale mencionar que na resolução adotada sobre a reforma da agenda da Comissão o tema da mulher passará a ser tratado sob um item específico e não mais como sub-item, dando assim maior visibilidade e relevância à questão.

Apesar do pequeno número de ONGs de mulheres presentes, a articulação do "Caucus" permitiu uma atuação significativa. Nesse sentido, vale destacar a experiência do Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM-Brasil) em relação à sua proposta de *Declaração dos Direitos Humanos desde uma Perspectiva de Gênero*, documento que busca contribuir à comemoração do cinquentenário da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Essa proposta, anteriormente enviada à Comissão, circulou oficialmente nas três línguas (inglês, francês e espanhol) sob a forma do documento E/CN.4/1998/NGO/3, tendo sido entregue a todas as delegações e centenas de organizações. Esta proposta também foi apresentada oralmente perante a plenária, no espaço dedicado à fala de ONGs sob o item 9 que tratou da questão de gênero e, inclusive, contou com a especial atenção da delegação oficial brasileira.

Essa foi a forma que o CLADEM encontrou para dar sua contribuição, em nome de mulheres do terceiro mundo, ao processo de incorporação da perspectiva de gênero no conceito de direitos humanos. Assim, busca reforçar a universalidade desses direitos com respeito à diversidade, bem como ampliar a noção de indivisibilidade dos direitos humanos, incluindo a terceira geração de direitos, que deve, juntamente com os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, compor uma unidade interdependente e indivisível. Muitas outras ações e estratégias podem e devem ser desenvolvidas de forma articulada por parte das organizações de mulheres e de direitos humanos nos fóruns internacionais para fazer com que essa incorporação seja efetiva.

(*) *Silvia Pimentel - Professora doutora em filosofia do direito pela PUC/SP, coordenadora nacional do CLADEM-Brasil, diretora do IPÊ e membro do Conselho Consultivo do CFEMEA.*

(**) *Valéria Pandjarian - Advogada, mestranda em direito penal pela PUC/SP e pesquisadora do CLADEM-Brasil e IPÊ.*



Sou cidadã, conheço meus direitos

Seguridade Social

A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (Constituição Federação, art. 194).

Integrando a Seguridade Social temos a Saúde, a Previdência Social e Assistência Social. Hoje mostraremos quem pode ser *segurada* e quem pode ser *dependente* da Previdência Social, questão tratada pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS.

A Previdência Social, tal como está organizada pelo Estado, acompanha a mulher desde antes do seu nascimento até a morte. Ela tem por objetivo assegurar à mulher e a sua família os meios indispensáveis à manutenção, quando em idade avançada, incapacidade, aposentadoria por tempo de serviço, gestação, prisão ou morte de quem dependiam economicamente, bem como serviço social, habilitação e reabilitação profissional. A mulher tem, portanto, ao longo dos anos, a Previdência Social a seu lado.

SEGURADA

É a pessoa que:

- trabalha de carteira assinada;
- contribui diretamente para o INSS através de carnê;
- trabalha no meio rural em regime de economia familiar (segurada especial).

A Segurada pode ser:

- empregada, inclusive a doméstica;
- autônoma;
- empresária;
- trabalhadora avulsa;
- segurada especial;
- facultativa.

SÃO DEPENDENTES DA SEGURADA

1ª classe:

- marido ou companheiro;
- filho ou enteado menor de 21 anos de idade;
- filho ou enteado inválido, maior de 21 anos de idade;
- menor sob guarda;
- menor tutelado.

2ª classe:

- mãe e pai.

3ª classe:

- irmão menor de 21 anos de idade;
- irmão inválido, maior de 21 anos de idade.

4ª classe:

- pessoa designada, menor de 21 anos de idade ou maior de 60 anos de idade.

A ordem de preferência é da 1ª à 4ª classe, não podendo haver dependentes, por exemplo, de 2ª classe se existem os de 1ª classe e assim por diante. Dentro de cada classe, os dependentes concorrem entre si, em igualdade de condições.

MANTÉM A QUALIDADE DE SEGURADA MESMO SEM CONTRIBUIR

- por até 12 meses - a partir da data do cancelamento ou término do benefício de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez;
- por até 12 meses - a empregada que deixar de trabalhar de carteira assinada e a que estiver suspensa ou licenciada da empresa sem receber salário;
- por até 12 meses - a segurada autônoma, empresária e a doméstica que deixar de contribuir para o INSS;
- por até 12 meses - a segurada que tiver alta de hospital que trata de doenças contagiosas;
- por até 12 meses - a segurada que esteve presa;
- por até 6 meses - a segurada facultativa que deixou de contribuir para o INSS e a segurada especial como facultativa.

CARÊNCIA

É o período em que a segurada fica esperando para ter direito aos benefícios pagos pelo INSS, que será de:

- 12 meses - para o benefício de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez e o salário maternidade somente para segurada especial (produtora);
- 180 meses (15 anos) - para o benefício de aposentadoria por idade, tempo de serviço ou especial.

COMEÇA A CONTAR PERÍODO DE CARÊNCIA

- segurada empregada - a partir da data da assinatura do contrato de trabalho.
- trabalhadora avulsa - a partir da data do registro feito pelo Sindicato da categoria na carteira de trabalho.
- segurada autônoma, empresária, facultativa e doméstica - da data do efetivo pagamento da primeira contribuição para o INSS, sem atraso.
- segurada especial (trabalhadora rural) - a partir da sua inscrição no INSS ou nas agências dos Correios.

A trabalhadora rural (Segurada Especial) não precisa esperar os 12 meses para ter direito aos benefícios pagos pelo INSS, exceto o salário-maternidade.

CONTRIBUIÇÃO

É a parte do salário da trabalhadora, descontada pelo patrão ou recolhida ao Banco, todo mês, para a Previdência.

O pagamento da contribuição varia e depende da faixa salarial de cada contribuinte. O valor da contribuição é estabelecido pelo Ministério da Previdência Social sempre que há modificação na política salarial do Governo.

Qualquer informação sobre Benefícios da Previdência Social pode ser colhida através do telefone 191, em qualquer cidade brasileira.

A C O N T E C E

Captação de Recursos

A Ashoka é uma associação global de mulheres e homens empreendedores sociais que está realizando o Concurso de Idéias Inovadoras em Captação de Recursos pelo 2º ano consecutivo no Brasil. Trata-se de um concurso que visa estimular idéias inovadoras em mobilização de recursos nacionais. Serão premiadas as cinco idéias mais criativas que apresentem elementos, métodos ou estratégias inovadoras de mobilização de recursos dentro do país. Não serão aceitas idéias de captação de recursos internacionais. O concurso é aberto à participação de organizações sem fins lucrativos da sociedade, sediadas no Brasil. As inscrições serão aceitas até 31 de julho. As cinco idéias premiadas receberão um prêmio de R\$ 5.000,00 cada, e para as dez finalistas, treinamentos em captação de recursos e estratégias de comunicação e apresentação. Informações pelo telefone (011) 5189-1461 e pelo fax (011) 5189-1700.

mujer fempress n° 188



Direitos humanos das mulheres

O grupo "Católicas pelo Direito de Decidir" realiza nos dias 29, 30, 31 de maio o Seminário "Direitos Humanos e Direitos das Mulheres" em São Paulo. O Seminário é destinado a educadores populares, agentes de pastoral, lideranças de movimentos sociais e feministas. Informações pelo telefax: (011) 575-6036.

Pesquisa sobre a mulher

A universidade Católica de Goiás comemorou seis anos de estudos e pesquisas sobre a mulher e está lançando seu 2º Caderno de Gênero, até julho, abordando o tema "Luta e resistência da mulher em Goiás, 1930-1993". O Programa Interdisciplinar da Mulher Estudos e Pesquisas da Universidade também tem outras publicações disponíveis. Informações pelo telefone: (062) 227-1068.

Saúde da mulher

O MUSA - Programa de Estudos em gênero Mulher e Saúde, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia promoverá em Salvador de 6 a 24 de julho, o 4º curso Regionalizado de "Introdução à Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva" para as regiões Norte e Nordeste. O curso faz parte de um Programa Inter-institucional apoiado pela Fundação Ford. O objetivo é capacitar pesquisadores nesta área temática. O Programa oferecerá bolsas de pesquisa para o desenvolvimento de projetos elaborados durante o treinamento. Informações pelo telefone (071) 245-0544 Ramal: 0253.



mujer fempress n° 188

Dia do orgulho gay

No dia 28 de junho será realizada, em Brasília, a 1ª Passeata Gay de Brasília, em comemoração ao "Dia Internacional do Orgulho Gay". O Movimento Homossexual Brasiliense oferece um custo baixo de despesas para os interessados na passeata. Será oferecido alojamento e alimentação. A taxa de inscrição é de R\$ 15,00. Além da passeata haverá uma plenária com o tema "Reivindicações dos Direitos Homossexuais para o Próximo Governo" a ser realizada no Centro de Convenções. Informações pelo telefax (061) 248-0656.

Mudança de E-Mail

Informamos que desde o dia 15/05/98 dispomos apenas do e-mail cfemea@tba.com.br, pois desativamos o anterior, que era cfemea@ax.apc.org.

CFEEMA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria
SCN Qd. 06 Bl. A S/602 - Ed. Venâncio 3000
70718-900 - Brasília - DF

Fêmea

IMPRESSO