

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Elcylene Maria de Araújo Leocádio



**ABORTO PÓS-ESTUPRO: UMA TRAMA
(DES)CONHECIDA ENTRE O DIREITO E A POLÍTICA
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER**

Brasília - 2006

Elcylene Maria de Araújo Leocádio

ABORTO PÓS-ESTUPRO: UMA TRAMA (DES)CONHECIDA ENTRE O DIREITO E A
POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

Dissertação apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em política social, pela Universidade de Brasília. Área de concentração: política social, estado e sociedade.

Orientador: Professora Doutora Ivanete Boschetti

Brasília
2006

Leocádio, Elcylene Maria de Araújo.

Aborto pós-estupro: uma trama (des)conhecida entre o direito e a política de assistência à saúde da mulher / Elcylene Maria de Araújo Leocádio. Brasília, 2006. 144p.

Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Política Social. Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília.

Área de concentração: Política Social, Estado e Sociedade.

Orientadora: Ivanete Boschetti.

Palavras chave: 1. Aborto, legal – legislação e implementação de políticas. 2. Assistência à saúde da mulher – aborto pós-estupro. 3. Violência sexual – estupro. 4. Direitos sexuais e reprodutivos – direito ao aborto.

Elcylene Maria de Araújo Leocádio

Aborto pós-estupro: uma trama (des)conhecida entre o direito e a política de assistência à saúde da mulher.

Dissertação apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em política social. Área de concentração: política social, estado e sociedade.

Data de aprovação: 15 de setembro de 2006.

Banca examinadora:

Orientadora: professora doutora Ivanete Boschetti
Departamento de Serviço Social / UnB

Professora doutora Marlene Teixeira
Departamento de Serviço Social / UnB

Professora doutora Lourdes Bandeira
Departamento de Sociologia / UnB

Suplente:

Professora doutora Rosa Helena Stein
Departamento de Serviço Social / UnB

DEDICATÓRIA

Para Sandro e Luca, meus grandes amores, dos quais não me furtei da companhia e por isso estudar tem sido um grande prazer.

Para Maria Correia, pela semente do feminismo que plantou sem saber em meu coração.

Para Bráulio, pela simplicidade.

Para meus irmãos e irmãs, pois quem sabe algum dia queiram ler um assunto tão estranho às suas vidas e tão parte da minha.

Para Marinês: terminei! Agora podemos beber mais vinho e dançar no começo da noite.

Para Dja, pela companhia “no caminho”.

Para Marta, que me olha sempre com um espanto cúmplice, sabe guardar segredos e não me deixou perder uma grande oportunidade.

Para as meninas de *UMA*, com o desejo que ela se materialize.

AGRADECIMENTOS

À Fúlvia Rosenberg, pela imaginação criadora e capacidade de realização. À Maria Luiza Ribeiro e toda equipe da Fundação Carlos Chagas pelo empenho com que executam este programa tão especial.

À Fundação Ford, pelo apoio que garantiu a melhor das condições para a realização deste mestrado: só estudar! Um presente valioso depois de tantos anos seguidos de trabalho.

À Ivanete, pela orientação, fazendo com que o bem difícil pareça bem mais fácil para aliviar o peso do trabalho a ser realizado. Em “aproximações sucessivas” temos construído mais do que uma orientação de trabalho acadêmico...

Aos entrevistados e entrevistadas, pela disponibilidade, por tudo de novo que me disseram, pela confiança em dizer o não publicável e pelo prazer de ouvi-los depois sem a pressão do roteiro de entrevistas a cumprir.

À Helena e Cida, que fizeram por mim o trabalho doméstico imprescindível para meu bem estar e da minha família nestes anos de estudo.

Palavras-chave: 1. Aborto legal – legislação e implementação de políticas. 2. Assistência à saúde da mulher – aborto pós-estupro. 3. Violência sexual – estupro. 4. Direitos sexuais e reprodutivos – direito ao aborto.

RESUMO

A violência sexual é uma das formas mais freqüentes de violência contra a mulher. Baseada na discriminação de gênero, a violência sexual tem sérias consequências para a saúde, como as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada. No Brasil, desde 1940, o aborto pós-estupro é permitido por lei. Entretanto, somente em 1989, em São Paulo, foi implantado o primeiro serviço de referência para o aborto legal. Em 1998, o governo federal decide implementar esta política, publicando normas técnicas e apoiando técnica e financeiramente estados e municípios. Por que a lei promulgada em 1940 não foi materializada de imediato? Quais os fatores sociais, culturais, políticos ou econômicos que contribuíram para a mudança de atitude do Estado a partir de 1980?

Com o objetivo de responder estas questões, entrevistamos gestores e profissionais da área de saúde, feministas, juristas e líderes de grupos religiosos, envolvidos no debate sobre o aborto legal ou responsáveis pela assistência pública à saúde no país. Analisamos documentos oficiais e revisamos a literatura especializada sobre violência contra a mulher, aborto, feminismo, movimento de mulheres, políticas de saúde da mulher, direitos humanos, direitos das mulheres, convenções internacionais e o processo de implementação do aborto legal no Brasil. A pesquisa demonstra que a aprovação dos permissivos legais para o aborto no Brasil em 1940, não significa que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres tenham sido reconhecidos pelo Estado brasileiro e que as dificuldades para a implementação da lei estão associadas à forte oposição ao aborto, em particular da Igreja Católica. Em 1970, o movimento feminista brasileiro discute a discriminação de gênero, a liberdade sexual, a contracepção e o aborto como um direito de escolha das mulheres. As ações políticas deste movimento forçaram o governo a implementar o aborto legal no país a partir dos anos 1980.

Em 2006, cerca de 60 hospitais contam com equipes que realizam o aborto pós-estupro no Brasil. A maior parte das mulheres brasileiras não têm acesso a esta assistência, se necessário, mas, mudanças importantes ocorreram. Estas mudanças têm levado a ações mais amplas e duras por parte dos grupos contrários ao aborto legal. A assistência ao aborto legal é, pois, um processo histórico dinâmico, com avanços e retrocessos, contraditório, o que está associado aos diferentes conceitos e posições relacionadas como o tema do aborto.

Key words: 1. Abortion; 2. Women's health assistance; 3. Sexual violence and rape; 4. Sexual and reproductive rights.

ABSTRACT

Sexual violence is one of the most frequent forms of violence against women. Based on gender discrimination, sexual violence leads serious consequences for women's life and health, such as sexual transmitted diseases and unwanted pregnancies. In Brazil, since 1940, abortion after rape is permitted by law. However, only in 1989, in *São Paulo*, the public health system began to assist women who decided to interrupt a pregnancy after rape. In 1998, the federal government decided to implement those policies, to publish guidelines to health professionals and managers and support local actions by financial resources and expertise consultancies. Why the law published in 1940 was not immediately implemented? What kind of social, cultural, politic or economic factors could change the attitude of the government after 1980 decade? In order to answer these questions we interviewed policymakers and health programs managers, health professionals, feminists and religious groups' leaders, who were involved with the debate about legal abortion or responsible for public health assistance across the country. We also analyzed official documents, and reviewed specialized literature about sexual violence against women, abortion, feminism, women's movement, public health in Brazil, human rights, women's rights, international conventions and the process of legal abortion implementation policy. The research demonstrates that legal abortion in Brazil, as it was approved by the Penal Code in 1940, didn't mean that sexual women's rights were recognized by the Brazilian State. On the other hand, we consider that difficulties to implement health services are associated to politics actions of conservative groups, in particular the Catholic Church. In 1970, a new wave of the social women's movement in Brazil, influenced by the international feminism from United States and Europe, discussed gender discrimination, sexual liberty, contraception and also abortion as a woman's choice. In our point of view, advocacy actions coordinated by the women's Brazilian movement, forced the government to implement legal abortion in Brazil. Nowadays, there are approximately 50 hospitals that offer legal abortion assistance. Although, we cannot affirm that all women in Brazil have access to this kind of health care, it's true that in the last two decades we could see important political changes in this area. At the same time religious groups' reaction has also been increased. In fact, legal abortion assistance is a process in constant change because of the conflicts caused by different concepts and positions related to abortion.

LISTA DE SIGLAS

ATSM/MS: Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês).

CCJR: Comissão de Constituição, Justiça e Redação.

CCR: Comissão de Cidadania e Reprodução.

CEDAW – Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (sigla em inglês).

CFM: Conselho Federal de Medicina.

CISMU/CNS: Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde.

CLADEN – Comitê Latino-americano e do Caribe para a defesa dos direitos da Mulher.

CNBB: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil.

CNDM: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

CNS: Conselho Nacional de Saúde.

CONASS: Conselho Nacional dos Secretários Saúde.

CONASEMS: Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.

CONIC: Conselho Nacional de Igrejas Cristãs do Brasil.

CSSF: Comissão de Seguridade Social e Família.

DEAM: Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher.

DST: Doença sexualmente transmissível.

FEBRASGO: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

OPAS: Organização Panamericana da Saúde.

MS: Ministério da Saúde.

ONG: Organização não-governamental.

PAISM:- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

PEC: Proposta de Emenda Constitucional.

PL: Projeto de Lei.

Providafamília: Associação Nacional Provida e Profamília.

Redesaúde: Rede Nacional Feminista de Saúde e de direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Rede Nacional Feminista de Saúde e de Direitos Reprodutivos

SPM: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas	
Resumo	
Abstract	
INTRODUÇÃO	11
1. Objetivo, estratégia e hipóteses	14
2. Procedimentos metodológicos	18
CAPÍTULO I: CONCEPÇÕES E POSIÇÕES POLÍTICAS SOBRE O ABORTO	22
1. Onde há dúvida, há liberdade	22
1.1 A interdição absoluta: “a vida, a Deus pertence”	24
1.2 A permissão seletiva: uma ponderação de direitos	35
1.3 Do direito à livre escolha: nosso corpo nos pertence!	38
2. Aborto: uma necessidade humana básica	42
CAPÍTULO II: ABORTO LEGAL: DIREITO OU CONCESSÃO REVELADORA DA OPRESSÃO DE GÊNERO?	46
1. Contexto histórico: o Brasil do código penal de 1940	46
2. Evolução da legislação sobre o aborto no Brasil	52
3. Proibição do aborto e permissivos legais: uma proteção à mulher?	58
4. Das restrições na legislação penal sobre o aborto	62
CAPÍTULO III: DO SILÊNCIO ÀS VOZES FEMINISTAS CONTRA A VIOLÊNCIA E PELA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	67
1. Movimento de mulheres: novo sujeito social nos anos 1970 e sua consolidação no cenário político brasileiro	67
1.1 - Décadas de mudanças e rupturas: 1950-1960	67
2. Em cena o movimento de mulheres: dos anos 1970 a 2000	71
2.1 Movimento de mulheres e movimento feminista	71
2.2 Considerações sobre o feminismo	74
2.3 A emancipação das mulheres no Brasil	76
2.4 A segunda onda feminista: anos 1970	78
3. A violência de gênero na agenda pública	85
3.1 Conceituando a violência contra a mulher	85
3.2 Magnitude e impactos da violência contra a mulher	88
3.3 Violência contra a mulher como problema de saúde pública	91
4. Política de atenção integral à saúde da mulher no Brasil	94
4.1 Assistência integral à saúde da mulher	95
CAPÍTULO IV: ABORTO LEGAL NO BRASIL: ENTÃO EU POSSO FAZER?	100
1. Estratégias e ações do movimento feminista pela descriminalização e legalização do aborto	100

1.1 A reivindicação pública do direito ao aborto	100
1.2 A luta no parlamento contra a ofensiva conservadora	102
1.3 A busca de adesão da sociedade: campanha pela garantia de direitos	104
1.4 A articulação com a mídia	105
1.5 As feministas elaboram sua proposta pela legalização do aborto	106
2. Iniciativas institucionais e profissionais	111
2.1 Uma luta local: a experiência original do Hospital Jabaquara	111
2.2 Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto em Lei	114
2.3 Comissão de Aborto Legal da Febrasgo	115
2.4 Categorias de profissionais de saúde na luta pelo aborto legal	117
3. A gestão federal na implementação do aborto legal	119
3.1. O papel do Ministério da Saúde	119
3.1.1. A normatização da assistência ao aborto legal no SUS	119
3.1.2. A implantação dos serviços de atendimento ao aborto legal	122
3.2. O papel da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres	124
3.2.1 Revisão da lei punitiva: demanda das mulheres, resposta do Estado	124
3.2.2 Um projeto do poder executivo para legalização do aborto no Brasil	126
V. CONCLUSÃO	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
APÊNDICE: lista de entrevistados(as)	144

INTRODUÇÃO

Datas são pontas de iceberg... São pontos de luz sem os quais a densidade acumulada dos eventos pelos séculos dos séculos causaria um tal negrume que seria impossível sequer vislumbrar no opaco dos tempos os vultos das personagens e as órbitas desenhadas pelas suas ações. Alfredo Bosi.

O Código Penal brasileiro, promulgado em 1940, no artigo 128, exclui a punição para o aborto pós-estupro realizado por médico quando há consentimento da gestante. Segundo a lei, não se pune o aborto praticado por médico: I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido do consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (HUNGRIA, 1955).

A exigência do consentimento prévio sugere que, além de não ser obrigada a abortar, foi garantido à mulher o direito de tomar a decisão final sobre a interrupção da gravidez pós-estupro. Mas, para abortar, ela precisa de assistência médica e esta condição não foi garantida a todas as mulheres. O debate sobre os tipos de aborto aprovados nos anos 1940 não se manteve na ordem do dia após a promulgação do Código Penal, e se Estado nada fez, a sociedade tampouco exigiu a implementação da lei nos anos subseqüentes à sua promulgação. Somente em 1989, a prefeitura de São Paulo implanta o primeiro serviço de assistência ao aborto legal. Em 1998¹, o Ministério da Saúde publica a primeira norma técnica com orientações para a organização de serviços de atenção integral às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual, que inclui o aborto legal.

Este quadro configura uma grande lacuna temporal entre a promulgação da lei e o início da ação do Estado para garantir o acesso das mulheres ao aborto legal. **Assim, 1940, 1989, 1998 passam a ser datas emblemáticas no processo de formulação e implementação da lei do aborto no Brasil.** Elas indicam momentos de decisão e um aparente silêncio institucional ou, relativo à mobilização de sujeitos sociais, em torno da questão. Estas datas serviram como referência para o movimento de mulheres, que deu visibilidade à lei de 1940, criou a **“figura do aborto legal”** e definiu estratégias de luta pela materialização deste direito nos anos 1980 e 1990.

O aborto é um tema polêmico e seja qual for a abordagem adotada para discuti-lo, há conceitos, opiniões e posições políticas bem definidas, que provocam disputas muito acirradas na sociedade, o que se reflete nas ações estatais e nas políticas sociais.

No campo da saúde, o aborto como ocorrência possível na gravidez, salvo situações de violência, é considerado um evento da vida sexual e reprodutiva das mulheres. No entanto, como assinala Ardaillon (1997), este ato não pode ser concebido como similar ao parto ou à anticoncepção, em razão das implicações morais presentes na decisão de abortar.

¹ Em novembro de 1998 o Ministério da Saúde publicou no *site* institucional a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que foi impressa e distribuída em todo o Brasil em 1999. Esta Norma ficou conhecida como Norma Técnica de Atendimento ao Aborto Legal, ou simplesmente Norma Técnica, por isso em alguns momentos utilizamos estas denominações ao longo deste trabalho.

Faúndes e Barzelatto (2004, p. 63) chamam atenção para o fato de que 26% das gravidezes terminam em aborto induzido, ou seja, no mundo, 01 em cada 04 gestações é voluntariamente interrompida. Segundo Huntington e Piet-Pilon (1999, p. 01), as “mulheres com complicações de abortamento incompleto estão entre as pacientes mais negligenciadas na assistência à saúde reprodutiva”, o que pode indicar um possível conflito na relação médico-paciente em situações de abortamento.

Pela magnitude e conseqüências adversas, o aborto é um problema de saúde pública, que afeta mais as mulheres pobres e com baixo grau de informação. No Brasil, este é um dos principais problemas que atingem as mulheres em idade reprodutiva e uma das três primeiras causas da mortalidade materna (BRASIL, 2004). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 08), a pesquisa coordenada por Ruy Laurenti em 2003, nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, indica uma taxa de mortalidade por aborto da ordem de 74 óbitos/100.000 nascidos vivos, enquanto os países europeus apresentam taxas inferiores a 10 óbitos/100.000 nascidos vivos. Esta situação é atribuída às condições inseguras às quais submetem-se as mulheres que abortam: clínicas clandestinas, profissionais despreparados, higiene precária, medo da crítica nos hospitais, entre outras. Estes fatores levam à infecção, hemorragia, perfuração de órgãos e outras complicações que põem em risco a vida e a saúde das mulheres.

Os registros do Sistema Único de Saúde (SUS) indicam uma média de 250.000 internações anuais para tratamento do aborto incompleto. Nos últimos anos verifica-se uma tendência à estabilidade no número de casos. Acredita-se, porém, que esta situação é sub-registrada e estima-se que pelo menos meio milhão de mulheres não procurem os serviços públicos de saúde quando abortam (CORREA & FREITAS, 1997).

A ilegalidade e a insegurança do aborto são reais para as mulheres que não podem pagar clínicas particulares de boa qualidade. A ilegalidade estabelece uma desigualdade de acesso entre as mulheres, mas a legalidade tampouco garante a universalidade do acesso para quem precisa abortar, como é o caso das mulheres com risco de vida ou vítimas de estupro. No Brasil, muitos direitos estão assegurados na lei e não existem políticas que assegurem o seu exercício, o que reforça a desigualdade de classe e viola os direitos de cidadania (TORRES, 1999). Mesmo para as mulheres que conhecem a lei do aborto, como podemos observar no depoimento a seguir, os serviços de saúde não estão acessíveis:

Eu sabia que eu tinha direito de abortar. Eu só não sabia onde fazer, não sabia quem ia me ajudar, mas eu sabia que podia fazer, entendeu? Então esse já foi o primeiro passo para eu ir à luta e conseguir o que eu consegui. Eu não sabia quem eu ia procurar, eu não sabia o que é que eu devia fazer, eu não sabia quais os procedimentos, eu não sabia quais hospitais aqui do governo, aqui do estado que faziam esse trabalho. Eu não sabia de nada e eu descobri tudo isso sozinha... Foram os piores momentos da minha vida, os piores (Adélia, in: LEOCÁDIO, 2002, p. 65)².

² Este os demais depoimentos de mulheres vítimas de violência sexual, citados neste trabalho, foram colhidos em pesquisa realizada por LEOCÁDIO (2002), com apoio da Fundação Mac Arthur, como parte do projeto: “Aborto pós-estupro - o discurso na primeira pessoa”. Todos os nomes são fictícios.

A dificuldade que as mulheres enfrentam para serem atendidas resulta do descumprimento pelo Estado da responsabilidade de assegurar direitos. Do nosso ponto de vista, à inclusão de um direito em lei deve corresponder uma ação pública que crie as condições necessárias ao usufruto universal deste direito pela população. Ao reconhecimento legal da permissão ao aborto pós-estupro no Código Penal, portanto, deveria ter correspondido a criação de redes envolvendo (pelo menos) a justiça, a segurança e a saúde, para atender demandas e oferecer cuidados adequados às vítimas de estupros. Além disso, no cumprimento de sua função de assegurar a justiça e proteger os cidadãos e cidadãs, ao Estado caberia também implementar medidas de combate à violência sexual, de identificação precoce dos casos, e de prevenção e tratamento dos agravos dela decorrentes.

No campo restrito da saúde, os profissionais e serviços deveriam ser preparados para acolher as vítimas; fornecer os medicamentos profiláticos contra a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis; oferecer acompanhamento psicológico ou psiquiátrico; prevenir ou tratar precocemente a síndrome do stress pós-traumático; diagnosticar e tratar problemas clínicos ou cirúrgicos. O atendimento integral exige ainda a garantia do acesso ao aborto, tanto nos casos de falha da anticoncepção de emergência, quanto para as mulheres que já chegaram grávidas aos serviços de saúde. Outra condição básica para a qualidade da assistência é que os profissionais de saúde sejam treinados e avaliados. Nenhuma destas medidas foi implantada nos serviços de saúde do Brasil até 1989.

Boas condições de assistência imediata contribuem para que a mulher vítima de violência sexual possa retomar seus projetos pessoais e profissionais com mais segurança. No sentido contrário, o atendimento de má qualidade ou o não atendimento leva ao agravamento dos problemas clínicos, psíquicos e sociais. A ineficácia dos sistemas de segurança e justiça acentua a impotência que marca a vivência do estupro e leva à descrença das mulheres em relação à existência de um Estado de direito (FERREIRA, 2000; LEOCÁDIO, 2002).

Os primeiros serviços de atendimento ao aborto legal³ foram implantados no final da década de 80. Entre 1999 e 2002, com a entrada do Ministério da Saúde no processo, observa-se um movimento ascendente na velocidade de implantação de serviços de atendimento à mulher vítima de violência sexual. Identifica-se então, em todos os estados brasileiros, iniciativas coordenadas por gestores e profissionais de saúde, com o objetivo de implementar este tipo de assistência. Em alguns locais, os projetos tratam da implantação de redes integradas envolvendo outros setores além da saúde e contam com a participação de grupos dos movimentos sociais. Na maior parte dos estados, o movimento feminista tem exercido um papel importante, seja por meio de atividades de pressão, seja pela assessoria técnica a projetos governamentais para sensibilização e capacitação de equipes de saúde, ou, pela assunção de cargos na gestão de programas de saúde da mulher.

³ Aborto legal, aborto previsto em lei e aborto pós-estupro são denominações usadas em relação ao aborto decorrente de estupro, tratado no artigo 128 do Código Penal. Nesse trabalho não nos parece necessário discutir a adequação ou inadequação desses termos e eles serão tomados como sinônimos ao longo do texto.

Ao elaborarmos o projeto para esta pesquisa, segundo a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em todo o Brasil, em fins de 2002, existiam 82 hospitais com equipes treinadas para atendimento às vítimas de estupro (profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, Aids, gravidez, cuidados clínicos, psicológicos e assistência social). Dentre estes, 38 hospitais garantiam o direito da mulher à interrupção da gravidez pós-estupro. A maioria estava localizada na região Sudeste e a região Norte apresentava o menor número de unidades em funcionamento.⁴ Vinculadas a estes serviços foram identificadas 138 unidades básicas (atenção primária) preparadas para o acolhimento e primeiro atendimento das vítimas.

Este diagnóstico demonstrava a insuficiência da ação estatal na provisão de serviços e na garantia do direito ao aborto para as vítimas de violência sexual, ao longo de quase todo o Século XX. Considerando os danos à saúde da mulher, causados pela falta ou precariedade da assistência aos agravos decorrentes da violência sexual, concordamos com a argumentação feminista que entende a atuação do Estado nesta provisão como uma violência institucional, e, como um atentado aos direitos sexuais, reprodutivos, humanos e de cidadania das mulheres.

Mas, quando o Estado age, omite-se ou decide não agir, não o faz apartado da sociedade. Esta constatação nos levou à elaboração de um conjunto de perguntas que orientaram a definição do objeto, objetivo, estratégia, hipóteses e método de pesquisa. São elas: por que o aborto pós-estupro foi permitido pelo Código Penal brasileiro de 1940? Quais as possíveis determinações presentes na omissão do Estado em materializar a lei do aborto, por quase meio século? O que levou o Estado a iniciar a implantação de serviços de saúde de referência para o aborto pós-estupro em 1989? Passados 15 anos da criação do primeiro serviço, qual a situação da assistência à mulher vítima de estupro, que decide abortar, em todo o Brasil? Nos dias atuais, este direito está plenamente assegurado às mulheres brasileiras?

1. Objetivo, estratégia e hipóteses

Definimos como principal **objetivo**, a identificação de elementos sociais, políticos, econômicos e culturais determinantes dos obstáculos à materialização e à universalização do acesso ao aborto pós-estupro no Brasil, **por meio da análise** do processo de formulação e implementação de leis e políticas de assistência integral às mulheres vítimas de violência sexual, a partir de 1940.

A complexidade do problema nos levou a considerar **três hipóteses** que, articuladas, pudessem oferecer explicações válidas para o processo estudado.

A **primeira** refere-se ao momento de inclusão dos permissivos legais no Código Penal de 1940. Acreditamos que as motivações e contextos que levaram os legisladores de 1940 a aprovarem os permissivos para o aborto pós-estupro sugerem que a medida é mais uma concessão que revela aspectos da discriminação de gênero, do que um reconhecimento dos

⁴ Localização dos hospitais segundo as regiões: Norte: 07; Nordeste: 15; Centro-oeste: 07; Sul: 14; Sudeste: 39. Estes dados foram apresentados no Seminário Nacional de Avaliação das Políticas de Saúde da Mulher, realizado pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde para avaliação da gestão 1998-2002, em dezembro de 2002, Brasília / DF.

direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Senão vejamos: o permissivo legal para o estupro pretendia reparar um crime - o estupro -, que no Código Penal de 1940 está inserido no capítulo dos crimes contra os costumes e não contra a pessoa. Tratava-se, portanto de uma medida de proteção da sociedade, da família, da honra e não diretamente da mulher, como sujeito jurídico, ou seja, como portadora de direitos. As leis formuladas naquele período indicam ser o homem o provedor e o defensor das mulheres da família. Vigorava o sistema honra-vergonha, em que a vergonha é fundamentalmente atributo feminino e a honra, atributo masculino. Note-se que a honra masculina dependia em parte da honestidade “sexual” das mulheres da família, daí a necessidade de isolá-las e protegê-las dos perigos e possíveis ameaças à sua pureza sexual. Legalmente as mulheres dependiam dos homens da família para tomar decisões, fazerem negócios, e até mesmo casar. A virgindade era um valor importante e aspectos biológicos, como a integridade do hímen eram muito valorizados no Brasil, sendo objeto de vários estudos científicos por médicos legistas.

Neste contexto, o aborto para o legislador de 1940 estava provavelmente vinculado à proteção da família e da honra dos homens da família. A mulher não poderia ter um filho de um estuprador, um filho bastardo, nem tampouco revelar publicamente o estupro, o que até os dias atuais é um constrangimento, um fato indesejado pelas vítimas e suas famílias, pela humilhação que significa a violação sexual.

O aborto legal não era acessível a toda a população. As mulheres abastadas podiam fazê-lo com assistência médica privada e assim resguardavam-se os valores morais e sexuais vigentes, como a virgindade das solteiras e a honra do marido, no caso de violência sexual cometida contra as casadas. As mulheres pobres talvez não fossem objeto de preocupação daqueles legisladores, pois, para alguns juristas da época elas nem poderiam ser honradas, uma vez que, obrigadas a trabalhar, saíam do recato da casa e da vigilância materna, o que era considerado uma garantia de honestidade das moças de família. Estas mulheres ficavam à mercê da própria sorte, uma vez que os serviços públicos estavam voltados a outras medidas de saúde, como o controle de endemias e doenças epidêmicas e as Casas de Misericórdia, mantidas pela Igreja, jamais iriam oferecer serviços de aborto legal. Além disso, em 1940 o aborto pós-estupro não era considerado um problema de saúde pública. Este reconhecimento só vem a acontecer nos anos 1980, quando se demonstra a magnitude da violência contra a mulher, os danos dela decorrentes e o silêncio que a encobre.

A **segunda hipótese** relaciona-se ao aparente vazio da ação institucional do Estado na materialização do direito ao aborto legal entre os anos 1940 e 1970. Esta omissão está determinada por um conjunto de fatores que se articulam e sobrepõem: o caráter autoritário do Estado que valoriza a família, a honra, a moral e os bons costumes; a ausência de pressão por parte das mulheres para implementação da assistência ao aborto; a oposição da sociedade ao aborto, em especial da Igreja Católica, que, como instituição reguladora da moral, reprime a sexualidade feminina e defende a submissão das mulheres na relação com os homens; e, as dificuldades de institucionalização e implementação da política nacional de saúde.

Com a predominância de **governos autoritários**, quase contínuos de Getúlio Vargas aos militares, é pouco provável que houvesse interesse do Estado em promover a assistência ao aborto, o que o colocaria na oposição à aliada e poderosa Igreja Católica. Além disso, a repressão política dificultou a organização da sociedade e a emergência de novas demandas, principalmente daquelas que, como o aborto, questionavam valores importantes para a organização social. Neste contexto, o movimento de mulheres arrefece em suas lutas e nenhuma de suas bandeiras tem grande visibilidade.

A sociedade brasileira, em que pese o valor atribuído à modernidade, e seu esforço em tornar-se ou aparentar ser uma nação moderna, conserva traços bastante conservadores. Até os dias atuais é muito alta a resistência em revisar conceitos e valores morais relacionados à preservação da imagem da família e do papel social da mulher. A família, mesmo reconhecida hoje como um dos locais de ocorrência da violência sexual, não pode ser maculada. Revelar a violência nesta instituição significa ameaçar o seu caráter sagrado e idealizado como espaço de intimidade, de acolhimento e de formação de valores adequados à construção de uma sociedade digna. O aborto parece representar uma recusa da maternidade, o que em princípio deve estar acima de qualquer outro valor que constrói o “feminino”.

Realizado com aprovação do Estado, nos serviços públicos de saúde, o aborto institucionaliza o direito da mulher recusar a gravidez. Isto lhe assegura um poder que a sociedade acredita que ela não deve ter, tanto sobre o seu corpo, como sobre a reprodução humana. A negação do direito e do acesso ao aborto são formas de controle da sexualidade da mulher; são estratégias para mantê-la submissa, impedindo seu pleno acesso à autonomia. O conservadorismo da sociedade brasileira em relação ao aborto se articula com a rigidez dos papéis de gênero, modelados por uma cultura discriminadora em relação à mulher e pela reafirmação cotidiana da importância do seu papel na família como provedora de bem estar.

Como fator concorrente e singular entre os obstáculos à prática do aborto legal, encontra-se o processo de institucionalização da política nacional de saúde: as dificuldades de nacionalização, a disputa entre os interesses públicos e privados; as condições materiais insuficientes para a assistência integral à saúde, mesmo após a Constituição de 1988 que define a saúde como um direito e responsabilidade do Estado. Além disso, ainda não se reconhecia as diferenças de gênero, raça e condição social dos cidadãos e cidadãs como critérios orientadores de políticas asseguradoras de direitos e do acesso a bens e serviços.

Na década de 1930 tem início a estruturação da política nacional de saúde, com o principal objetivo de proteger a mão de obra necessária ao desenvolvimento da indústria brasileira nascente (NUNES, JACOBI, KARSCH, et al., 1991). Nesse período, a saúde individual estava a cargo da assistência privada e das Caixas e dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (CAPs e IAPs) para os trabalhadores. A população pobre ficava à mercê da assistência praticada por instituições de caridade, como as Santas Casas de Misericórdia. O Estado ainda não tratava a política nacional de saúde como direito à assistência aos cidadãos e cidadãs, universal e igualitário. Mas, apoiava um modelo que só será rompido após 1988,

qual seja, a dicotomia na assistência a ricos e pobres, assim como aos trabalhadores-segurados e aos desempregados-não-segurados, ou indigentes.

Embora o Código Penal tenha permitido o aborto pós-estupro, não havia nos anos 1940, assim como em décadas posteriores, quando se expande o processo de privatização da saúde, condições políticas e institucionais para a formulação de uma política pública de assistência à vítima de estupro, pois sequer as ações básicas de pré-natal, vacinação, e o saneamento básico foram garantidas a toda a população. Em números, o aborto pós-estupro é uma demanda pequena, e assim, a assistência só se justifica em termos do direito da mulher, do respeito à liberdade sexual e reprodutiva e pela gravidade do fato para a mulher agredida.

A **terceira hipótese** diz respeito ao início da ação do Estado para materializar o direito ao aborto legal, o que está determinado por diversos fatores, mas, em particular, pelas ações do movimento feminista e pela democratização do Estado.

A democratização do Estado Brasileiro ocorre, sobretudo, como resultado das lutas empreendidas pelos movimentos sociais. Estes movimentos se fortalecem nos anos 1970 na luta contra a ditadura e crescem nos anos 1980 com a possibilidade de organização após a queda dos governos militares. Nestas décadas, o movimento feminista se consolida como sujeito social que reivindica cidadania, igualdade, liberdade e autonomia, o que será determinante das mudanças na política do Estado em relação ao aborto legal.

Nesse período, ocorrem mudanças importantes nas relações entre o Estado e a sociedade, com maior participação popular nas decisões governamentais. Além do crescimento dos movimentos, também são criadas instâncias de controle social que têm representação da sociedade organizada, ampliando-se os espaços de reivindicação e diálogo. No campo da saúde, destacam-se as conferências nacionais de saúde e os conselhos gestores em todos os níveis, federal, estadual e municipal. O Estado se apresenta então mais permeável às demandas populares, o que possibilita inclusive, na década de 1990, a entrada de militantes feministas nas instituições gestoras de políticas de saúde.

Embora os legisladores de 1940 não tenham discutido o aborto como um direito das mulheres, este permissivo legal foi apropriado como “direito” pelo movimento de mulheres a partir dos anos 1980, quando os grupos feministas criaram a “figura do aborto legal”. Estes grupos contribuíram significativamente para a formulação dos conceitos de direitos sexuais e reprodutivos, deram visibilidade à violência contra a mulher, reivindicaram o cumprimento da lei que permite o aborto legal, e de uma maneira mais ampla invocaram a implementação de políticas de saúde de assistência às vítimas de violência sexual.

A atuação do movimento feminista entre 1970 e 1990 levou ao reconhecimento da violência contra a mulher, contribuindo para a eliminação do argumento de legítima defesa da honra nos crimes contra as mulheres. As mulheres também passaram a interferir direta e indiretamente na sensibilização de sujeitos sociais (profissionais de saúde, gestores, parlamentares, operadores do direito) visando o apoio à implementação de políticas sociais voltadas à garantia dos direitos de cidadania das mulheres. Estas condições forçaram o Estado a iniciar o processo de implantação do aborto legal. Embora não se possa falar numa relação

direta de causa e efeito, constata-se que a assistência ao aborto legal começa após a mobilização das mulheres pela legalização e pelo cumprimento da lei já existente.

No campo específico da saúde, contribuíram para a adoção de medidas de assistência ao aborto legal: a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM em 1984, o processo Constituinte que culmina em 1988 com a definição da política nacional de seguridade, e da saúde em particular, como direito dos cidadãos e responsabilidade do Estado e a criação do SUS. Esta nova política, fruto de lutas populares realizadas na segunda metade do século, inaugura uma assistência completamente diferente em termos de princípios, modelo, instrumentos de gestão e controle social.

No desenvolvimento da pesquisa procuramos articular estas hipóteses para termos uma visão do todo e identificar os processos mais significativos, ou quem sabe, mais evidentes ao nosso olhar, na tentativa de construir explicações válidas para as questões formuladas. O trabalho aqui apresentado não tem a pretensão esgotar todas as respostas possíveis, pois além de limites operacionais, entendemos que a realidade não é passível de uma apreensão absoluta, mesmo que tentemos trabalhar com o propósito de captar o maior número possível de fatores que interferem no objeto estudado.

2. Procedimentos metodológicos

Neste trabalho, analisamos uma questão que atravessa aproximadamente 60 anos em contextos de extrema complexidade. No campo específico da seguridade social, a política de assistência ao aborto legal pós-estupro está inserida na atenção às vítimas de violência sexual e é parte da atenção integral à saúde da mulher; estabelece interfaces com as políticas de atenção às crianças e adolescentes e também com a segurança pública e a justiça. A discussão do aborto, por sua vez, envolve questões éticas, morais, religiosas, médicas, feministas, de direitos humanos, de políticas sociais e de saúde. Permeando este debate está a discussão da organização assimétrica das relações de gênero, das estratégias de discriminação da mulher, o que por sua vez atende interesses econômicos e políticos próprios da sociedade capitalista.

Dito de outra maneira, durante a realização da pesquisa confirmamos estar diante de um objeto multideterminado e inserido numa rede de relações sociais muito complexa. Na tentativa de compreendê-la buscamos, como sugere Nogueira (2001), ir além de determinismos redutores, olhando a realidade como processo e **contradição**, numa **perspectiva de totalidade**. Acreditamos que o pensamento afirma-se sempre em sua incompletude, que ele não é vazio de verdade, mas não contém toda a verdade e assim tentamos moldar nossa escuta dos sujeitos entrevistados. Aceitamos que o real é fenômeno e é essência, empiria e concreticidade, luz e sombra. Salientamos que não foi fácil considerar, sem atribuir uma valoração positiva / negativa, a lógica dos diversos sujeitos envolvidos. Consideramos que a **história**, à medida que está sendo **feita por sujeitos dialeticamente** relacionados entre si, realiza-se como algo sempre aberto e, portanto, é passível de mudanças. Ao mesmo tempo, há

limites estruturais, políticos, culturais e institucionais à atuação autônoma de cada um destes sujeitos e, portanto às mudanças por eles propostas. Reafirmamos por fim, a **difícil apreensão do nosso objeto** pelas transformações que sofreu ao longo do tempo e pelas disputas sociais e políticas nas quais esteve e ainda está submerso.

Realizamos inicialmente uma revisão bibliográfica sobre os temas: aborto, enfocando conceitos, posições e políticas; violência contra a mulher; direitos sexuais e reprodutivos; configuração da política nacional de saúde no Brasil, implementação de políticas de saúde da mulher no contexto do SUS; implantação de redes integradas de atenção às vítimas de violência sexual; formulação de políticas sociais, participação da sociedade e controle social de políticas públicas; demandas do movimento de mulheres; análise de políticas.

Pesquisamos documentos relacionados à legislação sobre o aborto: as ordenações portuguesas em vigor no Brasil, o Código Criminal do Império de 1830, o Código Penal de 1890 e o Código Penal aprovado em 1940 (que entrou em vigor em 1942) no que se refere ao aborto e crimes sexuais. Analisamos normas técnicas⁵ e planos para implementação da assistência à saúde da mulher vítima de violência sexual e aborto pós-estupro produzidos pelo Ministério da Saúde (MS), e por associações e órgãos de classe, como a Febrasgo e o Fórum Interprofissional de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sexual. Pesquisamos relatórios de avaliação de atividades governamentais, materiais instrucionais, apresentações técnicas e diversos tipos de publicações como livros, revistas, cartilhas, informativos, resenhas, artigos, textos, discursos e matérias jornalísticas; relatórios de pesquisas e documentos de campanhas pela legalização do aborto; boletins de acompanhamento do aborto na mídia; planos e avaliações de Conferências Internacionais relacionadas com o tema de estudo.

Delimitamos três momentos históricos a serem estudados, aos quais vinculamos perguntas específicas: **primeiro**, o relativo à inclusão do permissivo legal para o aborto em 1940; **segundo**, o longo intervalo de omissão do Estado em termos da criação de condições para a prática do aborto pós-estupro nos serviços de saúde; **terceiro**, o processo de implementação da assistência, de 1989 aos dias atuais. Uma vez que os fatos relativos à política sobre o aborto legal não se sucedem de forma linear e harmônica, mas em meio a conflitos, avanços e retrocessos, seja qual a for a perspectiva de análise adotada, foi necessário contextualizar cada momento observando não só a conjuntura política, social, econômica e cultural de cada um, mas também as ações, conflitos e os resultados das interações ou disputas de interesses entre os principais sujeitos políticos envolvidos no debate público sobre o problema.

Identificamos as mudanças da legislação desde que o aborto foi tipificado como crime pelo Código Penal do Império; os debates no âmbito legislativo; a emergência de sujeitos sociais estratégicos, seus interesses, discursos e ações junto à sociedade e aos poderes legislativo e executivo, tanto favoráveis quanto contrários à implementação do aborto legal; identificamos condições facilitadoras e dificuldades operacionais da rede assistencial;

⁵ Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes; Caderno de Atenção Básica sobre Violência Intrafamiliar para equipes de Saúde da Família; Cartilha sobre Violência Intrafamiliar para Agentes comunitários de Saúde.

levantamos as principais ações, processos ou políticas internacionais que têm influenciado a implementação das políticas de assistência à saúde da mulher e àquelas vítimas de violência de gênero no Brasil; **identificamos** fatores que levaram os gestores federais do Ministério da Saúde a definirem normas técnicas, e a prestarem assessoria técnico-financeira aos estados e municípios para a estruturação de redes de atendimento à mulher em situação de violência.

Entre os meses de junho e agosto de 2005, entrevistamos sujeitos sociais estratégicos vinculados às instituições envolvidas no debate em torno do aborto, como executores diretos ou testemunhas de muitas das ações estudadas na pesquisa (APÊNDICE). Para selecioná-los delimitamos previamente o quadro de instituições e organizações que conformam o espaço onde se desenvolve o debate político sobre o aborto e a implementação da política pública de assistência ao aborto legal pós-estupro.

Com base nessa delimitação, optamos por entrevistar: mulheres feministas, responsáveis pela reivindicação do direito e da assistência ao aborto legal, vinculadas a organizações nacionais de mulheres e também a instâncias nacionais de controle social; representantes de instituições que se opõem ao aborto legal, ou seja, representantes de instituições religiosas propriamente ditas, ou de organizações não governamentais, de orientação religiosa, com representação nacional; profissionais de saúde, em particular, médicos vinculados à fóruns e à instituições representativas de ginecologistas e obstetras em âmbito nacional, que atuam na sensibilização e na capacitação de equipes de saúde para atendimento de casos de violência sexual e, que também são integrantes de serviços de aborto legal; operadores do direito para esclarecimento de questões relacionadas a aspectos jurídicos da formulação do Código Penal, que ao mesmo tempo estivessem informados sobre a discussão do aborto. Neste caso entrevistamos uma advogada, militante do movimento de mulheres, e um promotor de justiça que não está vinculado a este movimento, e que é responsável pela Promotoria Provida, que atende casos relacionadas à interrupção de gravidez por malformação congênita e também por violação sexual. Por fim, selecionamos gestores de políticas voltadas para as mulheres, independente de sua formação acadêmica, e sim com base na função executada em âmbito municipal e federal. Neste caso entrevistamos a gestora responsável pela implantação do primeiro serviço de aborto legal no Brasil, em São Paulo, que atualmente gerencia a área técnica de saúde da mulher, do Ministério da Saúde, e outras componentes de sua equipe técnica. Também entrevistamos a ex-coordenadora de saúde da mulher no período em que foram publicadas as primeiras normas técnicas sobre violência sexual e sobre o aborto pós-estupro.

Assim, realizamos um total de dezesseis entrevistas com gestores, profissionais de saúde, juristas, feministas e religiosos. Aplicamos roteiros semi-estruturados, flexíveis, levando em conta a formação e a inserção social e política dos entrevistados e seu papel na configuração da política estudada. As entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora e nenhuma fala desautorizada foi citada no texto.

Construímos uma grade de análise articulando as hipóteses e objetivos da pesquisa aos dados coletados nas entrevistas, na pesquisa documental e na revisão bibliográfica. No

processo de análise do material procuramos compor um quadro de determinações institucionais, políticas, culturais e econômicas que pudesse confirmar ou não as hipóteses iniciais da pesquisa. Trabalhamos com o propósito de captar o conjunto de determinações das mais específicas às mais gerais e estruturais. Procuramos captar a posição de sujeitos sociais, sobre o aborto e seus interditos, para evidenciar subjetividades que influenciam a ação pública e política, a exemplo dos conflitos dos profissionais de saúde, que alegam a objeção de consciência como dificuldade para a realização do aborto. Buscamos também compreender como a ação de determinados sujeitos prevalece sobre a de outros levando a resultados como a omissão do Estado na materialização do direito ao aborto legal, ou à mudança da situação vigente, como o início da implementação desta assistência.

Colhemos informações na Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, na Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, e em organizações não governamentais como o SOS Corpo, Cfêmea e Agende. Pesquisamos o tema na Internet, o que nos levou às informações procuradas, mas também a novas indicações bibliográficas.

Com o propósito de demonstrar o impacto da violência sexual sobre a vida das mulheres e as dificuldades que elas têm de acesso ao aborto legal, decidimos incluir, ao longo do trabalho, alguns depoimentos colhidos em pesquisa (LEOCÁDIO, 2002) com mulheres e adolescentes estupradas ou vítimas de abuso incestuoso, que engravidaram, ou não, e que foram atendidas em delegacias, institutos médico-legais e em serviços de referência para o aborto legal em três estados: Paraíba, Pernambuco e São Paulo.

Optamos por uma estrutura dissertativa em que os resultados da pesquisa, inclusive os depoimentos, vão sendo inseridos desde o primeiro capítulo, para dar mais dinâmica ao texto e para ressaltar a percepção dos depoentes sobre o processo estudado. O trabalho está organizado da seguinte forma: no **Capítulo I** apresentamos o debate sobre o aborto, discutindo conceitos e posições políticas e ideológicas dos diversos sujeitos envolvidos, com ênfase naqueles que declaradamente buscam influenciar a sociedade e a ação estatal; no **Capítulo II** analisamos a inclusão do aborto legal no Código Penal de 1940, situando-a no contexto histórico da época, identificando fatores que influenciaram a comissão de legisladores, levando-os a aprovarem o aborto pós-estupro em duas situações específicas, no risco de vida para a gestante e no caso de estupro, com ênfase nesta última; no **Capítulo III** abordamos a emergência do movimento de mulheres no Brasil nos anos 1970, como um novo sujeito social e duas de suas principais demandas: a atenção integral à saúde da mulher e o combate à violência. Destacamos o movimento feminista porque o direito ao aborto é reconhecidamente uma de suas reivindicações mais importantes; no **Capítulo IV** abordamos o processo de implantação e a situação atual da assistência ao aborto legal pós-estupro no Brasil. Destacamos ações que repercutiram diretamente na expansão de serviços, com ênfase na experiência original em São Paulo, na mobilização dos principais sujeitos que atuam em favor desta política e na atuação do Estado. Por fim, apresentamos as conclusões do trabalho.

CAPÍTULO I - CONCEPÇÕES E POSIÇÕES POLÍTICAS SOBRE O ABORTO

No debate sobre o aborto estão envolvidos vários sujeitos sociais. Mais, ou menos organizados, eles dialogam com a sociedade e com o Estado buscando construir hegemonia e assim definir leis e políticas públicas de acordo com as suas posições políticas, morais e ideológicas.

Pretendemos abordar neste capítulo o que leva os sujeitos envolvidos nesta discussão a agirem desta ou daquela forma, e suas motivações para fazê-lo. Procuramos traçar um panorama geral do problema, envolvendo aspectos históricos, os principais sujeitos que atuam neste campo, conceitos, discursos, argumentos e posições políticas. Por último abordamos a questão a partir do entendimento de que o acesso ao aborto, e aos anticoncepcionais, faz parte do atendimento às necessidades humanas básicas.

1. Onde há dúvida, há liberdade!

Os discursos sobre o aborto são diversos, contraditórios e compõem um todo complexo que baliza a tomada de posição de diferentes sujeitos sociais. Enunciados distintos e intercambiáveis são produzidos nos campos: social, jurídico, médico, demográfico, econômico, político, ético, filosófico, religioso e feminista. Eles são apropriados segundo os interesses dos sujeitos sociais motivados a agir ou se posicionar, seja em termos teóricos seja diante de casos concretos. Temas de grande relevância social como vida e morte, religiosidade, pecado, relações de gênero, autonomia, saúde e liberdade estão em debate, e o que parece estar no centro das discussões é a licitude, a moralidade do ato, assim como, a quem cabe a decisão de abortar.

O aborto sugere muitas questões em torno das quais não há consenso: é crime ou não é? É crime em determinada situação e não o é em outra? É um homicídio? A partir de quando? O aborto é um pecado ou um direito da mulher? Nessas circunstâncias é apropriado pensar como os teólogos do século XVII: “onde há dúvida, há liberdade”.⁶ Assim se comporta a sociedade em diferentes partes do mundo e, proibido ou não, o aborto é um recurso utilizado pelas mulheres quando não querem, ou não podem, levar adiante uma gravidez.

Discursos dos mais restritivos aos mais liberais têm sido proferidos por distintos sujeitos no curso da história. Suas estratégias de luta têm influenciado legisladores, juristas, gestores e a população em geral, provocando mudanças de mentalidades, da legislação e de políticas sociais para assistência às mulheres que abortam.

Na pesquisa documental que realizamos sobre o tema identificamos uma variedade de conceitos e princípios sobre os quais se baseia a tomada de diferentes posições políticas em relação à prática do aborto. Tomando-as como referência, organizamos esta apresentação dos conceitos discursos e estratégias dos sujeitos sociais que as manifestam e defendem.

⁶Princípio do “Probabilismo”, sistema ético proposto por teólogos do século XVII para auxiliar os fiéis quando o consenso não é possível (MAGUIRE, PEGORARO e MEJÍA, 1999).

a) **A interdição absoluta**, ou posição conservadora, pretende ser imoral e injustificável qualquer interrupção da gravidez. Sustenta-se na idéia de que o novo ser tem direito à vida desde a concepção. A vida é dada por Deus, a morte só é aceita por causas naturais e ninguém tem o direito de interferir neste processo. O aborto é sempre um pecado mortal, segundo a lei divina e, um crime pela lei dos homens. A Igreja Católica é o principal sujeito a defender esta posição, aceitando somente o aborto indireto, ou seja, o que acontece sem intenção da mãe, ou de um terceiro, de eliminar o embrião ou feto.

b) **A permissão seletiva**, ou posição moderada, aceita a prática do aborto como ato moral em condições determinadas. Posição assumida por muitos profissionais de saúde, juristas, legisladores, operadores de mídia, inclusive por alguns religiosos e católicos. Aqui nem sempre o aborto é tido como pecado. Mas, mesmo para aqueles que assim o consideram, o aborto em determinadas circunstâncias é entendido como um mal menor e por isso não se condena a mulher que aborta. Esta é também a posição mais comum entre as mulheres e na população em geral. As razões para aceitação do aborto variam muito neste grupo, o que leva alguns deles a se aproximarem do que chamamos “posição liberal”.

c) **O direito à livre escolha**, ou posição liberal⁷, afirma que o aborto não é crime nem pecado, mas um direito da mulher, a quem compete a tomada de decisão. Pretende-se aqui que a mulher tenha autonomia sobre seu próprio corpo, que a maternidade não seja uma imposição, que ela possa controlar livremente a sua sexualidade e a sua vida reprodutiva. Esta posição é assumida principalmente pelo movimento feminista, para quem, o acesso à anticoncepção e ao aborto deve ser compreendido como parte das necessidades humanas básicas, como condições para garantir a sua saúde e autonomia.

Esta classificação não deve ser lida como um enquadramento dos sujeitos sociais em posições fixas e imutáveis. Embora os pontos de partida possam ser diferentes percebemos que, em particular no tocante às propostas de lei e na operacionalização de políticas públicas, existem muitas semelhanças entre a posição moderada e a defesa do direito à livre escolha. Um exemplo, é a proposta entregue pelo movimento feminista à Comissão Tripartite para revisão da legislação penal sobre o Aborto, em 2005, em que são postos limites de tempo gestacional para a interrupção de gravidez. Outro, é que há pessoas que adotam a posição moderada, aceitando o aborto em determinadas condições, mas não o defendem como direito da mulher à livre escolha, mesmo em fases precoces da gestação. Daí mantermos as distinções propostas, acentuando seu caráter flexível.

Além disso, a posição política de um determinado sujeito coletivo não significa homogeneidade interna daquele grupo. As Igrejas de orientação cristã, por exemplo, não têm consenso sobre o aborto, umas são mais flexíveis do que outras e algumas se enquadram na posição moderada, como a Luterana. No interior da Igreja, e da comunidade Católica, também há discordâncias em relação à intransigência na aplicação do princípio da proteção à vida. Para alguns vale a “ética da decisão”, o que assegura à mulher o direito ao livre arbítrio, como

⁷ Classificamos como as três posições como conservadora, moderada e liberal com base nos argumentos dos grupos que defendem cada posição. Podemos encontrar um ou outro termo em alguns autores, entre eles: Thomson (1992); Faúndes e Barzelatto (2004); Papaleo (1993).

propõe o grupo “Católicas pelo Direito de Decidir”. Mesmo assim, não podemos considerar que, como sujeito político, a Igreja Católica possa ser colocada na posição moderada, haja vista o caráter dogmático com que o argumento de defesa da vida é apresentado pelo Vaticano, assim como os constrangimentos ou mesmo agressões que, em nome da fé cristã, grupos religiosos católicos cometem contra quem pensa de modo diferente, sejam estas, pessoas comuns, mulheres que decidem abortar, ou pessoas que desempenham funções públicas, como profissionais de saúde, juizes ou gestores da saúde.

1.1 A interdição absoluta: a vida, a Deus pertence!

Em toda a América Latina, as religiões cristãs têm exercido grande influência na legislação e no processo de implementação das políticas de assistência ao planejamento familiar e ao aborto (FAÚNDES E BARZELATTO, 2004). Dentre elas destaca-se a Igreja Católica, por seu maior rigor na proibição ao aborto e sua forte atuação política visando impedir a legalização ou a assistência aos casos permitidos em Lei, como ocorre no Brasil.

Até proclamação da república em 1889, quando o Estado tornou-se laico, o Brasil tinha o **catolicismo como religião oficial** e era crime atentar contra alguns de seus princípios e praticar outras religiões. Esta condição, explica em parte a grande influência da Igreja Católica e dos valores cristãos no país. Um século depois, a Constituição Brasileira de 1988 (Título II, Capítulo I, artigo 5º/VI) afirma justamente o contrário: é um direito “inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o **livre exercício dos cultos religiosos**”. No intervalo de um século a sociedade mudou, mas a influência da Igreja Católica e de outras religiões cristãs, como a Evangélica, é marcante na sociedade brasileira e, nesse contexto, o aborto é um problema que provoca muitos conflitos.

Embora o debate sobre o aborto tenha retornado à cena política de maneira intensa nas últimas décadas, a cruzada contra o aborto é uma ação antiga da Igreja Católica. Segundo Papaleo (1993, p. 18 e 19), na busca de consolidação dos valores cristãos, em oposição aos pagãos, a proibição ao aborto é uma das estratégias de diferenciação da nova proposta. Citando Dalsace, Dourlen e Rottier, ele registra: “antes do cristianismo a maior parte das sociedades tinham incluído essa prática em sua moral e em sua política”, daí que muitos considerem **a proibição ao aborto fruto da filosofia cristã**. Este autor acredita que o aborto é um fenômeno histórico por excelência, pois nem sempre foi proibido e muitas vezes o foi por razões não relacionadas à moral, à religião ou à política. E, que essa historicidade possibilitaria a aceitação do aborto por grande parte da população mundial, o que já foi entendido como moralmente menos censurável e politicamente admissível.

As discussões sobre o aborto no âmbito do cristianismo têm início com sua proibição expressa em um dos principais documentos da Igreja, a Didaquê, doutrina dos apóstolos, escrita por volta do ano 100 da era cristã, antes da unificação das Igrejas sob o comando do bispo de Roma. **Durante os primeiros séculos nem todo aborto era pecado**. Esta posição

se manteve mesmo depois do Papa Pio IX haver afirmado, no século XIX, que a interrupção de gravidez, em qualquer momento, constituía pecado grave (HURST, 1999).

Segundo citação de Faúndes e Barzelatto (2004, p. 132), a revisão feita por dois filósofos católicos, Dombrowski e Deltete mostra que a proibição ao aborto se baseia em dois tipos de argumentos que eles chamaram de *posição perversa* e *posição ontológica*. A primeira e mais antiga, que predominou até o século XVII está relacionada à **perversão da função do sexo**, que deveria ser praticado apenas com a finalidade reprodutiva. Ou seja, a relação sexual era considerada moral se realizada como meio à procriação, posição que será relativizada somente na década de 1960 com a rejeição do Concílio Vaticano II à posição tradicional, e seu entendimento de que o sexo também serve à união entre os esposos, para o seu prazer. Assim, foi permitido o uso de anticoncepcionais naturais, pois caso seja a vontade de Deus este método não impede a concepção. A **posição ontológica refere-se ao surgimento da vida e da pessoa humana**. Nesse campo um longo debate foi travado dentro da Igreja e duas vertentes de pensamento se confrontavam: a da “animação tardia”, que baseada em Aristóteles, e retomada no século XIII por Santo Tomás de Aquino, entendia que o embrião recebia alma e por isso tornava-se humano aos 40 dias (feto masculino) ou aos 90 dias (feto feminino), dando margem à possibilidade de realização de um aborto não pecaminoso até este momento, principalmente se praticado com o propósito de salvar a vida da mulher. Este entendimento era contestado por quem defendia a “animação imediata” do ser, conceito que passa a predominar na Igreja Católica a partir de 1854, quando o Papa Pio XI, declarando o dogma da Imaculada Conceição, endossa implicitamente o início da vida com a concepção.

Embora “hoje a Igreja não se comprometa com uma afirmação de natureza filosófica sobre a animação e o momento em que esta ocorre, ela defende de modo constante o direito inviolável de todo ser inocente à vida. Afirma que o embrião humano é um ser humano, não parcial ou potencial, mas uma vida feita e perfeita, com potencialidades que vão se atualizando, e desenvolve sua lógica simples e implacável: o aborto é um pecado mortal que impõe a excomunhão” (AGUIRRE, 2000, p. 16)⁸.

Santin (2000) demonstra que, no Brasil, a separação entre Estado e Igreja no século XIX, leva esta instituição a buscar outras maneiras de exercer o poder junto ao Estado, garantindo a defesa de suas idéias seja no âmbito da macropolítica, quanto na regulação de valores morais e dos costumes. Assim, ela mantém sua influência na economia, no exercício da liberdade de consciência, no ensino religioso, no matrimônio e na família, no controle de sexualidade e da reprodução, condenando os métodos anticoncepcionais e toda interrupção de gravidez. Se não age diretamente, a Igreja Católica apóia e estimula a organização e o trabalho de grupos leigos, difunde seus ensinamentos com produções escritas mensais, trabalha em comunidades carentes, estimula o trabalho voluntário e trabalha pela eleição de parlamentares que defendem os valores cristãos, de forma irrestrita.

⁸ Com a excomunhão, o católico fica impedido de receber os sacramentos da confissão, de comungar, casar na Igreja etc.

A hierarquia da Igreja Católica trabalha junto ao Congresso Nacional para aprovar leis compatíveis com os seus ensinamentos; leva suas demandas diretamente ao poder executivo e também através das instâncias de controle social nas quais tem assento, como no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU) deste Conselho. No CNS ela exerce grande pressão junto aos conselheiros para evitar a aprovação de políticas de assistência ao aborto legal e inseguro no país.

Ao serem questionados sobre a forma, ou sobre o grau de interferência que a Igreja Católica pretende ter em relação ao poder executivo e ao Congresso Nacional, em um Estado laico, em particular nas questões morais e no aborto, alguns religiosos alegam que a Igreja, como todo grupo social, tem o direito de participar do debate democrático, assim o faz o cardeal Carlo Maria Martini em resposta a um questionamento de Humberto Eco (ECO & MARTINI, 2002). Quanto a não aceitarem que o Estado legisle em favor de uma pluralidade moral, de crenças e valores, permitindo e reconhecendo o direito de cada indivíduo decidir sobre questões de foro íntimo, como é considerado o aborto, argumentam que o aborto não é questão religiosa, mas sim, humanitária e, portanto todos têm o direito de interferir, inclusive reivindicando a aprovação de leis que atendam aos seus interesses.

A propósito da descriminalização do aborto, Dra. Zilda Arns, representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) no CNS, escreve: “sou absolutamente contra, e fundamento meu ponto de vista não somente na fé cristã, mas também na ciência e em aspectos éticos e jurídicos”.⁹ Ela afirma que a ciência comprovou ser o feto um ser humano completo desde a concepção e que por isso tem direito à vida como defende a Constituição Brasileira e o artigo segundo do Código Civil, cabendo ao Estado protegê-lo de qualquer ameaça, para não incorrer em violação dos direitos humanos. Neste artigo ela também reage negativamente à aprovação da pesquisa com embriões e conclui dizendo que a ética e a moral não são exclusivas da religião, que representam um guia para toda a sociedade, incluindo a ciência e a técnica e que a sociedade tem o direito de ser ouvida pelos legisladores de maneira democrática sobre um assunto tão sério.

Sem dúvida, a ética e a moral não são exclusivas da religião. Por isso, para que seja levada a sério a afirmação de que a sociedade deve ser ouvida sobre a legalização do aborto, todas as formas de pensar a ética e a moral relativa ao assunto devem ter espaço garantido de expressão e escuta. Uma discussão democrática deve assegurar o direito de todos se manifestarem sem qualquer tipo de coerção para expressarem suas opiniões, crenças e valores. E, aos legisladores compete ir além de suas convicções individuais para acolher a diversidade e permitir que na vida prática, diversas crenças e moralidades possam ser praticadas. Não existe um só caminho para a tomada de decisões éticas e morais e a sociedade brasileira demonstra isso quando à prática do aborto, embora a opinião expressa em público pela maioria da população não seja coerente com o comportamento cotidiano.

⁹ Artigo publicado na coluna opinião do Jornal Folha de São Paulo, em 14/08/2005, sob o título “Missão do Legislador: Proteger a Vida”. Dra. Zilda Arns Neumann é médica, católica, irmã de D. Evaristo Arns. Coordena a Pastoral da Criança que atua em 38.000 comunidades carentes no Brasil, com recursos governamentais, principalmente do Ministério da Saúde apoio de voluntários. Foi coordenadora do programa materno-infantil do Ministério da Saúde no início da década de 1990.

Na argumentação de Dra. Zilda Arns, parece-nos falacioso o argumento de que está cientificamente comprovada a existência de um ser humano completo a partir da concepção. Na busca de causar impacto e convencer o interlocutor, aqui se utiliza um argumento que no máximo é uma meia verdade tomada como inteira e plena. Esta primeira célula, formada na fecundação do óvulo, pode se dividir e separar gerando dois seres humanos, idênticos geneticamente, o que ocorre no caso de gêmeos univitelinos. O que teria ocorrido então, um ser humano completo dividindo-se para formar dois seres tão humanos e tão completos quanto o primeiro? A ciência responderia não. Além disso, a primeira célula gerada a partir da junção do óvulo com o espermatozóide pode degenerar e produzir um ovo cego ou uma mola hidatiforme e nessas situações não se terá nenhum ser humano como resultado da gravidez, como então garantir que este teria existido antes? No início da divisão celular ainda não existe um embrião, mas apenas um saco embrionário, por isso as ciências biológicas comprovam neste momento tão somente a existência de informações genéticas que poderão levar ao desenvolvimento de um ser humano. Nesta perspectiva, no instante da concepção ou da nidadação este ser completo não existe e poderá não existir no futuro.

A biologia se baseia na teoria da evolução, na qual o embrião é um ser humano em potencial, mas é diferente do feto, da criança e de um adulto e assim estabelece uma referência importante para aqueles que afirmam que os direitos da mulher não podem ser submetidos aos direitos de uma vida que poderá vir a ser humana. Uma terceira concepção para o ser humano parte do critério de que a pessoa se constitui em relação. O ser humano seria fruto das relações que estabelece com os outros em sociedade, e baseia-se na fenomenologia. Não é a ciência e sim a religião o suporte para se afirmar a existência de um ser humano completo desde a concepção. Esta teoria, chamada criacionista, não faz distinção entre um embrião, um feto, uma criança e uma pessoa adulta, afirmando que todos estes têm os mesmos direitos (MAGUIRE, PEGORARO & MEJÍA, 1999, p. 20).

Falando de sua experiência no atendimento às mulheres com demanda de aborto legal, um dos médicos entrevistados nesta pesquisa revela encontrar maior resistência ao aborto entre espíritas e no seu relato encontramos um exemplo de confronto nítido entre as duas teorias, a criacionista, referência religiosa e a evolucionista, referência para as ciências médicas. Para ele, o espírita é mais resistente ao aborto porque:

Acredita no espírito, acredita que a partir da fecundação uma alma vai se incorporar ao novo ser para dar vida e fazer o ser crescer, vai gerar uma vida nova. Então a partir deste momento começa a gravidez, na opinião deles. Esta é a filosofia deles. Pra gente, por exemplo, da medicina, uma gravidez de cinco semanas não tem ainda embrião, só tem um saco gestacional dentro do outro e em outros países do mundo se faz o aborto nessa época que não tem o embrião. É uma regulação menstrual, como eles chamam, porque ainda não gerou o embrião. Para o espírita não, já existe a fecundação, então em qualquer momento da gravidez o aborto é absolutamente pecaminoso por causa disso (Entrevista N° 06. Médico obstetra / Febrasgo).

As religiões cristãs não têm uma única maneira de compreender a ética cristã. Para alguns religiosos seus princípios devem ser referências para a tomada de decisões, para

responsabilização dos crentes, ao invés de serem transferidos à vida prática sem nenhuma mediação. Para eles isso não significa uma contradição, pois esta maneira de pensar está embasada na própria doutrina cristã.

Segundo Maguire, no Século XVII, os teólogos católicos elaboraram a doutrina do probabilismo para enfrentar situações éticas, com base no conceito de que uma obrigação moral que provoque dúvidas não pode se impor como se fosse certa e indiscutível. Significa que a elaboração de uma decisão moral está em nós, que ela surge da convicção adquirida pela própria pessoa, ou proporcionada por especialistas e não depende da permissão de autoridades. Este princípio dá o direito de discordar dos ensinamentos da hierarquia eclesiástica em questões morais se os fiéis atingirem o que se denomina tradicionalmente, na moral, uma “probabilidade firme”. E esta convicção pode ser conseguida de maneira intrínseca, pela reflexão individual de cada pessoa, ou extrínseca, quando há o suporte de especialistas ou de autoridades para esclarecimento e apoio à decisão. Para este autor esta doutrina aplica-se à questão do aborto, pois há muitas questões que ainda não foram esclarecidas neste assunto (MAGUIRE, PEGORARO e MEJÍA, 1999, p. 9).

A ética cristã se baseia no respeito absoluto à vida, à vida na sua amplitude. Vida também é natureza, vida também é meio ambiente. Então o respeito à vida. Por isso o que mais se deve fazer é se colocar em defesa da vida. Agora, como na prática isso deve ser feito? Sempre deve ser uma decisão informada e de responsabilidade [...]. As igrejas têm duas maneiras de ver a questão da ética. Uma maneira de ver a questão da ética em defesa da vida é adotar uma ética da decisão, quer dizer, o crente, o ser humano deve ser preparado para ele responsabilmente tomar as decisões. E tem outra maneira de ver a ética que é a de colocar o princípio e não olhar para lado nenhum e tocar isso assim. Eu prefiro a primeira [...]. A gente poderia também dizer que essa questão ética poderia ser formulada de outra maneira, que se trata de fé ativa no amor. Fé ativa no amor e, o amor leva a respeitar a sua situação e ver o que é melhor. A ética da decisão. Porque senão é muito fácil para os crentes simplesmente se tornarem obedientes a uma lei que vem do alto. Os crentes têm... Me falta o termo... Têm que ser sujeitos capazes de tomar as decisões (Entrevista Nº 07. Membro do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs).

A escolha pela ética da decisão permite que se trabalhe com a compaixão, outro valor importante para os cristãos e que significa simpatizar na tristeza, compreender o outro, colocar-se em seu lugar, sofrer com ele, e procurar ajudá-lo a partir do que ele sente, quer e precisa, sem imposições (COMTE-SPONVILLE, 1995). A compaixão nos leva a considerar as condições a que cada mulher está submetida, a entender o sofrimento de uma gravidez gerada por meio de uma violência, a mãe que não quer morrer de parto porque tem outros filhos para cuidar, por exemplo. A compaixão permite que se procure encontrar formas de minorar o sofrimento humano, sem que se abra mão de seus princípios e crenças.

[A rigidez na aplicação de princípios] acaba não levando a sério realmente o ser humano como tal. Por isso, a gente tem que diferenciar, avaliar e, sobretudo não condenar. Não condenar! Uma coisa que eu sempre vejo, os abortos são feitos de qualquer maneira. Como eu falei antes na outra questão, a gente quer fidelidade no matrimônio, mas sabe que não existe, ou não é como a gente imagina, por isso vamos admitir como uma coisa possível, o uso da camisinha

como uma coisa necessária. Assim mesmo é a coisa do aborto. Na verdade, somos contra o aborto, mas a gente tem que admiti-lo em casos específicos e, sobretudo não condenar quem decide fazê-lo, e garantir a quem necessita fazê-lo, acha que necessita fazê-lo, um acompanhamento e um atendimento qualificado, que não faça o aborto num lugar sujo, numa esquina qualquer de uma ruazinha ali, que aí sim, é desumano (Entrevista Nº 07. Membro do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs).

Como demonstra Hurst (1999), embora não haja consenso interno em relação à posição contrária ao aborto, a Igreja Católica, apresenta sua condenação como a única maneira possível de tratar o assunto em um contexto religioso. A Igreja Católica e as Evangélicas, seus seguidores e aliados, são os principais sujeitos que advogam a imoralidade do aborto em qualquer circunstância. Segundo especialistas em ética e moral,

A moralidade mobiliza sentimentos que se expressam por uma indignação profunda só ao pensar que determinados atos possam ser praticados. A pessoa comum não sabe porque tais atos são proibidos, nem precisa sabê-lo: ela sente que se trata de atos abomináveis, repugnantes e isso é suficiente! Ela não tem nenhuma dúvida de que alguém que tenha uma opinião diferente é um depravado, com quem não vale a pena falar (MORI, 1997, p.11).

Isto explica a dificuldade que existe para se falar do aborto, por exemplo, em círculos acadêmicos, nos espaços políticos, nos serviços de saúde, e mesmo numa conversa entre mulheres, pois em geral, as pessoas não querem comprometer sua imagem ou serem vistas como depravadas e imorais. O aborto é um tabu.

[...] é uma coisa tão moralista que as próprias mulheres ficam se culpando. [...] É tão solitária a decisão das mulheres que elas nem compartilham com outra mulher. Não é como quando você se separa e você tem pelo menos as amigas para falar. Quando você quer fazer um aborto, você não pode nem conversar, não tem nem essa solidariedade feminina. Por causa da culpa, quando ela fala com uma das amigas, ela já passou muito tempo sozinha, matutando. É como se você se sentisse suja, um monstro entendeu? A mulher não acha normal ter falhado no método contraceptivo dela, não querer a gravidez e interromper. Não é público o tratar do assunto. É em quatro paredes, é fechado, pra mim, esse é o maior problema (Entrevista Nº 10. Fundadora da organização feminista Cfêmea).

Segundo Ardaillon (1997a) “o não a uma gravidez não é apenas aquela decisão moral solitária comparável a outras decisões graves que a existência demanda a homens e mulheres. O difícil naquela hora para as mulheres, e apenas para as mulheres, é resistir à pressão dos valores mais prezados, ao disse-que-disse do senso comum”.

Em um campo lastreado de valores relacionados à maternidade como função feminina por excelência, os grupos radicais que se autodenominaram movimento pró-vida, além de terem construído uma argumentação difícil de ser contestada, pelo fácil apelo popular: “não ao aborto, em defesa da vida”, desenvolvem estratégias agressivas para impedir o acesso das mulheres ao aborto e a ampliação dos permissivos legais. Eles acentuam o caráter moralizador de sua proposta e o vínculo entre aborto e promiscuidade. É uma luta do bem contra o mal. Radicalizam o discurso e distorcem os argumentos que favorecem as o direito das mulheres.

O aborto mata uma vida, certo? Se hoje você permite à mãe matar o filho, por uma questão de igualdade de direitos, você tem que admitir que amanhã o filho pode matar a mãe. Ele não escolheu aquela mãe, aquela mãe tem o nariz torto, tem o olho vesgo, ele não gosta daquela mãe, ele diz: vou matar a mãe. Nós vamos para onde? Para um país de bárbaros. Então a vida é o melhor bem. Tem que ser preservada a nossa vida. Não há nenhuma hipótese em que se justifique o aborto (Entrevista nº 03. Membro da Associação Providafamília e da Pontifícia Academia Provida).

As organizações “pró-vida” adotam uma ética que se materializa como normas rígidas de regulação dos comportamentos. Muito atuantes no Brasil, estes grupos não discutem a animação do feto, a diferença entre a vida divina e a vida humana, ou de que maneira se pode fazer valer na vida prática o sentido da defesa da vida. Para eles, esta discussão estaria superada pela ciência que demonstra o início da vida na concepção.

O presidente da Associação Nacional Provida e Profamília (Providafamília), indicado pelo Papa João Paulo II como consultor do Pontifício Conselho para a Família e como membro da Pontifícia Academia Provida, afirma que hoje, com o advento da tecnologia e da bioética, sabe-se que a vida começa com a concepção, com a reunião do espermatozóide com o óvulo, e que a partir daí ela deve ser protegida, o que estaria garantido pela Constituição brasileira que afirma a inviolabilidade da vida. Para ele, se a vida é inviolável, esta inviolabilidade começa no início da vida, e isto se dá na concepção.

A organização Providafamília, segundo seu presidente, não tem caráter religioso, mas mantém contato com 27 grupos pró-vida no Brasil e congrega católicos, espíritas, evangélicos e pessoas que, mesmo sem religião, defendem os princípios de defesa da vida desde a concepção até a morte natural. Sua missão principal é divulgar informações e acompanhar projetos de lei no Congresso, o que lhe parece um trabalho difícil porque “quase um milhão de dólares entrou no Congresso Nacional para o *lobby* do aborto, para promover o aborto”. Para ele não existem circunstâncias que justifiquem exceção ao aborto, o princípio deve ser aplicado sempre, de forma inflexível e esta doutrina é imutável porque se baseia na lei de Deus. Perguntado se esta posição deve ser mantida em situações extremas de uso do estupro como arma de guerra, como na disputa entre sérvios e croatas, ele afirma enfaticamente:

Siiiiim, é uma vida que tem ali dentro. O princípio da defesa da vida não tem exceção. O Papa até autorizou que umas freiras saíssem dos conventos para poderem criar seus filhos. Ele foi coerente com a sua posição. Imagine se ele decepcionasse permitindo o aborto nesses casos. Entendeu? Porque é uma questão de doutrina, de lei de Deus que não pode mudar: não matarás. Não pode mudar de jeito nenhum”. [...] No estupro, quem deve ser penalizado é o estuproador que é um criminoso. Se você não tem a pena de morte para o criminoso que tem a defesa de advogado, como é você vai condenar um inocente à morte? Não tem sentido, não tem nem lógica, a criança que ta lá dentro é tão inocente quanto a mãe. E você vai criar um problema para ela, porque ela vai ficar com a síndrome pós-aborto (Entrevista nº 03. Membro da Associação Providafamília e da Pontifícia Academia Provida)

Os grupos pró-vida acreditam que o aborto resulta em culpa e sofrimento para as mulheres, sempre. Mas em nenhum momento eles associam esta culpa ao modelo de

feminilidade defendido pela religião cristã, segundo o qual a realização da mulher se dá essencialmente pela maternidade. Como estratégia de coibir futuros abortos, estas organizações procuram e atendem mulheres que abortaram e tratam do problema como pecado, que pode ser perdoado se a mulher dele se arrependa.

A síndrome pós-aborto é muito freqüente nos Estados Unidos. Primeiramente, a mulher não se perdoa e vem um remorso daqueles. Quando ela vê um berço de criança, quando ela vê uma roupa de nenê, uma figura de aborto, aquilo vem à tona e muitas tentaram suicídio. Lá existem duas organizações, uma atéia, quer dizer sem religião, chama-se *Women Explored by Abortion*, e outra, chamada projeto Raquel, em Nova York que prepara casais e padres para acolher a confissão do pessoal, para acompanhar, para evitar casos de suicídio (Entrevista nº 03. Membro da Associação Providafamília e da Pontifícia Academia Provida).

Apesar de afirmarem que cada pessoa tem o livre arbítrio e que não condenam a mulher que aborta, o movimento pró-vida acredita que só existe uma maneira de defender a vida, a que professam. Isto significa a negação da capacidade de discernimento de cada pessoa, sua faculdade de analisar as condições em que está vivendo, de julgar e de tomar decisões morais de acordo com os seus valores e crenças, que podem não ser as cristãs. Eles acreditam que se a mulher souber o que é o aborto, ela não o pratica. Somente quem não está devidamente informado é capaz de realizá-lo. “Quando nós mostramos a uma mulher o que é o aborto ela desiste de abortar” (Entrevista nº 03. Membro da Associação Providafamília e da Pontifícia Academia Provida).

Estas organizações realizam campanhas educativas, distribuem livretos, cartilhas e panfletos sobre o aborto. Produzem vídeos que divulgam em escolas, igrejas e encontros comunitários. Fazem passeatas de protesto contra ações do governo voltadas à assistência ao aborto. Elas atendem a comunidade, divulgam informações e realizam a chamada “operação resgate” que tem como objetivo evitar o aborto.

Eles fazem todo um trabalho para impedir aquela decisão. Colocar como errado aquela decisão. [...] Não só a católica, mas também as espíritas, eles trabalham muito na mídia e nas escolas, passando o vídeo “o grito silencioso”. Tem um grupo espírita lá em Goiânia que apresenta uma peça de teatro contrária ao aborto, sempre uma vez por ano. [...] Nas missas, pelo menos uma vez por mês eles fazem uma pregação contra o aborto. A pressão social local é muito forte (Entrevista nº 16. Gestora; ex-coordenadora de programa de saúde da mulher em Goiânia).

Algumas, como a Associação Provida de Anápolis mantêm contato com os hospitais para saberem sobre casos programados e quando tomam conhecimento de que uma mulher decidiu abortar, mesmo nos casos permitidos em lei, visitam a mulher, oferecem ajuda às famílias, vão aos hospitais de referência, conversam com os médicos, fazem vigília e entram com mandado judicial para impedir a realização do procedimento.

Em relação ao parlamentares, além de informações e apoio à elaboração de projetos de lei, eles identificam candidatos contrários ao aborto com base no preenchimento de uma

ficha¹⁰ em que se pergunta a posição diante de projetos de lei sobre o tema. Os que são contrários, para que possam receber apoio, são convidados a assinarem um termo de compromisso segundo o qual defenderão a vida em todas em todas as situações se forem eleitos. Eles acreditam que o Congresso não votará o projeto de legalização do aborto no Brasil porque os parlamentares estão bem informados sobre o problema e porque a sociedade brasileira não aceita a legalização.

A senhora já viu uma pesquisa de opinião pública publicada pela datafolha, pelo Ibope, há pouco tempo, uns três ou quatro meses? Apenas 03% da população brasileira querem a legalização do aborto. Como é que o Congresso vai legislar por uma conta tão pequena? É suicídio! Ninguém é suicida. E eles, os abortistas, não sabem porque isso acontece. E eu sei porquê (ri), claro, todo mundo está sendo informado. A senhora acha que esse vídeo: O Grito Silencioso não está pelo Brasil inteiro, é? Só os espíritas pegaram 200 vídeos e saíram em comissão pelo Brasil inteiro, mostrando ao pessoal o que é o aborto. Então ninguém mais está querendo saber de aborto (Entrevista nº 03. Membro da Associação Providafamília e da Pontifícia Academia Provida).

O movimento pró-vida publica na Internet textos de médicos, juristas, religiosos e pesquisadores analisando as leis brasileiras sobre o aborto, alguns deles de renome nacional. Analisam também as normas técnicas de atendimento ao aborto pós-estupro e por risco de vida do Ministério da Saúde. Seu entendimento é que, com estas normas, o Ministério legalizou o aborto no Brasil e usurpou as funções do poder legislativo. Apresentam pesquisas demonstrando que todos os métodos de planejamento familiar hormonais, a anticoncepção de emergência e o dispositivo intra-uterino são abortivos e entendem a interrupção da gravidez em casos de anencefalia e outras malformações fetais como eutanásia pré-natal.

Na sua perspectiva a Constituição de 1988 que garante o direito à vida, juntamente com o Código Civil que protege os direitos do nascituro, invalidam o artigo 128 do Código Penal e esta altura não existe razão para se manter na legislação nenhum caso de aborto. Os textos relativos aos métodos anticoncepcionais apresentam a tese de que na atualidade todos os métodos hormonais, a anticoncepção de emergência e os dispositivos intra-uterinos são abortivos. Este material não se baseia apenas em informações produzidas pela comunidade científica brasileira ou internacional, mas também na produção científica coordenada, ou pelo menos vinculada, à Igreja Católica.

O Papa João Paulo II criou a Pontifícia Academia Provida. Ela é constituída por geneticistas, biólogos, cientistas, psicólogos, moralistas e teólogos de todas as partes do mundo para trabalharem pela vida. Esta Academia a cada ano estuda um tema relativo à defesa da vida, como fecundação artificial, clonagem, eutanásia. Anualmente, em reuniões realizadas em Roma, estes temas são apresentados e debatidos (Entrevista nº 03. Membro da Associação Providafamília e da Pontifícia Academia Provida).

Tomando por base os programas do Fundo de População e Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas, estas instituições afirmam que existe uma cultura da morte,

¹⁰ Estas fichas estão disponíveis nos *sites* das organizações Pró-vida, na Internet.

que é racista e discrimina os pobres do terceiro mundo. Para elas, fazem parte da cultura da morte a distribuição de anticoncepcionais, os programas de treinamento para melhoria da qualidade da atenção ao aborto e as campanhas pelo aborto legal. Na sua perspectiva muitas organizações de mulheres, ainda que bem intencionadas, estão trabalhando com financiamento internacional a favor da eliminação dos pobres, dos negros, dos deficientes físicos e mais tarde poderão trabalhar pela eliminação dos velhos, defendendo a eutanásia.

Seguras de suas convicções, algumas organizações pró-vida não apenas pressionam as instituições governamentais como se espera dos diversos sujeitos sociais num contexto democrático. Elas vão além do entusiasmo na defesa de sua causa e atravessam as fronteiras do respeito necessário ao diálogo entre Estado e sociedade. Encontramos indicativos de que alguns desses grupos, não sabemos exatamente quais e quantos são, se não conseguem impedir o aborto por meio do convencimento, tentam fazê-lo por meio de ameaças ou agressões a profissionais de saúde e gestores, como demonstram depoimentos de profissionais de saúde e gestores que trabalharam na implantação do aborto legal no hospital Jabaquara:

Eu me lembro que a gente recebia cartas ameaçadoras, chamando o hospital de aborteiro, com ameaça de abrir um processo pelo assassinato de criancinhas (Entrevista nº 06. Médico obstetra / Febrasgo).

A própria assistente social teve a casa dela pichada, jogavam ovos na parede. No início, foi um processo foi meio difícil, eu tive um certo medo, mas depois as coisas se acalmaram (Entrevista nº 05. Médica sanitária / gestora).

Segundo a gestora responsável pela implantação do primeiro serviço de atendimento ao aborto legal em São Paulo, em 1989, a reação violenta à implantação da assistência ao aborto legal no Hospital Jabaquara não veio da hierarquia da Igreja Católica, que se posicionou de forma contrária, porém com respeito à atuação do governo. Com o Arcebispo D. Evaristo Arns, a Igreja de São Paulo era progressista, lutou muito contra a ditadura e não agiria assim contra um governo democrático e eleito legitimamente. Para ela, os grupos que atuavam de forma violenta não eram ligados à Igreja de São Paulo, não apareciam como grupos ligados à Igreja, mas sim como grupos pró-vida, independentes.

A reação dos grupos Pró-vida foi barra pesada. Na época, eu trabalhava também no Coletivo Feminista. O Coletivo foi incendiado, eu tive minha casa arrombada, as duas portas de minha casa foram arrombadas. Não me roubaram absolutamente nada. Nada, nada, nada, nada! Deixaram recado na minha secretária eletrônica depois desse arrombamento, tipo assim: ah, eu sou um ótimo estuprador, sinhá *f... d... p...* Vou lhe estuprar e tal. Aí, eu pedi garantias ao meu Secretário, denunciei na polícia. Saí de casa por uns dois meses. Depois eles também ameaçaram uma trabalhadora da minha área que trabalhava comigo, que também fazia as coisas relativas ao programa de assistência ao aborto (Entrevista nº 05. Médica sanitária / gestora).

Algumas destas organizações impõem constrangimentos a pessoas e a autoridades públicas e divulgam fatos que nem sempre são verdadeiros, adotando o princípio segundo o

qual os fins justificam os meios. Em 1999, o *site* da Associação Pró-vida de Anápolis, que veicula a campanha nacional contra o aborto, coordenada pelo padre Lodi, apresentava na página de abertura a imagem do ministro José Serra com uma cortina de sangue derramando-se sobre sua cabeça. Ao mesmo tempo, cartas padronizadas chegavam ao Ministério vindas de todo Brasil, chamando o ministro de assassino, com fotomontagens de abortos, que diziam terem sido realizados nos serviços de saúde, em que apareciam fetos jogados em baldes de lixo, com tamanho compatível com gestações de terceiro trimestre. Estas imagens não poderiam ter sido feitas nos serviços de aborto legal, que realizavam o aborto pós-estupro até 12 semanas de gestação, nem nos dois ou três hospitais praticavam o aborto até 20 semanas.

Junto às pessoas com pretensões políticas eleitorais eles enviavam resultados de pesquisas feitas com os freqüentadores do site demonstrando que os eleitores não votariam num candidato à presidência da república que “matasse criancinhas”. Todas as cartas acabavam com o pedido de revogação da norma técnica de atendimento ao aborto legal.

Estes tipos de pressão, o constrangimento, as agressões, não tem correspondência na ação do movimento de mulheres nem de seus aliados, o que causa um grande desequilíbrio no jogo político e pode ser considerado um abuso de poder ou, uma ação fanática¹¹, aqui entendida como ação baseada em dogmas, em verdades supostamente incontestáveis, a serem aceitas por todos, mesmo que para isso sejam usadas a força e a violência.

O mais negativo foi o envio de cartas endereçadas ao ministro, e a criação de um site pelo Pró-vida de Anápolis com sangue na cabeça do ministro [...] Havia essa dimensão do mal estar de ser acusado nesses termos desumanos e, havia uma preocupação com a repercussão política desse fato. Por outro lado não chegavam muitas cartas a favor, ou seja, o contraponto a centenas de cartas pró-vida era meia dúzia, dez cartas de associações ou de instâncias favoráveis. Esse balanço incomodava muito, era como se o Ministro tivesse dado um passo em favor da sociedade, mas a manifestação contrária era muito maior do que aquela de quem estava a favor. Eu me lembro do incômodo dos funcionários que recebiam as cartas, do constrangimento ao receberem aquele volume de cartas com os dizeres de assassino, matador de crianças. Enfim, esse desconforto, esse constrangimento, tem um papel que o movimento pró-vida tem claro. E nós, defensores dos direitos individuais, da cidadania, nós não agimos com estes mesmos procedimentos de constrangimento, o que é eticamente bom, mas nos põe perdedores diante dessa ação agressiva, não é? (Entrevista N° 14. Médica sanitária / gestora).

Desde a publicação da Norma Técnica em 1998, não encontramos indício de que a hierarquia da Igreja Católica tenha criticado a violência das organizações pró-vida. Mas, ao contrário, o coordenador da campanha contra o aborto e da Associação Pró-vida de Anápolis, acompanhou a CNBB em audiência solicitada ao Ministro da Saúde José Serra, para reivindicar a revogação da Norma Técnica de Atendimento ao Aborto Legal. Além disso, muitos padres acompanharam as votações sobre o projeto de legalização do aborto no Congresso Nacional em 2005 e participaram ativamente das manifestações organizadas pelas

¹¹ O fanatismo é contrário às idéias de liberdade individual, de livre arbítrio, de autonomia e floresce submetendo todos ao conformismo e eliminando do mundo tudo com o que não concordam. A exterminação dos judeus foi uma ação fanática do nazismo. A Inquisição, a perseguição “às bruxas” na idade média foi uma ação fanática da Igreja. (BOBBIO, MATTEUCCI E PASQUINO, 1991).

organizações provida – muitas vezes agressivas - contra parlamentares e contra o público que pedia a aprovação do projeto. Isso indica pelo menos uma aceitação implícita dos métodos utilizados por estas associações.

Ao contrário do dogmatismo, e do fanatismo, a secularização elimina a possibilidade de perseguição religiosa, a punição aos não seguidores, e abre espaço para que o Estado assuma o poder máximo de normatização, de legislação, inclusive sobre a Igreja. Com a secularização amplia-se a religiosidade da população e a manifestação das diferenças (MARIANO, [s.d]), o que interfere na ação pública, permitindo ao Estado a tomada de decisão baseada nos direitos, na cidadania, na atenção à diversidade e não a princípios religiosos. Um exemplo desta atuação se deu com a convocação dos componentes da Comissão Tripartite para revisão da legislação penal sobre o aborto. Enquanto a igreja Católica fazia esforços para garantir sua participação nesta Comissão, na Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, coordenadora do processo, se discutia a quem convidar. Chegou-se à conclusão que no Brasil, pela grande diversidade cultural e religiosa, nenhuma Igreja poderia representar todas as outras porque não há um consenso entre elas em relação ao aborto. Convidou-se o Conselho Nacional de Igrejas Cristãs do Brasil (CONIC), com base no entendimento de que no seu conjunto elas representavam a maioria da população brasileira, que declinou do convite, após consulta às Igrejas filiadas, e parecer da sua Comissão Jurídica.

A Igreja Luterana admite os casos previstos em lei e essa questão concreta, de nós termos sido convidados para participar da Comissão Tripartite para discutir as leis do aborto, foi muito difícil para nós. Porque de um lado nós sabíamos que seria bom estarmos lá para discutir, mas de outro lado, nós sabíamos a posição da Igreja Católica Romana, majoritária e daí, vem toda essa questão de nós não termos sentado, como eu falei para ter um diálogo e ter uma posição comum, e não acontecendo isso, nós não podíamos estar falando em nome das Igrejas. Eu poderia estar falando em nome da minha igreja se meu presidente o permitisse, mas em nome das igrejas nós não podíamos falar. Então nós escrevemos para a ministra, nos desculpamos, e nós recusamos o convite (Entrevista nº 07. Membro do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs).

Critica-se a posição extrema e fundamentalista e a ação fanática de determinados grupos religiosos pela possibilidade que ela contém de ameaçar a ordem democrática, buscando por meio da violência estabelecer consensos sem que haja consenso na sociedade. Para Farah, segundo citação de Abousenna (2003), em artigo sobre a secularização, a base da tolerância está na separação das autoridades temporais e espirituais, na separação entre Estado e religião, o que para ela seria o maior indicador de civilidade de um povo.

1.2 A permissão seletiva: uma ponderação de direitos

Posição assumida por muitos religiosos, profissionais de saúde, juristas, legisladores e mesmo por grupos engajados na defesa dos direitos da mulher, é também uma posição comum entre as mulheres e na população em geral. Várias religiões adotam a posição moderada. Com base em diferentes princípios, na perspectiva protestante, muçulmana, judaica, hinduísta,

budista e chinesa encontram-se justificativas para as condições em que o aborto pode ser realizado (FAÚNDES & BARZELATTO, 2004). Segundo Papaleo (1993) ela é socialmente a posição mais aceita pela maioria das pessoas, instituições e países.

Essa visão tende a ser dominante na formulação de leis, pois na maior parte dos países com legislação permissiva há alguma restrição à sua prática. Citando a Divisão de População das Nações Unidas, Faúndes e Barzelatto (2004, p. 137) apresentam um quadro geral dos países cuja legislação prevê situações em que o aborto é permitido. De um total de 193 países, 189 o permitem para salvar a vida da mãe; 122 para preservar a saúde física; 120 para preservar a saúde mental; 83 em casos de violação ou incesto; 76 quando há malformação fetal; 63 por razões socioeconômicas e 52 a pedido da mulher. Os países considerados desenvolvidos, proporcionalmente são os que mais asseguram o aborto a pedido da mulher.

Nos últimos anos, por meio de pesquisas de opinião e do acompanhamento do debate na mídia, que é também um reflexo da opinião pública, pode-se identificar um posicionamento moderado da sociedade brasileira com relação ao aborto. A partir da implementação dos primeiros serviços de assistência ao aborto legal, os permissivos legais tornaram-se mais conhecidos. Um ator importante nessa divulgação foi a grande mídia, isto é, os grandes jornais de circulação nacional e a televisão. O debate que este assunto vem provocando, em diversas ocasiões, colaborou para que mulheres e homens pensassem sobre o assunto e formassem uma opinião. Hoje há uma grande aceitação dos permissivos legais, mesmo entre praticantes católicos e de outras religiões. Também há uma grande aceitação da interrupção de gravidez por anencefalia e outras malformações fetais graves. Para diversos pesquisadores, inclusive que trabalham na mídia, esta é a posição majoritária na sociedade brasileira hoje.

A sociedade brasileira [...] é favorável ao aborto em caso de estupro numa média, em 80%, mesmo entre os religiosos. As Católicas [pelo Direito de Decidir] acabaram de fazer uma pesquisa, na qual mais de 70% são a favor. Quando o Papa veio ao Brasil foram feitas três pesquisas, uma pelo datafolha e uma publicada no jornal do Brasil, com católicos, na saída das igrejas e o aborto pós-estupro teve uma aceitação na ordem de 70-75%. [...] É uma questão de entendimento da sociedade, de aceitação do aborto nos casos de estupro e risco de vida da gestante. Uma aceitação majoritária, mas isso não significa que essa questão ainda não seja individualmente um conflito, que individualmente ela não gere muitas tensões (Entrevista nº 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

A aceitação dos permissivos legais pela sociedade revela, de certa maneira, que ela não deseja, pelo menos neste momento, a liberação total. Ao mesmo tempo em que compreende que a mulher pode ter necessidade de abortar, a sociedade parece cobrar que ela aja com “responsabilidade”. Se a mulher reivindica o direito de escolher e de regular a sua vida sexual e reprodutiva, em contrapartida ela tem obrigações e uma delas é a prevenção da gravidez indesejada. E esta cobrança parece ser maior em relação às mulheres do que em relação aos homens. O aborto não é aceito como substitutivo dos anticoncepcionais. A autonomia e a liberdade implicam assumir responsabilidade consigo e com a própria saúde. O

avanço da sociedade, a mudança nas relações sociais entre homens e mulheres, a mudança do papel da mulher parece trazer novas exigências:

Talvez isso venha de nossa evolução enquanto mulheres na sociedade brasileira, que nos colocou mais exigências. Nós estamos vindo de 20 anos, no mínimo, onde tivemos mais acesso à informação, mais acesso à escolaridade, mais acesso ao mercado de trabalho, mais acesso a uma porção de coisas... A sociedade passou a nos ver de outra maneira porque nós exigimos isso, nós estamos exigindo ser vistas de outra maneira e essa sociedade ficou mais exigente. (...) A sociedade vai dizer: você é mais autônoma, é mais informada, quer mais coisas é? Então você vai ser mais responsável por você mesma. É uma exigência das mulheres com elas mesmas (Entrevista nº 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

Estas são idéias que, segundo a entrevistada, merecem investigação mais profunda. Outros fatores, no entanto não podem ser minimizados na construção deste pensamento na sociedade atual, como o crescimento da religiosidade da população, o avanço das Igrejas Evangélicas e sua poderosa estratégia de comunicação televisiva, e o incremento da ação da Igreja Católica com suas campanhas contra o aborto nas últimas décadas.

Vários autores entendem que a permissão seletiva não desrespeita a vida humana, e sim aceita que a mulher tenha suas próprias razões para interromper uma gravidez. Considera que em determinadas condições o aborto seja uma conduta moral adequada e preocupam-se com a vida da mulher, suas condições psicológicas, afetivas e materiais. Defendem a vida, mas entendem que a vida e possíveis direitos do feto não estão acima dos direitos da mulher. É uma posição solidária e humanitária, em que se busca minorar o sofrimento humano da mulher e em muitos casos de sua família. A permissão seletiva respeita a liberdade e a autonomia da mulher e reconhece que os valores éticos e morais não podem se materializar em situações abstratas (THOMSON, 1992).

Outros pesquisadores afirmam que se deve considerar seriamente a questão do aborto e que as pessoas responsáveis pela gravidez, homens e mulheres, não podem simplesmente deixá-la acontecer para depois abortar, porque o feto tem um valor moral. Quanto mais avançada a gravidez, mais difícil é a tomada de decisão e mais difícil é para o médico aceitar a realização do aborto. Salientam que em relação ao aborto, as divergências podem ser menores do que se pensa, pois para muitas pessoas as dificuldades residem em expressar publicamente suas opiniões com receio de serem censuradas. Além disso, é possível defender os direitos da mulher e “ser contra o aborto”, isto significa dizer que todos são contra o aborto, mas deve-se reconhecer que a sua prevenção não está nas leis restritivas, que transformam o aborto em crime.

Como qualquer obstetra que dedica sua vida a defender o feto juntamente com a mulher que o carrega, acho que o aborto é sempre um acontecimento indesejável. Inicialmente, ainda estudante de medicina, condenava a mulher que fazia um aborto, até que comecei a escutar suas histórias. Assim aprendi que a mulher que aborta é vítima de um conjunto de circunstâncias, que não cabe enumerar aqui. Aprendi também, que apesar de que a maioria delas fica aliviada após um aborto e ciente de ter feito a coisa certa, praticamente todas teriam preferido não passar por essa traumática experiência. Por isso sou

contra o aborto, ao mesmo tempo sou contra que se transforme a mulher que aborta em criminosa. Para mim, ser contra o aborto é atuar para evitar suas causas, que vão desde as diferenças de poder entre homens e mulheres até a falta de proteção social verdadeira para a mulher que decide ter um filho. Essa proteção passa pela informação completa e honesta sobre os métodos anticoncepcionais e pelo livre acesso a seu uso. A experiência mundial mostra que criminalizar o aborto não impede que ele ocorra, apenas aumenta o sofrimento e o risco de morte da mulher (Entrevista nº 04. Professor de obstetrícia; consultor permanente da OMS).

Pesquisa realizada pela organização não governamental Ipas (2002), com 171 médicos ginecologistas e obstetras, durante o Congresso Nacional da categoria organizado pela Febrasgo, apresentou os seguintes resultados: 90% dos entrevistados reconheciam a legalidade da interrupção da gravidez pós-estupro e 95% concordavam com a interrupção para salvar a vida da gestante. No caso de estupro a maioria, 72% era de opinião que o aborto fosse realizado até a 12ª semana de gestação.

O limite de tempo para a interrupção da gravidez é uma das restrições mais freqüentes. A definição deste limite está associada a dois aspectos: o risco para a mulher, que aumenta quando a interrupção é feita tardiamente e o constrangimento que os profissionais de saúde enfrentam para realizar um aborto com o feto completamente desenvolvido. Constrangimento superado muitas vezes se a motivação para interromper a gravidez for a preservação da vida da mãe ou se este feto for inviável após o nascimento.

Muitas feministas concordam que é preciso estabelecer limites de tempo para a interrupção. Mas como as dificuldades dos médicos não se restringem a este aspecto, pois muitos deles têm também dificuldade com o aborto em qualquer fase da gestação, isto tem sido um ponto de tensão entre eles. Com freqüência, as feministas não aceitam (ou não entendem) que um médico seja favor do direito da mulher abortar e não queira realizar o procedimento abortivo, o que pode ser entendido como uma atitude hipócrita. Mas para os médicos esta é uma situação decorrente da própria formação médica, e eles nem sempre estão preparados para fazer uma ponderação entre os direitos do feto e os da mulher.

Muitas vezes o movimento de mulheres não percebe algo que eu repito muito: é muito diferente você estar de acordo em fazer aborto e fazê-lo. É uma diferença enorme entre você dizer execute-se tal ordem e você executá-la. [...] Fazer um aborto nunca é agradável, sempre é extremamente desagradável. É um projeto de feto que você está educado a proteger, não é? Então é muito difícil fazer, muito mais difícil fazer do que você estar de acordo em que se faça. Isso é algo que eu acho que tem que tomado em conta. Tem que ser considerado que nós fomos formados para proteger o feto. Então muitas vezes, esse diálogo deixa de ser respeitoso e não leva em consideração as peculiaridades da posição de cada um. Os médicos muitas vezes não entendem a peculiaridade de ser mulher e sentir-se com direito ao seu corpo e muitas vezes as mulheres não entendem as peculiaridades do parceiro que está acostumado a defender o feto, e que tem uma dificuldade de dizer: bom, deve ser feito, é preciso (Entrevista nº 04. Professor de obstetrícia; consultor permanente da OMS).

Há que se aprofundar o debate sobre o papel, o poder e os direitos dos médicos de tomarem decisões que têm profundo impacto sobre a vida das mulheres, em particular

daquelas que recorrem aos serviços públicos de saúde, que na maioria das vezes não podem escolher um profissional de sua preferência ou que tenha convicções filosóficas, morais ou religiosas semelhantes às suas. Como ponderar o respeito aos direitos dos médicos e aos direitos das usuárias? Como manejar tantas variáveis para que todos sejam respeitados e assegurar que as mulheres tenham suas necessidades atendidas?

1.3 Do direito à livre escolha: nosso corpo nos pertence!

O movimento de mulheres tem dito, ao longo dos últimos trinta anos no Brasil, que a que a decisão de interromper uma gravidez é da mulher e que ela tem o direito de fazê-lo de acordo com a sua consciência, valores, crenças morais e religiosas, exercendo o livre arbítrio. Segundo esta perspectiva, este poder de decisão não pode ser cerceado pelo Estado ou pela sociedade. As mulheres têm o direito de escolher o momento de engravidarem, de serem mães, e, sobretudo, com quem dividir a longa tarefa da maternidade, que não se esgota no momento do parto. As mulheres não podem ser coagidas a levar adiante a gravidez não planejada ou indesejada, nem a gravidez que lhe imponha riscos à vida, à saúde física e psicológica nem aquela que é fruto de um estupro ou incesto. Além disso, engravidar, parir, criar, educar não se faz sem trabalho, sem recursos financeiros, assistência à saúde e à educação, ou sem apoio social. Assumir a maternidade é uma decisão que implica muitas responsabilidades por parte da mulher e de seu parceiro, assim como do Estado.

A concretização da maternidade como livre escolha da mulher e de seu parceiro, depende em grande medida de políticas sociais que garantam anticoncepção, tratamentos de infertilidade, assistência ao parto e ao aborto e suporte para a criação e educação das crianças. Esta não é uma tarefa fácil. Segundo Esping-Andersen (2000), mesmo nos países da Europa do Norte que implementaram políticas de apoio ao trabalho da mulher e à maternidade, esta continua sendo um desafio para a construção dos Estados de bem estar.

Estamos de acordo com a observação feita por Ardaillon (1997a) sobre a necessidade de um tratamento diferenciado do tema do aborto em relação ao parto, porque este é causa de uma grande controvérsia moral. Ao mesmo tempo, acreditamos que, como procedimento de saúde, o aborto não pode ser alvo de uma política separada da atenção integral e tratá-los conjuntamente pode servir como estratégia para inseri-lo nas agendas governamentais, diminuindo a rejeição ao tema junto aos gestores e profissionais de saúde.

Na defesa do direito ao aborto, as feministas construíram argumentos que se organizam em torno de três eixos: a) **o direito à saúde:** o aborto é uma das principais causas de mortalidade materna, e sendo reconhecido como um grave problema de saúde pública, requer uma ação consistente do governo para reduzir riscos e garantir o direito das mulheres à saúde; b) **a promoção da equidade e da justiça social:** a proibição do aborto institui dois tipos de práticas clandestinas: uma com pessoal habilitado, boas condições de higiene, com alto custo financeiro e inacessível à maioria das mulheres; outra de baixo custo, em que os abortos são realizados em condições precárias, com alto risco de complicações e morte. Com a

legalização do aborto, a rede pública poderá oferecer a todas as mulheres uma assistência de qualidade; c) **garantia do direito às liberdades individuais e à autonomia**: a maternidade não pode ser uma imposição da sociedade ou do Estado. Com a legalização cada mulher terá seu direito de escolha respeitado.

As feministas não aceitam como válida a idéia de que a legalização do aborto provoque o aumento o número de casos, afirmando que este fenômeno costuma aparecer imediatamente após a legalização, pela visibilidade que passam a ter os abortos que eram realizados na clandestinidade. Isso não significa um aumento real, mas sim uma melhora da informação sobre o problema. Elas discordam dos grupos conservadores que falam da banalização do aborto e o associam à promiscuidade e irresponsabilidade. Para elas as mulheres não gostam de abortar e o aborto é o último recurso, quando todos os outros falharam na prevenção da gravidez. Mesmo que todos os abortos fossem realizados em condições ideais, que fossem indolores, que a mulher não estivesse exposta a nenhum risco à saúde física, emocional ou espiritual, que não houvesse nenhum conflito de ordem pessoal, familiar, profissional ou moral, nem custos financeiros ou quaisquer outras questões a decidir, ainda assim, é plausível afirmar que o aborto não é um momento agradável que leve uma mulher que aborta a desejar passar novamente por esta situação. Na realidade as mulheres temem a realização do aborto pelos riscos do procedimento e pela clandestinidade.

Traduzindo esta percepção das mulheres, Faúndes e Barzelatto (2004) afirmam: “ninguém gosta de abortar, ninguém quer que as mulheres abortem”. E uma das primeiras mulheres a falarem sobre o assunto na imprensa, resume o sentimento das mulheres:

Vamos obter um direito que ninguém quer usar, mas de qualquer modo nos é devido. Assim como obtivemos o divórcio, embora todo mundo prefira que seu casamento dê certo. Perspectiva que ninguém deseja para si, liberdade de que, surgindo a necessidade, ninguém nos possa razoavelmente privar (Carmem da Silva, in: Soares, 1998)¹².

O discurso feminista, não apenas sobre o aborto, para alguns de seus críticos e mesmo dentro do movimento de mulheres, não representa todas as mulheres, as mulheres comuns ou a maioria das mulheres. Mas representando-as ou não, se reconhece que foram estes grupos organizados que introduziram na agenda pública as questões privadas, politizaram a suposta naturalidade da divisão sexual do trabalho e a subordinação da mulher à privação do espaço doméstico. Com base não apenas nas experiências dos “grupos de reflexão”¹³, mas também em numerosos estudos sobre a condição feminina e posteriormente sobre o gênero, as feministas puderam questionar a ordem patriarcal instituída e propor mudanças.

Nos grupos de reflexão feministas e em inúmeras pesquisas encontram-se várias respostas para uma pergunta recorrente: por que as mulheres abortam? A resposta é que cada

¹² Carmem da Silva [1919-1985] foi jornalista. Escreveu na revista Cláudia, a partir de 1963, sobre sexo, aborto, casamento, infidelidade, feiúra, envelhecimento, machismo e feminismo, numa seção intitulada: A Arte de Ser Mulher. Esta afirmação de Carmem Silva foi citada como epígrafe, por Soares (1998).

¹³ Os grupos de reflexão “constituem os alicerces sobre os quais se estrutura o movimento feminista. Multiplicaram-se a partir da década de 60 como forma de apropriação pela mulher de seu discurso sobre si mesma e um espaço de manifestação coletiva. Tais grupos representam uma inovação na prática política, na medida em que, por seu caráter celular e não hierarquizado, permitem a expressão, em condições de igualdade de cada um de seus membros” (GRUPO CERES, 1981).

mulher tem as suas razões, e estas razões têm sido sistematizadas num leque de respostas possíveis, sem, no entanto, pretender esgotá-las: “não desejo mais filhos”; “a gravidez foi forçada”; “não quero ter um filho de um estuprador”; “estou só e não tenho recursos”; “não quero ser mãe”; “não tive acesso a métodos contraceptivos”; “era uma gravidez de risco”; “para não ser demitida do trabalho”; “o bebê tinha uma doença grave”.

A complexidade da decisão de abortar está vinculada à complexidade e à variedade dos contextos em que a gravidez acontece. A gravidez pode resultar de relações sexuais consentidas ou não; pode acontecer numa relação amorosa estável, entre pessoas adultas que querem ou formam uma família ou entre pessoas que até então sequer pensaram nisso; pode ocorrer a partir de uma relação sexual desprotegida ocasional ou resultar de uma falha de qualquer um dos métodos de anticoncepção conhecidos e cientificamente aceitos, mesmo daqueles irreversíveis, como a vasectomia ou a laqueadura tubária. A gravidez pode resultar ainda de um estupro cometido por desconhecidos, ou dentro de casa numa situação de abuso sexual agudo ou crônico em que os pais, tios, primos ou cunhados são os responsáveis.

Mesmo nas situações supostamente “ideais”, quando a gravidez acontece numa relação entre duas pessoas que se amam e desejam ter filhos juntos, ela pode vir num momento inesperado. Além disso, nem sempre o desejo de engravidar, gestar, parir, criar uma criança e ser mãe é vivido numa seqüência linear por todas as mulheres. “A demanda de ter um filho pode anunciar o desejo que busca preencher um vazio. A mulher grávida está plena, simbólica e corporalmente preenchida. Porém, o preenchimento no sentido simbólico não se realizará imperativamente, através do filho” (SOARES, 1998, p. 95).

A maternidade como evento inexorável, determinado pela biologia do corpo feminino, para realização da mulher é um discurso que resiste apenas no campo da idealização do que pode ser a experiência sexual humana, aqui despojada do desejo e das pulsões inconscientes. Ao falar da gravidez e da decisão de abortar, as mulheres situam-se como seres marcados pelo desejo, mas também conscientes do mundo real de possibilidades e impossibilidades. Elas sabem que a decisão de assumir um filho não se restringe à continuidade da gestação e que o aborto pode ser um ato de responsabilidade com a maternidade (SOARES, 1998; LEOCÁDIO, 2002). Entre outros, Faúndes e Barzelatto (2004) relatam situações de mulheres que decidiram abortar por causa de condições socioeconômicas precárias, do preconceito da sociedade contra a mãe solteira e do abandono por parte do parceiro. Enfim, a tomada de decisão em relação ao aborto, mesmo em situações de estupro (LEOCÁDIO, 2002), não é um processo simples, mas permeado de dúvidas, contradições, culpas, medos e insegurança.

São demandas do movimento de mulheres: liberdade, autonomia e igualdade entre os sexos; direito de desenvolver plenamente as potencialidades individuais, ser educada, escolher a profissão, casar ou não, escolher o parceiro e com quem e quando ter filhos, acesso à contracepção e ao aborto (GRUPO HERA, [s.d.]).

Segundo Ávila e Correa (1999, p. 73) as mulheres têm reivindicado o direito à igualdade com base nas premissas iluministas. No início desta mobilização “ainda estava ausente da agenda a crítica à desigualdade como um componente das relações sociais

baseadas na dominação de sexo, que hierarquiza as relações de gênero como relações de poder e constitui uma das bases fundamentais da ordem liberal”. Mesmo assim, a teorização feminista dos anos 60 e 70 elabora uma proposição de ruptura com a ordem social existente”. Para as autoras, a palavra de ordem que “capturou a imaginação das mulheres em diversos continentes” foi **nosso corpo nos pertence**, que significava uma reapropriação do próprio corpo e deu origem a demandas como a legalização do aborto.

O aborto é uma zona de conflito nas relações entre o Estado e a condição feminina, que questiona a própria concepção de cidadania. Ao tratar a cidadania com base em corpos neutros, o Estado, diante das demandas pela legalização do aborto, é levado para o confronto com um corpo que apresenta o sexo como elemento que lhe assegura um direito específico. Por outro lado, como a mulher pode ter direito ao aborto, como direito individual, se a reprodução humana é algo que diz respeito a toda a sociedade? Essas questões são tratadas por Ardaillon (1997b) a partir de uma análise exaustiva dos discursos sobre o aborto na sociedade brasileira. Ela afirma que não há uma consciência universal sobre o aborto, que cada caso pode apresentar diferentes facetas e contradições, que o aborto representa um sim à interrupção daquela gravidez, naquele momento e que a decisão de abortar é sempre resultante de negociações entre ideologia, realidade social e desejo, onde o aborto pode ser reconhecido como “mau” mas numa situação correta pode ser feito.

No Brasil, a proposta de legalização do aborto faz parte do conceito de atenção integral à saúde da mulher. Nos anos 1990, a discussão sobre saúde reprodutiva parece encampar o aborto como um mero procedimento de saúde. Perde-se segundo Ardaillon (1997b) a discussão do aborto como direito da mulher, como condição de autonomia e pleno exercício de cidadania. No entanto, ainda que o debate de saúde reprodutiva e sexual tenha tomado uma grande dimensão, no interior do movimento feminista não houve uma definição estratégica de substituir a demanda de assistência integral e dos direitos da mulher pela demanda mais restrita de saúde reprodutiva e sexual.

No Brasil, muitos grupos de mulheres especializaram-se na área da saúde. Isto contribuiu não só para problematizar a questão do aborto, mas também para a proposição de medidas práticas e atuação direta nos órgãos estatais (ÁVILA & CORRÊA, 1999). A conceitualização do aborto como problema social de saúde pública, dada a sua magnitude e o impacto sobre a mortalidade materna (CORRÊA & FREITAS, 1997) fortaleceu o argumento de que as leis restritivas não são capazes de acabar com o problema do aborto, mas apenas o jogam na clandestinidade, levando as mulheres ao óbito pela precariedade deste tipo de assistência (PAPALEO, 1993) Sendo uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil, ainda que não se tenha um número exato do número de abortamentos realizados, pretende-se que o problema deva ser tratado de maneira preventiva, com políticas amplas de anticoncepção e apoio à maternidade voluntária, o que implica políticas sociais abrangentes em relação à educação, trabalho, saúde, segurança e justiça.

Segundo Esping-Andersen (2000), muitos olham para a luta pela igualdade de gênero como questão das mulheres, requerendo algumas concessões aqui e acolá. Mas se as

mulheres estão emergindo como um princípio chave axial no novo equilíbrio sócio-econômico, o futuro de nossa sociedade será influenciado pela maneira como respondemos às suas demandas em relação aos homens, ao *Welfare State* e à sociedade em geral.

Ao mesmo tempo em que se reconhece a necessidade de responder às demandas das mulheres como demandas da sociedade com vistas a um novo equilíbrio social, as mulheres parecem caminhar no sentido de compatibilizar suas demandas com as exigências da sociedade. Nesse sentido dá-se a proposta de legalização do aborto elaborada pelo movimento feminista por meio das Jornadas pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro. Comentando o processo, a Coordenadora da Comissão Jurídica das Jornadas, Virgínia Feix (2005) afirma que ele exigiu a articulação de três dimensões: coerência ideológica feminista; viabilidade jurídica e viabilidade política. As escolhas não poderiam confrontar princípios e bandeiras feministas históricas em relação à liberdade e autonomia sexual e reprodutiva, mas era necessário considerar a constitucionalidade do anteprojeto e a necessidade de formar alianças para sua aprovação no Congresso Nacional. Essa estratégia levou o movimento de mulheres a enfrentar internamente o debate sobre os limites para a interrupção da gravidez e a reconhecer que o direito da mulher à interrupção não é absoluto, embora seja preponderante. O projeto final das Jornadas propõe que a mulher possa abortar por qualquer motivo até 12 semanas de gestação, até 20 semanas em caso de estupro e em qualquer momento se há risco de vida e saúde ou se comprovada a existência de malformação congênita do feto grave e irreversível.

2. Aborto: uma necessidade humana básica

A maternidade, tal como tratada no mundo ocidental hoje, é uma construção social e histórica, centrada no conceito de amor materno como instinto próprio da natureza feminina; na dicotomia entre o sexo e a reprodução; e na repressão da liberdade sexual e reprodutiva da mulher. Idealizado, este amor incondicional serve a interesses religiosos, políticos, econômicos e culturais, transforma a maternidade numa imposição, estabelece distinções valorativas entre as mulheres, e, tornando-se um instrumento de dominação, tolhe a autonomia da mulher e sua participação social como cidadã titular de direitos (BADINTER, 1985; FORNA, 1999). Nesse contexto, o aborto é imoral e ilícito sendo permitido em situações extremas de doenças maternas ou violações sexuais.

À diferença de Firmina Daza¹⁴, personagem de Garcia Marques (1985, p. 256), que descobre o amor materno ao cuidar de seu filho, a maioria das mulheres está submetida a uma ideologia que assegura sua natureza materna. Esta experiência deve estar “acima” de qualquer outra, e mesmo de própria vida. Assim, é o amor materno: instintivo, natural e assegurado da

¹⁴ Sobre Firmina Daza: “Ela o sentira sair do seu corpo com o alívio de se livrar de algo que não era seu, e tinha sofrido com o próprio espanto ao comprovar que não sentia o menor afeto por aquele bezerro nonato que a parteira lhe mostrou em carne viva, sujo de sebo e de sangue, e com a tripa umbilical enrolada no pescoço. Mas na solidão do palácio aprendeu a conhecê-lo, se conheceram, e descobriu com uma grande emoção que os filhos não são queridos por serem filhos e sim pela amizade que surge quando os criamos”.

família. Estranha, errante, pervertida e promíscua é aquela que diz não e o aborto é marca deste caráter dissonante.

O modelo materno vigente na atualidade data do final do século XVIII e a maternidade como valor social é recente na história da humanidade. Não que antes disso as mães não amassem seus filhos, a questão é que o amor da mãe pelo filho não era concebido como instinto natural, que toda mulher “normal” deveria sentir. O cuidado com as crianças podia ser atribuição de outros e isto não era visto como desamor.

Segundo Badinter (1985), a participação política das mulheres no século XVIII incomodou o suficiente para que os homens fossem chamados à responsabilidade de manterem a mulher em seu devido lugar: a casa. Ela demonstra ao longo de quase quatrocentas páginas, o processo de construção de três discursos estratégicos para o controle das mulheres: o econômico, com dados demográficos sobre a mortalidade infantil e a importância de se garantir a sobrevivência das crianças, dirigido aos homens; o filosófico comum aos dois sexos, com duas idéias centrais de igualdade e felicidade individual, segundo o qual a criança era um ser livre, que momentaneamente porque indefesa, precisava dos pais, mas eram iguais em liberdade e autonomia; e um discurso exclusivo para as mulheres, professado pelos padres e pelos médicos, com promessas de valorização social pelo novo papel materno, mas permeado por ameaças caso não o cumprissem.

Repassado de mãe para filha, de mulher a mulher, numa sucessão infundável de *pouppées gigognes*¹⁵, a reiteração das idéias sobre amor materno como instinto natural, ao longo dos últimos séculos, nos remete a Pierre Legendre (1983) quando este afirma: “a grande obra do poder é fazer-se amar. A realização de tal prodígio sempre supôs uma ciência particular que precisamente constitui a armação desse amor e camufla com seu texto a prestidigitação de uma pura e simples imposição de adestramento”. O ápice do sucesso dessa estratégia ocorre quando o oprimido defende e professa a ideologia do opressor. Aqui chamo a atenção ao fato de que tanto homens quanto mulheres costumam defender o amor materno como instinto natural da mulher.

A origem da discriminação contra a mulher e o controle da sexualidade feminina remonta a períodos anteriores à idade média, e mereceu tanta atenção que a mulher foi incluída na lista de representantes de satã. A capacidade da mulher de gestar e parir, de dar ou negar a vida sempre esteve no centro deste debate, e é o que dá origem ao medo que ela desperta e à necessidade dos homens de controlá-la (DELUMEAU, 1989).

Nessa perspectiva, o controle da sexualidade estaria relacionado ao controle da maternidade e vice-versa. E, se na idade média encontrava-se a radicalidade dos julgamentos inquisitoriais e a fogueira como recurso legítimo do poder da igreja contra as práticas satânicas, na segunda metade século XVIII, estratégias de dominação mais suaves são postas em prática, e o mito do amor materno – como instinto - se estabelece. Assim afirma Monteiro Lobato, no conto Negrinha: “dá a natureza dois momentos divinos à vida da mulher: o momento

¹⁵ Conjunto de bonecas artesanais, de origem russa, encaixadas umas dentro das outras.

da boneca - preparatório -, e o momento dos filhos – definitivo. Depois disso, está extinta a mulher”.

A idealização da maternidade como lugar preferencial de realização da mulher representa uma dificuldade para que ela viva plenamente suas potencialidades. Nesse discurso, só há um caminho, para qualquer mulher, embora contraditoriamente, seguindo o pensamento de Joan Scott (1989) em relação ao funcionamento dos símbolos com que operam as construções do gênero, e de Aminata Forna (1999), há interdições de várias ordens ao exercício da maternidade.

Para Forna (1999) o mito da maternidade, é o mito da Mãe Perfeita. Ela deve ser devotada só aos filhos e ao seu papel de mãe. Esta ideologia concebe uma única maneira de ser mãe: uma maternidade exclusiva, aprisionada, em tempo integral. Para a autora, apesar das mudanças no trabalho e na vida em família de milhões de mulheres, apesar de falarem de uma era pós-feminismo a atitude em relação às mães continua colada na idade das trevas.

Com Freud, a discussão sobre pulsão e desejo explode a noção de instinto para os humanos. Com base na psicanálise, pode-se dizer que o desejo flutua, é hoje, não é amanhã, é assim para uma mulher e para outra pode não ser, não obedece à razão ou ao bom senso. Desejo e instinto não são equivalentes. O desejo renasce sempre, não tem satisfação possível, organiza-se em torno de uma falta que jamais será preenchida. Nessa perspectiva não faz sentido falar de amor materno como instinto natural da mulher. Ela pode ter outras expectativas de vida, pode não querer ser mãe, ou não querer sê-lo naquele momento, o que geralmente ocorre com quem se descobre grávida após um estupro.

E os meus objetivos? Eu tenho muita coisa para fazer, e um filho hoje ainda não, eu não saberia como criar, então... Balançou muito tudo isso, a família, namoro, uma futura faculdade, muitas coisas, serviço, tudo; então assim, eu optei por essas coisas (Clara, in: LEOCÁDIO, 2002, p. 62).

Para assumir sem imposições a responsabilidade de criar filhos é preciso que a maternidade seja uma escolha, que se tenha liberdade de tomar decisões. A mulher que não quer ou não pode ter filhos precisa da anticoncepção. Como não existe método anticoncepcional 100% seguro, o acesso ao aborto se impõe como ação complementar. Também para preservar a saúde, a vida e a dignidade da mulher o aborto é um recurso quando falham os métodos ou quando ocorre uma violação sexual.

Do ponto de vista da autonomia, entendida como a capacidade dos indivíduos elegerem objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressão (DOYAL E GOUGH, 1994), acreditamos que para a mulher, o acesso ao aborto é uma oportunidade necessária à ruptura com o determinismo biológico no tocante à reprodução e assim, é condição básica para o exercício de sua autonomia.

Os humanos afirmam sua diferença pela capacidade de simbolização, de fala, pela criação da cultura, pelo desejo. Não basta atender a sede e a fome, proteger-se do frio e das tempestades. Lembrando Marx, Pereira (2002) recupera a idéia de que “as necessidades humanas propriamente ditas estão alicerçadas na consciência da liberdade, ensejando os

homens à busca da libertação da fatalidade natural. Assim da essência humana constam não apenas a sobrevivência, mas também qualidades como trabalho, sociabilidade, universalidade, autoconsciência e a liberdade”. E aqui, liberdade não é voluntarismo, individualismo, ou a ausência de qualquer tipo de coerção coletiva às iniciativas privadas, mas possibilidade de escolha e de ação, respeito às leis coletivas, ao bem estar comum. A consciência permite ao sujeito posicionar-se em sua comunidade, saber quem é e criticar suas normas, leis e cultura.

As necessidades humanas básicas, segundo Doyal e Gough (1994) devem ser comuns a todos, não são resultado de preferências, subjetividade, desejos ou vontade, nem tampouco relativas, são universais e sua não satisfação implica prejuízos sérios e duradouros. Para eles existem dois conjuntos de necessidades objetivas e universais: saúde física e autonomia.

A criação de oportunidades que garantam à mulher liberdade de escolhas reprodutivas demanda além da capacidade de crítica em relação ao seu papel e competências sociais, uma atuação coletiva, o que em sido feito pelo movimento de mulheres. Para as feministas abortar, assim como, levar a gestação a termo podem ser atos de responsabilidade. Para que assim seja, é preciso dispor de um conjunto de ações que conformam as condições materiais que tornem estas escolhas seja possíveis: orientação sexual, métodos anticoncepcionais seguros, assistência ao aborto, ao parto e ao puerpério, suporte à socialização e educação das crianças. Ao discutir as necessidades humanas, Doyal e Gough (1994) incluem essas condições no conjunto de “*satisfactores*” e as classificam como necessidades específicas das mulheres e por isso, como necessidades humanas básicas parciais.

Se a mulher ocupa-se com a criação das crianças, este é um fato social e nada impede que outras pessoas, além da mãe, troquem fraldas, cozinhem para elas levem-nas à escola e etc. A gestação, o parto e o nascimento são fenômenos relacionais, que envolvem expectativas de várias pessoas da família, sem distinção de sexo.

Doyal e Gough (1994) consideram o planejamento familiar uma necessidade parcial porque diz respeito especificamente à mulher. Mas, deve-se ressaltar que os homens são co-responsáveis no processo de concepção; que eles têm o direito de decidir se querem ou não ter filhos; que eles também precisam de anticoncepcionais e de orientações sobre a promoção da saúde sexual e reprodutiva. Além disso, é preciso olhar criticamente o mercado que pesquisa e fabrica um número tão grande de métodos anticoncepcionais para mulheres e tão poucos para os homens, assim como perguntar aos gestores das políticas sociais quais as razões do não envolvimento da população masculina nos programas relacionados à proteção da maternidade e da infância.

Pode-se pensar que esta atuação está associada à construção social do gênero, na qual as instituições exercem um papel fundamental. Por isso os serviços de planejamento familiar são mais procurados pelas mulheres, embora haja indicações de que a incorporação dos homens nas ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva seja um fator de proteção para ambos. A organização Mundial de Saúde apresenta o conceito de sinergia positiva e negativa referindo-se aos comportamentos baseados no gênero que podem favorecer ou prejudicar a saúde dos homens e das mulheres (SABO, 2000). Assumir a responsabilidade na

concepção, na anticoncepção, nos cuidados da casa e das crianças tem sido estimulado como fator de promoção da saúde da família e de redução da violência doméstica e sexual.

Concordamos com Doyal e Gough (1994) quando estes autores explicitam o acesso ao aborto legal como uma necessidade humana básica, junto com o acesso aos anticoncepcionais e a assistência à gestação e ao parto. Na defesa das medidas de prevenção da mortalidade materna argumenta-se em favor da proteção da vida da mulher, sujeito titular de direitos, mas também se discute a morte da mulher como fato desagregador de famílias inteiras e isso representa sérios e duradouros prejuízos àquela família e à comunidade.

CAPITULO II: ABORTO LEGAL: DIREITO OU CONCESSÃO REVELADORA DA OPRRESSÃO DE GÊNERO?

O Código Penal Brasileiro nasce três anos após a decretação do Estado Novo por Getúlio Vargas, é fruto, portanto de um governo ditatorial. O Código anterior, de 1890, foi alvo de críticas desde sua publicação e outras legislações foram surgindo para complementá-lo, mas causaram tanta dificuldade e incerteza na aplicação que em 1932 foi publicada a Consolidação de Piragibe para consolidá-las. O problema não foi resolvido e a reforma da legislação era fundamental para responder as necessidades e anseios de modernização do país.

Na construção das leis penais brasileiras e especificamente do Código Penal de 1940, interessa-nos conhecer os argumentos para manter o aborto como crime e ao mesmo tempo aprovar dois permissivos legais. Para tanto, faz-se necessário resgatar o contexto histórico da época, e assim, antes de tratarmos da evolução da legislação penal sobre o aborto, faremos uma breve contextualização do período de 1930 a 1940.

1. Contexto histórico: o Brasil do código penal de 1940

Em outubro de 1930, logo após a deposição do presidente Washington Luiz, Getúlio Vargas sobe ao poder como chefe do governo provisório. O que se costuma chamar revolução de '30 não se fez no sentido próprio do termo, apenas trocou-se uma elite no poder por outra. Caíram as oligarquias tradicionais e assumiram os militares, jovens políticos, industriais e os técnicos diplomados (FAUSTO, 2001).

A Igreja Católica que já colaborava com o governo, foi uma aliada importante levando a massa da população católica a apoiar Vargas. Em 1931, no dia 12 de outubro, data em que se comemora a descoberta da América, é inaugurada a estátua do Cristo Redentor na presença de Getúlio e de todo o seu Ministério. Estreitam-se os laços entre a Igreja e o Governo. O ensino religioso, por decreto, passa a ser permitido nas escolas públicas. Posteriormente se reconhece esta influência na educação no Estado Novo, que se mostra impregnada por valores conservadores, de influência católica (FAUSTO, 2001).

Um mês após a posse, Getúlio dissolve o Congresso e assume o controle dos poderes executivo, legislativo, estaduais e municipais. Em 1934, é eleito presidente pelo voto indireto na Constituinte, mas três anos depois, em 10 de novembro de 1937, decreta o Estado Novo, publica uma nova Constituição e fica no poder, como ditador, até 1945.

No aspecto **socioeconômico**, o Estado Novo representa uma aliança da burocracia civil e militar e da burguesia industrial com o objetivo comum de promover a industrialização sem grandes abalos sociais (FAUSTO, 2001). A ditadura Vargas, apesar das iniciativas de industrialização e modernização do país e das medidas proteção social, não foi capaz de instituir um planejamento nacional. Começaram a ser mais freqüentes as análises e avaliações da estrutura econômica brasileira, feitas por técnicos nacionais e estrangeiros, mas a política

foi acontecendo, mais ao sabor dos acontecimentos e menos em consequência de uma proposta a ser operacionalizada (BAER, 2002, p. 62).

Em 1940 a população brasileira chegava a 41,1 milhões de habitantes, constituída em sua maioria por jovens (54% tinham menos de 20 anos). O Nordeste e o Centro Sul do país eram as regiões mais populosas. A sociedade era predominantemente rural (70%). Os nordestinos voltavam do Norte para sua região de origem por causa da crise da borracha, e crescia o fluxo migratório para o Rio de Janeiro, principalmente de migrantes vindos de Minas Gerais (FAUSTO, 2001). A imigração internacional (intensa no final do século XIX e na primeira década do século XX) da Itália, Portugal, Espanha, Alemanha, Polônia, Japão, e Oriente Médio, diminuiu. A diversidade na formação da população não impediu, no entanto, a formação de uma unidade cultural, de uma língua comum, de ideais, gostos e problemas semelhantes (BAER, 2002, p. 25-30).

Lembrada pela quebra da Bolsa de Nova York, a crise de 1929 teve grande impacto nos preços do café, principal produto de exportação, que entre agosto de 1929 e janeiro de 1930 caiu de 200.000 para 21.000 réis (NOSSO SÉCULO, 1980). Se na década de 1920 tinha havido uma grande expansão da produção café, capaz de imprimir grande dinamismo à economia brasileira (BAER, 2002, p. 51), nos anos 1930 tínhamos no Brasil, uma produção agrícola sem mercado, ruína dos fazendeiros e desemprego nas cidades (FAUSTO, 2001). Esta situação levou o governo a adotar medidas de proteção, comprando todo o café e destruindo grandes quantidades que não podiam ser vendidas ou armazenadas, ajudando produtores rurais endividados, reduzindo suas dívidas em 50% (BAER, 2002, p. 55).

Em 1930 ampliou-se a substituição de produtos manufaturados importados pela produção nacional estimulada pela crise de 1929. A indústria aumentou sua participação na produção nacional em relação à agricultura. Em 1920 a agricultura era responsável por 79% da produção total contra 21% da indústria. Em 1940 estes percentuais eram 57% e 43% respectivamente, resultado de uma maior taxa anual de crescimento da indústria. Caiu a produção do café e aumentou a de algodão. Cresceu a produção de arroz, feijão, carne, açúcar, mandioca, milho e trigo para o consumo interno. Na indústria, proporcionalmente foram ampliados os setores de metalurgia, material elétrico, material de transporte e mecânica (FAUSTO, 2001) Com ajuda do governo de São Paulo, produzindo pesquisas sobre a qualidade das fibras, distribuindo sementes, a produção de algodão passou de 10 toneladas por ano, antes de 1933, a 90.000 toneladas em 1934. Em 1939 aumentam a produção de artigos têxteis, produtos de metal e artigos de papel (BAER, 2002, p. 56).

A principal característica econômica deste período foi a transição da economia agro-exportadora para a urbano-industrial, com grandes investimentos, já no campo social não houve o mesmo impulso. Neste período, barganhas populistas se davam entre o Estado e parcelas da sociedade e a questão social, regulada jurídica ou administrativamente, era despolitizada (PEREIRA, 2002, p.129).

A década de 1930 representa um divisor de águas com aceleração das mudanças sociais e políticas. O Partido Comunista (fundado em 1922) teve a adesão de Prestes em 1930,

que passou a ser o seu secretário geral, mas o esquerdismo dos militares assustava as elites e colaboradores de Vargas. O governo revolucionário recebia críticas e a sociedade pedia a realização das eleições. Após a Constituinte a luta política ampliou-se e formaram-se dois movimentos de massa: a Aliança Nacional Libertadora, à esquerda, liderada por Prestes, e a Ação Integralista Brasileira de orientação fascista, dirigida por Plínio Salgado. Apesar das diferenças, os dois movimentos tinham em comum: a defesa do fortalecimento do governo central, um Estado intervencionista, o desprezo pelo liberalismo, e propostas de reformas econômicas e sociais. Representavam o Brasil urbano, industrializado, chocando-se com as velhas oligarquias regionais. Mas o governo não queria saber de povo nas ruas e a aceitação ao golpe mostrou que a democracia era ainda muito frágil.

No momento em que foram eleitos os representantes para a Assembléia Nacional Constituinte de 1934, nove mulheres foram eleitas em todo o Brasil como deputadas estaduais. Bertha Lutz, a principal líder feminista da época, suplente, assumiu a vaga de deputada federal em 1936 (SCHUMAHER & BRAZIL, 2000, p. 108). Esta Constituição trazia algumas proteções sociais: autonomia para sindicatos, pluralidade, salário mínimo, voto feminino, proibição de salário diferenciado por razão de idade, sexo, nacionalidade, estado civil, regulamentação do trabalho das mulheres e dos menores, férias remuneradas, descanso semanal, indenização na despedida sem justa causa (FAUSTO, 2001).

Com o golpe de Estado coordenado por Getúlio, a Constituição é revogada e uma nova é elaborada por Francisco Campos. Ela substituiu o sufrágio universal pelo voto corporativo e a União passou a ter preeminência sobre estados e municípios, o executivo sobre os demais poderes e as instituições do Estado sobre os indivíduos. Campos foi ministro da educação (1930-1932) e da justiça (1937-1941). Ele é considerado um dos principais ideólogos da direita no Brasil, defendia um Estado forte e um governo comandado por uma personalidade carismática que fosse o centro da integração política. Para Francisco Campos, três laços unificavam o homem: a religião, a família e a pátria (MALIN, [s.d]).

O grande momento da legislação social no Brasil situa-se entre 1930 e 1945, mas a despeito do que ocorreu em muitos outros países não houve participação política significativa da população e o ambiente era de precária vigência dos direitos civis (CARVALHO, 2004). A política trabalhista, considerada inovadora em relação ao período anterior, adotou como estratégia a repressão da organização dos trabalhadores, atraindo-os para um apoio difuso ao governo. Instituiu proteções para o trabalhador, mas enquadrou os sindicatos, definidos como órgãos consultivos e de colaboração com o poder público. Criou as juntas de conciliação e julgamento para arbitrar os conflitos entre patrões e empregados (FAUSTO, 2001) É do governo Vargas nos anos 1930: a Carteira de Trabalho; Ministério da Saúde, Institutos de Aposentadoria e Pensão. Em 1940 dá-se a instituição do salário mínimo, a reestruturação do Ministério da Educação e Saúde, a promulgação das Leis do Trabalho (CLT), a criação do imposto sindical, do Serviço de Alimentação da Previdência Social, da nova legislação sobre acidentes de trabalho, do Serviço Especial de Saúde Pública, do **Departamento Nacional da Criança**; da Comissão Nacional de Alimentação; do Serviço Social do Comércio (SESC), do

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC); do Serviço Social da Indústria (SESI); do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) da lei Orgânica do Ensino Comercial e da Fundação da Casa Popular (Pereira, 2002, p. 131 a 132).

As políticas sociais não tinham, no entanto um caráter universal. Várias categorias de trabalhadores não tinham acesso aos direitos e benefícios, como os autônomos, os domésticos e também os rurais, que eram a grande maioria na época. O governo decidia a quem favorecer, regulava a cidadania e fazia com que os direitos fossem concedidos como privilégio e não como direito de todos. Nem todos podiam ser sindicalizados e ter acesso à previdência. O sindicato era um instrumento de promoção da harmonia entre classes, o que segundo Carvalho se parece com a doutrina dos positivistas do começo do século e com a doutrina social da Igreja Católica (CARVALHO, 2004). Possivelmente por causa de muitas dessas medidas, Vargas consegue ter o apoio da população no fim do regime ditatorial, o que lhe permite voltar ao governo, eleito pelo voto direto em 1950.

Entre os anos 1920 e 1940 houve uma queda no número de analfabetos, que passou de 69,9% para 56,2%. No início do governo provisório, Francisco Campos, Ministro da Educação demonstrava-se preocupado com o ensino secundário e superior e com a criação de universidades dedicadas ao ensino e à pesquisa. Nasce em 1934 a Universidade de São Paulo e em 1935 a Universidade do Distrito Federal (FAUSTO, 2001). Entende-se esta preocupação levando-se em conta a visão modernizadora do governo, a necessidade de formar técnicos para os seus quadros. Mas esta prioridade tem reflexos na qualidade de vida da população e possivelmente é um dos elementos produtores de desigualdade social.

O nascimento da saúde pública no Brasil data do início do século XX com a implantação de medidas localizadas para promover o desenvolvimento do capitalismo nascente. Era preciso garantir a reprodução da força de trabalho porque a mão de obra já escassa estava exposta a doenças epidêmicas e às elevadas taxas de mortalidade e cuidados precários, pois não havia praticamente nenhuma estrutura de serviços de saúde (BRAGA & PAULA, 1981).

A história da saúde no Brasil está fortemente articulada com a previdência social, o que contribuiu para configuração de dicotomias que ainda não foram superadas completamente: separação entre ações preventivas e curativas; acesso diferenciado de segurados e não segurados às ações de saúde; uma concepção da assistência “médica” como pertinente à esfera privada e o credenciamento do setor privado, o que terá seu apogeu na década de 1970. A saúde não tida era tida como um direito do cidadão e muito menos como dever do Estado (NUNES, JACOBI, KARSCH, et al., 1991).

Na década de 1930 o Estado assume a realização de ações de saúde coletiva, preocupado com a proteção das atividades agro-exportadoras. Investia recursos orçamentários da união na saúde, realizava as primeiras campanhas de caráter nacional e promovia a assistência a grupos específicos: mulheres e crianças, entre outros. Nesse período, tem início a construção das políticas nacionais de saúde (NUNES, JACOBI, KARSCH, et al., 1991).

No aspecto cultural, destaca-se o nascimento nos anos 1930 da cultura de massas, com a expansão do Rádio, do cinema e da música popular atingindo todos os segmentos sociais. A escola de Chicago e a de Frankfurt estudam o novo fenômeno. Chicago se interessa pela interação do homem com as novas mídias, a segunda mais preocupada com o conteúdo e com a vulgarização da arte, cunhou a expressão “Indústria Cultural” antevendo o modo como a sociedade capitalista manipulava indivíduos, anulando individualidades e a capacidade crítica para formar uma massa homogênea apta a consumir com facilidade os poucos produtos produzidos em larga escala.

Servindo a interesses econômicos e políticos, os meios de comunicação são utilizados de maneira estratégica por governos totalitários como forma de comunicação direta e controle da população. Assim o fazem Mussolini, Hitler, Stalin. Mas eles também desempenharam um papel fundamental no combate ao nazismo, com destaque para o trabalho realizado pela *British Broadcasting Corporation* (BBC), criada em 1938.

No Brasil, o Rádio penetra de uma maneira extraordinária na cultura nacional, estabelecendo laços entre as regiões as diversas do país¹⁶. Surgem os programas de auditório e nomes que vão se tornar referência para as próximas gerações de artistas brasileiros, como Lamartine Babo, Ari Barroso, Carmem Miranda, Araci de Almeida, Dalva de Oliveira, Silvio Caldas, Chico Alves, Noel Rosa, entre outros.

Noel, símbolo de uma época, morre em 1937, aos 26 anos, antes disso, porém consolida o samba, o samba poesia e transforma a música e a letra deste ritmo tão brasileiro. Mostrando que “tudo podia virar letra de música”, “fome, miséria, mentira, jogo de futebol, jogo do bicho, assassinato, prostituição, homossexualismo, bebida, política, corrupção” ele retratava a realidade social que não era formada apenas de “donzelas de sorriso de pérola e cabelos de seda” mas também da “mulher comum, pobre, como a operária da fábrica de tecidos ou ardilosa como a dama do cabaré”.¹⁷

A exemplo dos ditadores europeus, Getúlio utiliza o Rádio como meio de comunicação para falar diretamente com o povo, alimentando a sua imagem de protetor dos trabalhadores, amigo e pai dos pobres, semelhante a um pai de família.

Com Vargas, a relação entre Estado e sociedade é difícil. O governo inibe as manifestações contrárias, estabelece censuras à produção artístico-cultural, intervém na imprensa, nos programas de rádio e na música popular. O cinema nacional volta-se para a literatura brasileira com pretensões de realizar obras sérias e patrióticas. Consagra-se o modernismo, mas o Estado cerceia a atuação dos artistas contrários ao regime e impede a participação de negros nos salões e mostras internacionais (NOSSO SÉCULO, 1980). Em

¹⁶ Um exemplo desta promoção é a música de João de Barro, cantada pelas irmãs Aurora e Carmem Miranda: Nós somos as cantoras do rádio / levamos a vida a cantar / de noite embalamos o teu sono / de manhã nós vamos te acordar / nós somos as cantoras do rádio / nossas canções, cruzando o espaço azul / vão reunindo num grande abraço / corações de norte a sul.

¹⁷ Opinião do crítico João Máximo, publicada no Jornal Valor econômico, em 30 de maio de 200, reproduzida no prefácio da obra de Noel Rosa. Sua imensa produção, inclusive as letras e músicas inéditas foram resgatadas Omar Jubran, Funarte / Velas, 2000, com apoio do Ministério da Cultura, formando um conjunto de 14 CDs com 229 gravações em suas versões originais.

1939, constitui-se o Departamento de Imprensa e Propaganda subordinado ao presidente e com muitas funções na promoção e controle da produção artística e na censura. O DIP define o que pode entrar no país sem ferir os interesses brasileiros (FAUSTO, 2001).

A inclusão de direitos da mulher na Constituição de 1934 representa uma vitória das lutas iniciadas na primeira década do século pelo movimento feminista, no qual Bertha Lutz foi uma liderança de destaque nacional. A luta travada, sobretudo no Congresso, teve momentos de criatividade que surpreenderam a sociedade do Rio de Janeiro. Em 28 de maio de 1928 publica-se no Jornal Folha da Manhã (Folha, [s.d.]):

Hoje, a cidade assistiu a um interessante e inédito acontecimento. Distintas senhoras, que fazem parte proeminente da diretoria da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, voaram sobre a cidade em aeroplano, distribuindo cartões postais e manifestos de propaganda do voto feminino. Foram as senhoras Bertha Lutz, sua brilhante presidente, d. Maria Amália Bastos, primeira secretária e dra. Carmem Velloso Portinho, thesoureira. Um dos postais diz o seguinte: As mulheres já podem votar em trinta países e um estado Brasileiro, porque não hão de votar em todo o Brasil?

Outro artigo, no mesmo Jornal, traz um trecho de uma Conferência pronunciada por Ruy Barbosa, dez anos antes, em 20 de março de 1919, sobre a desigualdade entre os dois sexos, que para ele era um dogma político já superado.

Mas, da política elle já desapareceu com a revolução que introduziu, de uma vez, no eleitorado britânico, seis milhões de eleitores que nos demais países eleitorais onde a civilização põe a sua vanguarda, tem elevado a mulher aos cargos administrativos, às funções diplomáticas, cadeiras parlamentares, e, até, aos ministérios, como em alguns Estados da União Americana, há muito já se costuma. Não bato, srs., moeda falsa: não tenho opiniões de ocasião. Nem supponhaes que seja de agora esta minha maneira de ver. As tendências de minha natureza, o amor de minha mãe pela companhia de minha esposa, a admiração da mulher na sua influência sobre os destinos de todos que a compreendem, bem cedo, me convenceram de que as theorias do nosso sexo acerca do outro, estão no mesmo caso da história narrada pelo fabulista do leão pintado pelo homem. É a mulher desfigurada pela nossa ingratidão. Quando cabeças como a de Stuart Mill assim pensam, não se há de envergonhar um cérebro ordinário como o meu, de pensar talqualmente.

Se a mulher poderia ser independente, ter direitos políticos, liberdade e autonomia não era consenso. Na capital, muitos juristas acreditavam que proteger a honra da família era crucial para defesa da civilização e para a construção de uma nação moderna. Desde o século XIX, engenheiros, políticos, médicos sanitaristas e autoridades policiais concordavam com os juristas e dividiam a responsabilidade de preservar a honra feminina, por meio da proteção às famílias (Caulfield, 2000). A discriminação de gênero operava articulada com outras discriminações, como as de classe e raça. As autoridades trabalhavam em suas áreas para evitar que as classes perigosas se misturassem com as famílias honestas.

Citando adaptação da teoria de Foucault para a Europa ocidental, feita por Esteves, Caulfield (2000, p. 34) argumenta que a consolidação da ordem capitalista burguesa logo após o fim da escravidão ensinou nos republicanos a criação de novas formas de disciplina social.

Juristas, e outros profissionais liberais utilizaram categorias e normas sexuais (defloramento, sedução, mulher honesta, honra, vergonha), num contexto mais abrangente de relações de poder como meio de disciplinar as famílias.

É curioso notar que a sociedade da honra e da etiqueta surge na Europa na transição do feudalismo para o capitalismo e, no plano dos comportamentos, este período de contenção política da velha nobreza guerreira caracteriza-se por um abrandamento da antiga violência e pela imposição de padrões civis de conduta, incluindo o amor familiar e o processo de civilização dos costumes (...) A Igreja atua nesse processo de mudança, estabelecendo limites para a prática da violência, fixa prazos para as guerras e orienta o uso do espírito bélico contra os inimigos da fé cristã oficial, sejam estes os muçulmanos do Oriente ou do Mediterrâneo, os pagãos da Europa Oriental ou ainda os hereges do sul da França (RIBEIRO, 1987, p. 110).

No Brasil, a Igreja, embora tenha perdido parte de seu poder político com a instauração da República, trabalhando para manter sua influência, disputa com os poderes do Estado a quem deveria caber a função reguladora da moral e dos costumes. Uma de suas críticas ao movimento de mulheres entre os anos 1920 e 1930 era que elas estavam esquecendo os valores da religião católica (SCHUMAHER & BRAZIL, 2000).

A dificuldade de mudanças no campo da moral numa sociedade conservadora se faz notar pela identificação desta influência na elaboração das leis e políticas. Antes da Constituição de 1934, o voto feminino havia sido aprovado no Código eleitoral de 1932 desde que autorizado pelo marido ou para as mulheres que tivessem renda própria. A lentidão na conquista de direitos pelas mulheres demonstra quão original e raro era um pensador ou político ter a opinião de Ruy Barbosa nas primeiras décadas do século XX.

O movimento de mulheres no Brasil é marcado pela intensa atividade das primeiras décadas do século XX e pela segunda onda que emerge nos anos 1970. O que poderia ser chamado período de refluxo deste movimento que demanda além do voto, outros direitos políticos e sociais, que grita contra a carestia, que se organiza em pela solidariedade com os grupos sociais menos favorecidos e pelo cuidados dos feridos de guerra, que propõe o apoio às mães, aos órfãos e aos velhos, que cria várias organizações em todo o país, está associado à repressão que se instala com o Estado Novo e ao desmantelamento das organizações de mulheres no contexto mais amplo de controle de todos os movimentos sociais da época. A democracia que se instala após a queda de Getúlio não garante plenamente o exercício dos direitos políticos e sociais de homens e mulheres, e esta repressão se intensifica na ditadura militar (SCHUMAHER & BRAZIL, 2000).

A eclosão da segunda guerra mundial teve grande impacto no mundo. O Brasil depois de algum tempo negociando com os dois lados definiu-se pelos aliados e entrou na Guerra em 1942. A queda de regimes totalitários como o de Hitler e de Mussolini, impulsionou a crítica a Getúlio. Os mesmos generais Góis Monteiro e Gaspar Dutra, que o ajudaram a chegar ao poder tramaram contra ele e ajudaram a derrubá-lo em 1945.

As grandes transformações dos anos 1930 e 1940 influenciaram todos os países ocidentais e estabeleceram uma nova ordem mundial. O Brasil, interessado na industrialização

e na modernização da sociedade está atento ao que se passa nos países desenvolvidos. A Europa continua sendo a grande referência filosófica, política, científica, artística e podemos identificá-la em diversas áreas de nossa produção, na organização social e política, e claro está, na formulação de nossas leis e do Código Penal.

2. Evolução da legislação sobre o aborto no Brasil

As ordenações jurídicas em vigor no período colonial, provenientes de Portugal, não faziam referência ao aborto, mas tratavam de crimes contra a religião, a moral, a honra e os costumes. O Catolicismo, religião oficial do Estado brasileiro até a proclamação da República em 1889, tinha marcada influência sobre a legislação. Era proibido o culto a outras religiões e cometia crime quem atentasse contra as verdades religiosas: existência de Deus e a imortalidade da alma. As ordenações jurídicas portuguesas fundamentam-se largamente em preceitos religiosos, o crime era confundido com o pecado e com a ofensa moral, punindo-se severamente hereges, apóstatas, feiticeiros e benzedores.

Em 1830, o Código Criminal do Império do Brasil foi sancionado por D. Pedro I. De índole liberal, baseava-se na doutrina de Bentham¹⁸, no Código Francês e no Napolitano de 1819 (DUARTE, 1999). Ainda não separados Igreja e Estado, o Código continha diversas figuras delituosas representando ofensas à religião estatal: era crime a celebração em casa ou em edifício com aparência de templo, o culto de outra religião que não a oficial do Estado, e era também desigual no trato das pessoas, principalmente dos escravos.

O crime do aborto é introduzido na legislação penal brasileira pelo Código Criminal do Império. Conforme seu artigo 199, é crime “ocasionar aborto por qualquer meio empregado interior ou externamente com consentimento da mulher pejada”. As penas variam de um a cinco anos de prisão. Pune-se também a tentativa de aborto e a cumplicidade, mas não se faz referência ao aborto praticado pela própria gestante. Comentando este aspecto afirma Tinoco (2003) que neste caso não haveria crime, pois não é admissível interpretação ampliativa do artigo. Ou seja, a lei penal deve ser aplicada de maneira restritiva. Também é crime, descrito no artigo 200, “fornecer, com conhecimento de causa drogas ou quaisquer meios para produzir o aborto, ainda que este não se verifique”. “A pena para este crime aumenta se quem o praticar for médico, boticário, cirurgião ou praticante de taes artes”.

Com a proclamação da República em 1889, declara-se o Estado laico e em 11 de outubro de 1890 é promulgado o primeiro Código Penal da República. Criticado por muitos, considerado defasado desde sua publicação ele foi complementado pela Consolidação das Leis Penais, de 1932. “Tinha orientação na Escola clássica, muito embora aceitasse postulados positivistas” (DUARTE, 1999). Neste Código aborto continua sendo crime, com mais uma restrição: o auto-aborto. Deve-se notar que está prevista a redução da pena se o aborto for praticado para ocultar desonra (TINOCO, 2003). Este benefício indica o valor moral da honra,

¹⁸ “Todo o pensamento liberal-democrático pode resumir-se na célebre frase de Bentham: A maior felicidade, para o maior número” (Buarque de Holanda, 1995, p.185).

vinculada à pureza sexual e à castidade da mulher, condições associadas na época ao desenvolvimento social (CAULFIELD, 2000).

O artigo 302 do Código de 1890 estabelece pena de prisão de seis meses a dois anos e privação do exercício profissional, por igual tempo de condenação, para o médico ou parteira, que praticando o **aborto legal ou aborto necessário** para salvar a vida da gestante de morte inevitável, ocasionar-lhe a morte por ineficácia ou negligência (PAPALEO, 1993, p. 44). Esta é uma advertência para que não pratiquem o aborto em condições inadequadas pelo dano que poderão causar, que pode ser lida como uma proteção à saúde da mulher. Este artigo anuncia, de modo indireto o aborto por risco de vida, legitimando-o para salvar a mulher. A expressão “**aborto legal**” utilizada em 1890 desaparecerá do Código seguinte, mas aproximadamente cem anos depois ela se transformará numa consigna do movimento de mulheres para divulgação dos permissivos legais de 1940 e materialização do que então será compreendido e exigido como um direito da mulher em relação ao qual o Estado está em dívida.

Em 1938, um ano após a decretação do Estado Novo, com o Congresso Nacional suspenso, Alcântara Machado¹⁹, é convidado a elaborar o anteprojeto do Código Criminal do Brasil, tarefa que concluiu em março deste ano. Segundo ele, se fez o trabalho em quatro meses foi porque há quarenta anos dedicava-se ao estudo do Direito. Seu lema para realizar o anteprojeto foi: **unidade e clareza, humanidade e justiça**. Ao concluí-lo, como que antevendo as dificuldades para materialização dos direitos no Brasil, ele acrescentou: “a aplicação da lei depende de duas condições que estão nas mãos do Estado: a preparação da magistratura especializada e a criação de estabelecimentos para readequação de delinqüentes, reeducação de outros e o tratamento de muitos” (GASQUEZ & PENTEADO, 2003).

A redação final do Código Penal Brasileiro, sob direção do Ministro da Justiça Francisco Campos, ficou a cargo da Comissão Revisora composta pelo penalista Nelson Hungria, pelos desembargadores Narcélio de Queiroz, Vieira Braga e pelo procurador público Roberto Lira. A elaboração do novo Código por uma equipe de juristas renomados e reconhecidamente qualificados estava de acordo com as características do Estado Novo. Vargas tinha entre seus objetivos a modernização das instituições do país, e a legislação penal de 1890 que desde sua publicação vinha sendo criticada, precisava ser reformulada para atender os novos desafios da nação: a industrialização e o desenvolvimento, promovidos com paz social. Foram estimuladas parcerias entre patrões e empregados e reprimidos os conflitos de classe, a organização social e a participação política. Vargas e seus assessores, como Francisco Campos, acreditavam que a modernização exigia o trabalho dos grupos técnicos como esta Comissão Revisora.

Em dezembro de 1940, Getúlio Vargas assina o Decreto-Lei Nº 2.848 promulgando o Código Penal que entra em vigor em 1942, e é avaliado por alguns juristas como “uma legislação eclética que não assumiu compromisso com qualquer das escolas ou correntes que

¹⁹José de Alcântara Machado de Oliveira, de descendência nobre, era membro da Academia Brasileira de Letras, formado em direito e professor de medicina legal da Faculdade de Medicina de São Paulo.

disputavam o acerto das soluções penais” e que “fazia uma conciliação entre os postulados das escolas clássica e positivista, aproveitando o que havia de melhor nas legislações modernas de orientação liberal, em especial nos Códigos italiano e suíço” (DUARTE, 1999).

De modo geral, e a legislação brasileira não foge à regra, há um diálogo entre as leis internacionais, e estas são influenciadas pela filosofia, pela cultura, pela religião, pela ciência e pelo contexto econômico, social e político de cada período histórico e de cada região. A necessidade de preservar a sociedade, de reprimir as condutas que lhe são danosas, e mais recentemente a busca da justiça e a igualdade entre os cidadãos tem impulsionado a evolução do direito penal. Ao longo da história, o direito passa pela vingança privada, divina e pública e pela aplicação da lei conforme o entendimento de sacerdotes e monarcas de forma absoluta e arbitrária. A crítica a este período vem com o humanismo e a filosofia das luzes nos séculos XVII e XVIII, que dão enfoque à razão, à definição prévia da conduta criminosa e das penas. A ciência e a tecnologia interferem de maneira singular na formulação das leis. Chega-se ao final do século XX discutindo-se com vigor os direitos humanos, políticos, civis e sociais.

Em relação ao aborto, tanto no anteprojeto como no texto final, o ato foi considerado crime, exceção feita a duas condições: quando a gravidez implica risco à vida da gestante, e no caso de estupro²⁰. Alcântara Machado acreditava que a vida começava na concepção e uma de suas preocupações eram os abortos realizados pelas estudantes com ajuda inclusive dos serviços de saúde (GASQUEZ & PENTEADO, 2003). Sua posição estava alinhada com proposições legislativas de outros países, como veremos mais adiante, e sugere a influência da religião Católica que defende a vida, de maneira dogmática.

Dois nomes destacam-se como “pais” do Código Penal de 1940: Alcântara Machado e Nelson Hungria. Note-se que Hungria foi também autor do anteprojeto do Código Penal de 1969²¹. Ele é tido como um dos grandes nomes do direito no Brasil, profundo conhecedor da legislação internacional de seu tempo, em particular da italiana e suíça, cuja influência sobre o Código brasileiro se faz notar pelos estudiosos da área, seja no aspecto mais geral da legislação, seja na questão relativa ao aborto.

Este Código tem uma realidade que é a realidade do Código Penal Italiano de 1938. Esta repressão ao aborto era a temática tradicional dos países com os quais o Brasil tinha alguma ligação de influência. A nossa fonte de inspiração para o Código Penal é a Itália, então aí você já consegue vincular as forças que estavam por trás disso (Entrevista nº 01. Promotor de justiça / pós-doutor direito e em medicina).

Alcântara Machado reconhece a influência da legislação italiana em seu trabalho, nega, porém que tenha copiado esta legislação (GASQUEZ E PENTEADO, 2003) como afirmam até hoje alguns juristas.

²⁰ Recentemente tem-se discutido os casos de malformações graves e incompatíveis com a vida extra-uterina. Em todo Brasil já existem cerca de 3000 autorizações judiciais para interrupção da gravidez nestas circunstâncias, e o debate está instalado, com avanços e retrocessos, inclusive no Supremo Tribunal Federal. O tema / polêmica no STF é argumento do filme “Uma História Severina”, dirigido pela antropóloga Débora Diniz, lançado em outubro de 2005, em Paris, por ocasião dos 100 anos de comemoração do Estado Laico.

²¹ Elaborado em 1963, este anteprojeto foi submetido a várias comissões revisoras, aprovado em 1969, mas nunca entrou em vigor sendo revogado em 1978.

Como os outros códigos brasileiros, este Código é praticamente cópia dos códigos europeus. Por exemplo, o Código Civil é praticamente cópia do código civil francês napoleônico e muitos aspectos vêm das legislações portuguesas, Afonsinas, Manuelinas, Filipinas. Nós temos em outros códigos também a influência da legislação alemã e da legislação italiana (Entrevista nº 02. Doutora em direito / membro do Comitê Cedaw – ONU).

Em 1912, na Suíça, foi proposto e não aprovado a regulamentação do aborto nos três primeiros meses de gestação se praticado pela gestante ou médico diplomado. Em 1916 a redação foi modificada para: O aborto praticado por um médico diplomado e com o consentimento da mulher grávida não é punível: se executado para evitar um perigo para a vida ou para a saúde da mãe e se este perigo não pode ser evitado por outros meios; se o embarço provém de violação, de um atentado violento ao pudor cometido contra uma mulher idiota, alienada, inconsciente ou incapaz de resistência, ou de um incesto. Outras legislações trataram do assunto desta maneira: o Código argentino de 1922 e o tcheco-eslovaco de 1925. Os Códigos Russos de 1922 e 1926 excluíram a punição ao aborto, deixando-a apenas para o praticante do aborto sem qualificação e se o aborto fosse feito sem o consentimento da mulher. De 1933 a 1936, o Código Uruguaio incriminou apenas o aborto não consentido pela gestante (MARCÃO, 2002).

Em 1941, complementa a repressão ao aborto, a Lei das Contravenções Penais, que no capítulo “Das contravenções contra a Pessoa” (artigo 20) reforça seu caráter criminoso ao estabelecer multa para o anúncio de processo, substância ou objeto abortivo, assim como a propaganda e a fabricação de anticoncepcionais, o que se mantém até 1979.²²

Com a punição ao aborto e à anticoncepção o Estado amplia a regulação da vida reprodutiva das mulheres. Não permitindo à mulher viver a sexualidade sem o risco da gravidez indesejada e com acesso à interrupção da gravidez, o Estado determina como possibilidades possíveis de escolha a castidade ou a maternidade compulsória – propostas defendidas pela Igreja Católica.

Para os grupos contrários à legislação em vigor, fortemente influenciados pela Igreja Católica e mais recentemente pela Evangélica, os permissivos legais não têm razão de ser e devem ser revogados. Alegam que a medicina evoluiu o suficiente para controlar o risco que a gestante possa enfrentar na gestação, e no caso do estupro que não se pode combater um crime com outro crime ainda mais grave. Assim pensam alguns parlamentares que têm propostas restritivas e grupos religiosos que fazem campanhas contra o aborto no Brasil.

Eu penso que naquela época se pensava que era um monte de células mesmo, que era parte do corpo da mulher, não tinha meios científicos. Hoje com o advento da tecnologia, da bioética, se sabe que a vida

²²A proibição relativa aos anticoncepcionais até 1979 contraria uma realidade em que as mulheres fazem uso de diversos métodos de anticoncepção. Vários estudos demonstram que no Brasil, a taxa de fecundidade que nos anos 1960 era de 6,5 filhos por mulher, caiu drasticamente nas décadas subsequentes, pelo uso dos anticoncepcionais hormonais e pela esterilização tubária. Durante o processo Constituinte de 1988, o planejamento familiar foi alvo de intensas disputas entre o movimento de mulheres e a Igreja Católica, mas o texto final garante o planejamento familiar como direito de homens e mulheres. Em 1997 é aprovada lei sobre planejamento familiar pelo Congresso Nacional.

começa com a concepção, começa com a reunião do espermatozóide com o óvulo, não é? E aí ela deve ser protegida porque a Constituição fala na inviolabilidade da vida, quer dizer, a vida é inviolável. A partir de quando? Desde que ela começa! Entendeu? Tanto que alguns juristas acham que esse artigo 128 do Código Penal está derogado pela Constituição, porque a Constituição fala da inviolabilidade da vida em todo momento de sua existência. Eu não vou entrar na discussão jurídica da coisa. Eu só acho o seguinte, viu, que a esta altura não existe razão para se manter na legislação nenhum caso de aborto (Entrevista nº 03. Membro da Associação Providafamília e da Pontifícia Academia Provida).

Para alguns especialistas a lei é restritiva e não cumpre nenhuma das finalidades do direito penal, ou seja, ela não impede que o aborto ocorra por dissuadir as mulheres, nem por evitar a gravidez indesejada nem a ocorrência da violência sexual. As mulheres decididas a interromper uma gravidez não desistem pelo fato do aborto ser considerado crime e enfrentam até o risco de morrer submetendo-se a práticas de riscos e à clandestinidade.

O anteprojeto de Código Penal de Alcântara Machado, admitindo que o aborto não é crime em duas condições, segundo Papaleo (1993, p. 46), foi motivo de acalorados debates²³, e, combatido por muitos, sustentado por outros, a permissão ao aborto venceu como tratamento heróico de salvar uma vida, a da mãe, e para supressão sentimental de uma gravidez humilhante para a mulher. Teria a lei um sentido de proteção à mulher?

Os permissivos legais de 1940 são considerados, inclusive por feministas e por profissionais de saúde, como um avanço na legislação da época. Eles representam o reconhecimento de que entre a mulher e um embrião ou feto, a mulher está em primeiro lugar. Nas decisões relacionadas à gravidez de risco, colocam-se frente a frente a vida da mulher e a vida do embrião ou feto. Mas é preciso compreender a perspectiva com que o direito protege a vida, de que vida se trata. O conceito religioso de vida não pode passar diretamente ao campo do direito para dar suporte às leis de um país laico, caso do Brasil.

Considerando a idéia de construir um espaço comum de debates entre leigos e católicos o Cardeal Martini, respondendo indagações de Humberto Eco, coloca a “vida” como um dos pontos de conflito e mal-entendidos no plano político e social. Afirma que falar da vida não é tão simples, que é preciso distinguir a Vida, com maiúscula, bem supremo, divino, da vida humana. Para ele “uma coisa é falar da vida humana e sua defesa do ponto de vista ético, outra é perguntar, de que maneira concreta uma legislação poderá defender da melhor maneira estes valores em determinada situação civil e política”. Ele distingue o uso amplo do termo Vida e o uso restrito e próprio do termo “vida humana”. Segundo sua explanação, Vida inclui todos os viventes no céu, na terra e sob a terra (...) A vida que tem valor supremo para os Evangelhos não é aquela física (*bios*), e sequer a psíquica (*psyché*), mas a Vida Divina comunicada aos homens, (*zoé*), termos distinguidos no Novo Testamento, onde *bios* e *psyché* estão submetidas à *zoé*. O espinhoso problema ético refere-se à vida humana. E quando esta vida aparece? Para D. Martini, a partir da concepção porque aí nasce um novo ser, diferente

²³Com o Congresso suspenso e o Código Penal sendo elaborado por uma Comissão Revisora designada pelo Estado Novo, o espaço em que ocorreram estes debates e quais os atores que nele tomaram parte são questões que requerem maior investigação, o que não foi possível fazer neste trabalho.

dos elementos que o formaram. O apelo genérico à vida pode parecer frio e impessoal. É preciso, no entanto encarar a responsabilidade concreta que se tem em relação aquele chamado de amor; ao conflito que se gera quando essa exigência de afeto e cuidado não pode ser vivida; e afirma que se deve fazer todo o possível para evitar esse profundo sofrimento e dilaceramento (ECO & MARTINI, 2002).

É consenso que o aborto é causa de conflito e sofrimento, mas as pessoas que o discutem propõem estratégias diferentes para evitar que este sofrimento e dilaceramento se materializem. Para alguns pesquisadores, profissionais de saúde e operadores do direito a proibição do aborto não é efetiva para evitar sua ocorrência. Além disso, eles afirmam que defender a legalização ou a descriminalização não é ser a favor do aborto como se esta fosse uma prática boa a ser disseminada socialmente como um método de planejamento familiar.

A suposição simplista de que há pessoas contra o aborto e pessoas a favor do aborto é um equívoco que beira a ingenuidade. Em 50 anos lutando para reduzir este problema social que afeta milhares de pessoas em todo o mundo, nunca conheci alguém que simplesmente fosse a favor do aborto, que gostasse do aborto, que ficasse feliz quando soubesse da realização de um aborto ou que adotasse a premissa de que quantos mais abortos melhor (Entrevista nº 04. Professor de obstetrícia; consultor permanente da OMS).

Para este entrevistado, a prevenção do aborto se dá com programas de educação sobre saúde, sexualidade e reprodução que orientem meninos e meninas a respeitarem os parceiros e a conviver com a sexualidade com responsabilidade. É preciso também apoiar a gestante e a mãe com filhos pequenos, permitindo que ninguém opte pelo aborto porque foi abandonada pelo parceiro ou expulsa de casa como acontece comumente no Brasil.

Negando qualquer justificativa para o aborto, outros sujeitos sociais propõem a proibição total e como medidas preventivas, um dos representantes destes grupos afirma que a solução é “educar, educar, educar”. Para ele, isto significa:

Formação de valores! Educação para formar valores na juventude, mostrando exatamente a importância do casamento monogâmico, mostrando a importância da abstinência sexual até o casamento, da fidelidade conjugal. [...] Colocar na rede de saúde o planejamento familiar natural, porque é mais seguro do que a pílula e o método billings para se conhecer a ovulação (Entrevista nº 03. Membro da Associação Providafamília e da Pontifícia Academia Provida).

3. Proibição do aborto e permissivos legais: uma proteção à mulher?

Ainda que o respeito aos valores republicanos e liberais, de autonomia e liberdade de homens e mulheres, indiquem o caminho do respeito à decisão individual em casos como o aborto, ato que pode ser considerado uma questão de foro íntimo, a legislação brasileira limita o direito da mulher e das famílias, no caso de menores e de incapazes, decidirem livremente sobre a manutenção ou não da gravidez, indesejada ou inviável.

Esta situação nos dá a possibilidade de analisar a lei pelo menos sob duas perspectivas: tomando como referência a criminalização do aborto, podemos entendê-la como

negação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Observando os permissivos legais podemos encontrar aí indícios de proteção à honra e à saúde da mulher. Acreditamos que ao negar a liberdade de escolha à mulher, os legisladores se mostraram em consonância com o seu tempo, trazendo para o debate argumentos que reforçam a discriminação de gênero. Os permissivos legais, por outro lado, revelam uma posição humanitária, talvez piedosa com a mulher em risco de vida ou violentada, uma defesa da família ao optar pela vida da mulher, já mãe e esposa, defesa da honra - sexual na mulher - e a honra dos homens da família.

As ressalvas que permitem a interrupção da gravidez são coerentes com a ponderação de direitos para se fazer escolhas quando dois bens jurídicos estão em conflito. Sacrifica-se o que é considerado um bem de menor valor jurídico em favor daquele de maior valor. Na gestação de alto risco sacrifica-se o feto, vida potencial, em favor da mãe, vida plena. Mas o que é vida para o legislador, para o jurista, para o direito penal? É a mesma vida de que falam os religiosos quando dizem: ali tem uma vida e nada poderá tocá-la? Não. Para compreender este conceito para o Direito Penal sigamos a explicação de um doutor em direito penal:

Vida para o Direito Penal, não é dom, não é alma, não é intocável, nem é fruto santificado. Vida é um bem jurídico integrante da personalidade, sujeito à tutela penal. E esta tutela é prestada com base nos mesmos padrões estabelecidos para os demais bens jurídico-penais, sejam os que, como a vida, incorporam-se à pessoa humana, sejam aqueles que se incorporam à ficção normativa como a pessoa jurídica empresarial, o Estado, ou, também a coisa. É, portanto um sistema de codificação totalmente laico, com plena indiferença aos conceitos que associam vida e religião, ou pelo menos, vida e dogmas de fé (Diniz & Ribeiro, 2004, p. 96).

Se no caso do risco de vida da gestante, em meio a um conflito, sacrifica-se a vida do feto em favor da vida da mãe, no caso do estupro a “supressão sentimental de uma **gravidez oprobiosa**, desde que assim entendida pela gestante ou por quem a representasse” no dizer de Papaleo (1993, p. 46) se faz em nome de que? Qual o bem jurídico que se protege e resguarda sacrificando-se a vida do feto?

A gravidez oprobiosa é aquela que causa “grande desonra pública; degradação social; vergonha, vexame; humilhação, degradação; avilta; afronta”. A palavra utilizada para definir a gravidez por estupro, indica a importância dada naquela época ao que estava em jogo: enfrentar publicamente a gravidez ilegítima, a vergonha da violação sexual; enfrentar a dúvida que poderia instalar-se quanto à conduta da agredida: teria ela concordado? Reagiu com vigor ou cedeu facilmente e teve prazer com a violação? Se a mulher fosse casada, como ficaria o seu marido exposto à vergonha de ter sua mulher “possuída” por outro homem? E, além disso, como enfrentar os riscos aos quais a família estaria exposta com o nascimento de uma criança gerada por um estuprador, ou seja, por um depravado. Reais ou não estes riscos eram uma preocupação na medida em que se tinha conhecimento de teses científicas, em voga na época²⁴, que associavam genética e criminalidade.

²⁴ O determinismo científico leva cientistas como Lombroso a considerar o delito como fato biológico, com causas genéticas que se manifestam fenotípicamente. Ele afirmava a existência de criminosos natos, cujo destino era delinquir sempre que estivessem em determinadas condições ambientais.

Alguém vai dizer assim: no passado se autorizou o aborto porque era inaceitável que uma família fosse contaminada pelo sêmen maldito de um criminoso, de um sujeito marginal, estuprador. As mulheres casadas não podem obrigar os seus maridos a serem pais de filhos bastardos de criminosos, é uma **motivação de natureza social**. E as filhas de famílias não podem ser compelidas a criarem filhos de tarados sexuais e etc, etc. A primeira idéia que se dá para a autorização do aborto de filhos do crime é preservar a família dos membros que surgirão filhos dos tarados sexuais. Essa é a primeira idéia quando se olha para os anos 1940, mas e hoje, esse argumento se mantém? Se essa história era verdadeira, hoje não pode ser a mesma (Entrevista nº 01. Promotor de justiça / pós-doutor direito e em medicina).

Estaria neste depoimento uma referência não explícita à noção de honra conforme entendimento da época? O que seria a honra para a nossa sociedade nos anos 1940? Analisando a sociedade brasileira, e mais particularmente a Capital Federal, o Rio de Janeiro, em sua obra “Em defesa da Honra” Caulfield (2000, p. 160-161) afirma que os discursos de Viveiros de Castro (1898) e de Nelson Hungria (1930), responsável pela elaboração do Código Penal, no que se refere aos critérios para definição da honra, para distinguir uma mulher honesta da desonesta nos processos de crimes sexuais, embora separados por três décadas eram semelhantes. Para esta autora, embora o comportamento da mulher não tivesse mudado quando comparado às décadas anteriores, se continuava sendo comum manter relações pré-nupciais e a existência de uniões consensuais e famílias chefiadas por mulheres, o contexto no qual estes comportamentos eram interpretados tinha mudado, deixando juristas como Hungria mais incertos quanto à defesa da honra sexual pelos tribunais. Ele, Roberto Lira e o médico legista Afrânio Peixoto questionaram o valor da virgindade e da honra sexual como fator importante para o desenvolvimento das civilizações (crença bastante forte em décadas anteriores), e afirmavam que, ao contrário, esta valorização excessiva poderia ser na verdade uma marca do atraso das instituições sociais e políticas brasileiras.

As mudanças no corpo social, se não revolucionárias, se materializam devagar, e seguramente numa velocidade menor do que os discursos. Na sociedade brasileira, mesmo com todas as campanhas contrárias, do início do século aos anos 1980, a defesa legítima da honra foi argumento suficiente para a absolvição, ou para redução da pena, de muitos criminosos ofendidos pela confirmação ou suspeita de adultério.

Nos anos 1930, multiplicavam-se os crimes passionais. Mas, enquanto esta situação era percebida como “horrenda calamidade que vem acometendo nosso organismo social”, por Carlos Sussekind de Mendonça, o criminalista Evaristo de Moraes, que já então tinha fama de defensor dos excluídos, argumentava a favor dos crimes passionais. Em razão de sua competência como criminalista sua defesa associada à justiça social e de grande sofisticação teórica tornou-se muito difícil de ser combatida (CAULFIELD, 2000, p. 171-172).

Em defesa da honra! Não foi outra a causa da morte do irmão de Nelson Rodrigues em 1929. Sentindo-se aviltada pela deturpação da notícia de seu desquite, amigável, a jornalista Sílvia Tibau, aos 27 anos, para limpar a sua honra de uma acusação de adultério, procurou a redação da Crítica para falar com Mário Rodrigues. Não o encontrando pediu uma conversa reservada com o seu filho Roberto e o assassinou com um tiro à queima roupa. Fato incomum

por ser mulher a assassina, o caso recebeu tratamento bem desigual em relação a crimes semelhantes cometidos por homens. Tibau foi alvo de uma grande campanha para sua condenação. Segundo Caulfield (2000), algumas mulheres também se organizaram para pedir a absolvição de Silvia Tibau, embora não se saiba se elas eram as mesmas que lutavam para derrubar o argumento de defesa da honra que legitimava o assassinato de mulheres.

Apesar da defesa da honra para justificar crimes passionais ter perdurado durante décadas, desde aquela época a sociedade se dividia em relação e o argumento era contestado por escritores como Benjamim Costallat e por Lima Barreto que não aceitavam serem as mulheres responsabilizadas pela violência sofrida passando de vítimas a algozes.

O crime do estupro fere a honra das mulheres e dos homens da família. Mas será esta a principal motivação para que se permita a interrupção da gravidez dele decorrente? Ou teria o legislador e a sociedade motivações de outra natureza?

A lei, não é feita para ser modificada a cada dia e por isso precisa ter um caráter de estabilidade, mas ela pode ser interpretada e reinterpretada em diferentes momentos históricos quanto às suas motivações originais. E, é preciso, que os operadores do direito sejam capazes de fazê-lo para manter a atualidade da lei, acompanhar a sociedade e responder os desafios ela impõe. Numa leitura diferente do permissivo legal para o aborto, há quem entenda, como no depoimento citado a seguir, que não se tratava somente de recuperar a dignidade da mulher, ainda que isto seja fundamental, mas também de proteger a saúde psicológica da mulher.

Não sei se alguém já disse isso, mas existe por trás disso uma idéia que não está dita, mas está prevista implicitamente, o direito é feito também disso, é a proteção à saúde psicológica. A lei preservou a saúde psicológica da mulher não obrigando esta mulher a criar um filho de um criminoso (Entrevista nº 01. Promotor de justiça / pós-doutor direito e em medicina).

Esta motivação pode ter estado presente em 1940, pois segundo Nelson Hungria, nos comentários ao Código Penal:

O estupro é um grave crime de violência sexual, punido com pena de seis a dez anos. Nada justifica que se obrigue uma mulher estuprada a aceitar uma maternidade odiosa; que se dê vida a um ser que lhe recordará perpetuamente o horrível episódio da violência sofrida (Hungria, 1955, volume V, p. 304).

Analisando este pequeno trecho de sua defesa do aborto pós-estupro, pode-se retirar daí uma idéia subjacente de proteção à honra sexual quando o jurista se refere à gravidade do crime do estupro, mas também outro argumento que seria uma proteção à saúde mental da vítima, quando afirma que o filho do estuprador “lhe recordará perpetuamente o horrível episódio da violência”. Hoje, sabe-se que o estupro é uma das causas principais do stress pós-traumático, condição que pode evoluir para a depressão, e que no início tem como um dos sintomas a recordação intermitente do episódio de violência.

Essa idéia de proteção à mulher é explorada na análise dos outros artigos da legislação brasileira sobre o aborto. Como afirma Ribeiro (DINIZ & RIBEIRO, 2004, p.110), “o legislador teve como bem jurídico-penal primordial a pessoa da mulher grávida” e disso é

demonstrativo o fato de que “o Código Penal pune a exposição da vida ou da saúde da mulher a risco, tendo apenas incidentalmente a finalidade de proteger a “vida” do feto”. Prosseguindo este autor acrescenta: a punição maior de 3 a 10 anos para o aborto sem consentimento da gestante (artigo 125) em relação à pena de 1 a 4 anos para aquele que ela consente (artigo 126) é a favor da mulher. Para ele, “no princípio, o aborto foi proibido para reduzir as “altas taxas de mortalidade e morbidade decorrentes das técnicas empregadas para a interrupção de gravidez” e assinala o artigo 127 onde registra-se “a pena aumentada de um terço” se o aborto leva a lesão corporal grave, e a duplicação da pena se houver morte da gestante.

Outra proteção à mulher se deduz da punição com penas severas para a prática do aborto sem consentimento da gestante, mesmo se a gravidez resultar de um estupro.

Uma coisa boa que a lei tem é que o aborto não pode ser feito sem autorização da mulher, isso eu acho uma coisa muito boa, que poderia ter sido deixada em branco (Entrevista nº 05. Médica. Médica sanitária / gestora).

Entende-se desde 1940 que à mulher cabe a decisão final. Mesmo numa sociedade que atribuía grande valor à honra dos homens, dos chefes da família, mesmo estando a mulher submetida ao seu pai ou marido, ou seja, ao comando dos homens de sua família, mesmo o estupro tendo o caráter de humilhação e desonra, ainda assim, a mulher que engravida após um estupro, tem assegurado, pelo menos na letra da lei, o direito de dizer que não abortaria o filho ilegítimo.

4. Das restrições na legislação penal sobre o aborto

As interpretações que afirmam conter a lei proteções à mulher não refutam aquelas que as consideram limitadas, discriminatórias e impeditivas do livre exercício da maternidade. Estas restrições se materializam sob diversas formas, que vão dos limites estabelecidos em termos da decisão, pois só em duas situações o aborto pode ser feito, às dificuldades práticas que a mulher enfrenta para exercer este já limitado direito.

A lei sobre o aborto impede a mulher de exercer o livre arbítrio nas questões relativas à sexualidade e à reprodução. Com os proposta dos permissivos legais, os legisladores envolvidos na elaboração do Código Penal, demonstram terem tomado para si o “direito de decidir” sobre e em que condições o aborto é moralmente aceitável. Promulgada a lei, o Estado assume a tutela das mulheres negando-lhes a oportunidade de avaliar suas condições de vida, se podem ou não assumir um ou mais um filho, se querem ter um filho com este ou aquele parceiro, se é bom ou não para elas serem mães naquele momento. A lei penal não reconhece a mulher como sujeito capaz de tomar decisões apropriadas e morais, de definir de acordo com os seus valores e crenças, o que é melhor para a sua vida. E acima disso coloca o embrião ou feto acima dos seus próprios direitos.

O crime de aborto tem uma perversão muito grande na sua construção. É que ele coloca a mulher na condição de subalterna de um outro ser; escraviza a mulher. Numa linguagem forte, mas bastante técnica, coloca a mulher como escrava de uma outra situação. Ela retira todos

os direitos da mulher a propósito de cumprir o desiderato desse outro ser. Ou seja, em nenhuma situação em que duas pessoas têm direitos iguais confrontados um com o outro, em nenhuma situação você pode obrigar que uma pessoa abra mão de seus direitos em favor da outra, não há hipótese (Entrevista nº 01. Promotor de justiça / pós-doutor direito e em medicina).

Os permissivos legais não representam uma garantia real de acesso da mulher ao aborto nas condições especificadas. No caso do risco de vida, sobre a tutela dos juristas que definiram a lei e do Estado que a mantém, sobrepõe-se a opinião e a decisão dos médicos, responsáveis por atestar a gravidade de sua situação de saúde, e por realizarem os procedimentos do aborto. Até os dias atuais, mesmo com a evolução da tecnologia e com a possibilidade de se antever o agravamento de patologias associadas à gravidez, encontramos posições divergentes dentro da categoria médica, em relação às condições e ao momento em que se deve interromper uma gravidez de risco. Enquanto alguns médicos entendem que a mulher deve ser esclarecida sobre o risco de manter a gravidez para que possa decidir se quer ou não correr o risco ou, dito de outra maneira, que grau de risco ela aceita correr para ter o filho, muitos outros acreditam que estão proibidos de interromper uma gravidez de risco a menos que a mulher esteja morrendo. Interpretações restritivas impedem o acesso da mulher ao aborto ou à antecipação do parto.

Aqui na minha experiência eu ouvi de médicos em posto de comando e de conselhos médicos, que uma pré-eclâmpsia não justificava interromper uma gravidez. Você não pode confundir risco de vida com paciente terminal. É preciso discutir mais e treinar os médicos para se chegar a posições menos ortodoxas. Acho que essa interpretação [da mulher decidir sobre a antecipação do parto] no nosso sistema é muito difícil de ser aceita porque os médicos implantaram uma cultura de que paciente em risco de vida é paciente terminal (Entrevista nº 01. Promotor de justiça / pós-doutor direito e em medicina).

No caso do estupro, a mulher precisa ser convincente junto ao médico, ao delegado ou ao promotor de que foi, de que é a vítima, e por isso tem direito a um aborto. Da promulgação da lei aos dias de hoje, para que seja considerada procedente a sua demanda ele precisa ainda ter reputação inquestionável. O crime do estupro entrou no Código Penal no capítulo dos crimes contra os costumes, e não contra a pessoa. Era uma ofensa contra a sociedade, contra as famílias. Até bem pouco e talvez ainda hoje em diversos lugares a mulher passível de ser estuprada deveria ser virgem, de família, ou de classe social elevada. O crime do estupro, concebido como ato sexual cometido contra a vontade da mulher, pelo uso da força, coerção moral ou psicológica, não era considerado se, por exemplo, a mulher fosse uma prostituta. Se ela exerce esta função, supõe-se que esteja disponível a todos, a qualquer momento, sem direito à recusa. A mulher casada também não tinha direito de recusar as investidas sexuais do marido, era seu dever conjugal satisfazê-lo. Não se considerava a hipótese do estupro e as relações sexuais forçadas dentro do casamento. Ao definir quem pode ou não pode ser vítima do crime de estupro, a sociedade estabelece níveis de cidadania para as mulheres, estabelece desigualdades sociais, mulheres de primeira e de segunda categoria.

Pensadores proeminentes e modernos, os membros da Comissão Revisora eram também homens de seu tempo, humanistas, que defendiam as mulheres, mas que acreditavam nos tradicionais papéis de gênero. Nelson Hungria defendia a “localização” da prostituição como medida eficaz para a moralidade pública. Acreditava no casamento e na fidelidade como forma de conter o desejo erótico. Roberto Lira, mais moderno, socialista discordava destas posições, defendia o divórcio e não considerava crime o adultério. Mesmo assim, “Lira que se considerava um proponente dos direitos das mulheres, costumava repreender as feministas que lutavam pela igualdade com os homens. Para ele, as mulheres deviam lutar pela emancipação relativa e nunca pela liberdade; deviam estudar e trabalhar para preencher seu papel natural de companheira e inspiradora dos homens e para honrar a concepção bíblica da costela”, e acrescentava que a independência assumida pelas mulheres modernas sem essa educação e sem o ideal de família, as deixava sem condições de resistir às tentações mundanas do luxo e prazer (CAULFIELD, 2000, p.176).

Encontramos relatos de que Nelson Hungria defendia a tese de que a mulher não precisava de boletim de ocorrência para fazer um aborto legal, achava que em caso de dúvida o médico poderia recorrer a um promotor, o que significa validar a palavra da mulher, aceitá-la como portadora de verdade. Porém, em contradição consigo, sem considerar tudo o que está envolvido numa agressão sexual, como por exemplo, o elemento surpresa com que conta o agressor, a diferença física entre um homem e uma mulher, o medo da vítima, as reações paralisantes que ela pode ter etc, dizia ele não acreditar “que um homem, apenas por meio da força física pudesse violentar uma mulher”. Em torno disso Hungria relata um interrogatório em que a denunciante não tem como responder suas perguntas sobre como o agressor conseguiu guiar “o ceguinho” se estava com as mãos ocupadas na tentativa de segurá-la. A partir desta pergunta constrangedora, para a qual não teve obtido resposta, ele deduziu tratar-se de um falso estupro, e que a mulher mentia sobre a agressão (GASQUEZ & PENTEADO, 2003). O relato de Hungria não difere de muitas descrições feitas por mulheres que, nos dias atuais, vão às delegacias denunciar um estupro e são agredidas com perguntas que sugerem serem elas as responsáveis pelas agressões.

A proteção da honra não era um direito de todas as mulheres. A honra era atributo das mulheres “sexualmente” honestas, virgens, caseiras, submissas ao domínio paterno e sob vigilância da mãe. As outras, que trabalhavam fora de casa, iam às ruas desacompanhadas, freqüentavam lugares escuros como os cinemas, iam aos bailes, não tinham honra a proteger (CAULFIELD, 2000). Numa linguagem da época, elas não faziam jus à proteção do Estado, pois de muito tinham sido iniciadas no conhecimento das coisas do mundo.

Nos serviços de saúde as mulheres também enfrentam dificuldades para ter direito ao aborto. Embora a lei não limite o tempo gestacional para a interrupção, o que foi estabelecido pela norma do Ministério da Saúde em 1999 (até 20 semanas), a maior parte dos hospitais de referência só fazem o aborto até 12 semanas de gestação. Independente desta questão, segundo inúmeras pesquisas, a maioria dos médicos recusa-se a cumprir a lei por razões de consciência, por princípios morais e religiosos. As mulheres também encontram resistências

nas delegacias, onde, por vezes o desconhecimento da lei e o preconceito levam delegados e policiais a não prestarem informações adequadas à mulher.

A lei caiu no vazio e lá permaneceu por meio século. O Estado não escutou o alerta de Alcântara Machado sobre sua responsabilidade na criação de serviços para dar corpo à lei penal então instituída. Para que se materializem os permissivos legais, é preciso treinar profissionais de saúde e organizar redes assistenciais. Nada disso foi feito.

Faltam serviços de saúde qualificados para atender pré-natal e parto de alto risco e para a assistência ao aborto legal. As primeiras causas de mortalidade materna no Brasil continuam sendo hipertensão, hemorragia, infecções e aborto inseguro (BRASIL, 2004).

A assistência à saúde da mulher vítima de estupro exige uma rede assistencial estruturada e organizada, de difícil construção pela complexidade do atendimento e, se hoje ainda existem carências, na década de 1940, pode-se afirmar que estas condições não estavam criadas.

Eu acho que ela foi muito avançada para o ano de 1940, 65 anos atrás, incluindo dois permissivos. O problema foi a estagnação no cumprimento da lei. Durante 50 anos não se cumpriu essa Lei e só depois, nos outros 15 anos é que se começou a dar valor ao que dizia o Código Penal e a atender as necessidades dessas mulheres. O processo brasileiro é relativamente novo, nós temos 15 anos de discussão, de implementação de programas, enquanto a lei tem 65 anos. Se essa lei tivesse sido cumprida desde o início, hoje, com certeza, a gente estaria em outro plano de discussão quanto à lei, quanto às punições. Eu considero que a gente está evoluindo bem, mas acho que é um atraso não se ter avançado na questão da anencefalia, da malformação fetal e no que diz respeito a outros riscos em relação à saúde da mulher (Entrevista nº 06. Médico obstetra / Febrasgo).

Sem oferecer serviços públicos para a assistência à mulher que aborta, o Estado, além de não cumprir a sua função de garante de direitos, amplia as desigualdades já existentes. Algumas mulheres serão atendidas por médicos particulares e outras, a maioria, sem condições de pagar a assistência privada ficam expostas ao risco de morte pela precariedade do atendimento a que se submetem por não aceitarem os limites da lei e da política social. Ambas se igualam em um ponto: estão na clandestinidade.

Embora considerada auto-aplicável, para algumas pessoas que trabalham implementando serviços de aborto legal, a lei é falha, e permite interpretações completamente divergentes dificultando o trabalho dos gestores.

Quando fomos implantar o serviço de aborto legal no Hospital Jabaquara, o Secretário de Negócios Jurídicos da Prefeitura de São Paulo, deu uma interpretação completamente oposta ao artigo 128, em relação à que nós fazemos, as mulheres feministas, as advogadas feministas ou juristas sensíveis à questão. Na opinião dele, a prefeita não deveria implementar esse serviço porque o artigo não dizia nada daquilo do que nós entendíamos que o artigo dizia. Então eu acho que na verdade a lei é falha, ela não é clara, ela dá motivo de interpretações diversas, ideológicas (...) Apesar da experiência da implementação dos serviços, e do avanço, é uma coisa muito lenta (Entrevista nº 05. Médica sanitária / gestora).

Ao invés de atender as necessidades reais das mulheres e dos homens, a legislação se alinha com os interesses conservadores bem defendidos pela ortodoxia da Igreja Católica: castidade até o casamento, métodos naturais de planejamento familiar e recusa a todos os tipos de métodos artificiais e de aborto.

A Igreja também nega, contra as evidências científicas, a existência da gravidez de alto risco para a mulher. Ela compreende o avanço da medicina apenas no sentido do desenvolvimento e descoberta de meios para salvar a mulher, jamais no sentido da prevenção cada vez mais precoce dos riscos para a mulher ou das patologias que afetam a criança.

A gravidez indesejada não tem lugar nesse universo argumentativo. O direito de escolha, baseado em princípios liberais de autonomia e liberdade individual para as mulheres não era a principal demanda do movimento de mulheres da época. A conquista do direito ao voto era recente e como as crianças, os analfabetos, os negros e os incapazes, a mulher enfrentava sérias restrições ao exercício da cidadania.

Os permissivos legais para o aborto, como acontece com outras medidas de proteção social do governo Vargas, não são universais, mas privilégio de alguns grupos. O aborto não fazia parte das demandas do movimento de mulheres da época, que, além disso, estava enfraquecido no final dos anos 1930 em razão da repressão política. O debate sobre a lei parece ter se dado entre juristas, grupos técnicos do governo e a Igreja, que disputavam espaço no controle da moral e dos bons costumes.

No volume que trata dos crimes contra a vida onde fala do aborto, ele publica as cartas que trocou com a igreja. E ele era católico de comungar e de se confessar. E ele relata isso no livro. Ele escreve uma carta ao bispo ou ao cardeal que o combate por permitir duas possibilidades e diz que católico sim, mas jamais escravo das leis católicas com um Estado laico, portanto, ali ele foi muito duro no debate. Faço idéia do que esse homem passou naquela época, porque hoje, 60 anos depois, a gente ainda está sofrendo problemas imensos nessa discussão, imagine naquela época, de uma baixíssima qualidade do status da mulher (Entrevista nº 01. Promotor de justiça / pós-doutor direito e em medicina).

Considerando-se as disputas entre juristas e religiosos, e os comentários de Nelson Hungria sobre o Código Penal, pode-se dizer que os permissivos legais foram uma conquista do pensamento mais avançado em relação ao conservadorismo religioso.

Eu não estudei isto, o que poderia ser o motivo maior para que se aprovasse essa lei. Mas o Estado novo já ensaiava bastante essa separação entre Igreja e Estado. Já buscava uma legislação mais moderna e mais autônoma, mais independente. Não sei se os casos estavam acontecendo e estava-se legislando em cima da realidade. Eu não tenho dados para dizer se na época foi pior, ou muito pior do que hoje, ou se a situação era mais premente do que hoje para que a lei fosse estabelecida. Eu não me aprofundei não. Mas Estado novo era uma ditadura, não? E ditaduras normalmente não ligam muito para as posições das igrejas e teve mais ousadia e liberdade nesse ponto (Entrevista nº 07. Membro do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs).

Apesar do poder que a Igreja católica sempre exerceu junto ao Estado e à sociedade, e de ter apoiado Vargas desde o início, sua influência não foi suficiente para barrar os

permissivos legais. Em 1940 sua força era confrontada com a força do Estado, um Estado ditatorial, mas com uma base social de apoio bastante ampla.

Institucionalmente, os permissivos legais constituem um direito da mulher, o que foi estrategicamente aproveitado pelo movimento de mulheres a partir dos anos 1970, mas não foi propriamente uma conquista das mulheres da época, nem espelha uma concepção vigente em 1940 de direitos da mulher baseada em autonomia e liberdade.

Não, não se tratava mesmo, de forma nenhuma. Até porque toda a legislação espelha isso. Você tem o permissivo legal, mas você não tem na legislação como um todo uma visão dos direitos das mulheres. Muito pelo contrário, não é? Temos um entulho de legislação conservadora ainda tendo que ser revista no legislativo e em outros lugares (Entrevista nº 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

Segundo Carvalho (2004), “apesar de tudo não se pode negar que o período de 1930 a 1945 foi a era dos direitos sociais” mas isso não se aplica aos direitos específicos da mulher. Também não sendo uma demanda das mulheres, o aborto legal talvez não tenha sido recebido como uma conquista, mas como um ato de proteção garantido pelos homens, que socialmente tinham a função de proteger as mulheres, de zelar pela honra da família e seu bem estar.

CAPÍTULO III: DO SILÊNCIO ÀS VOZES FEMINISTAS CONTRA A VIOLÊNCIA E PELA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

1. Movimento de mulheres: novo sujeito social nos anos 1970 e sua consolidação no cenário político brasileiro

1.1. Décadas de mudanças e rupturas: 1950-1960

A emergência de um amplo movimento de mulheres, e do movimento feminista, no Brasil nos anos 1970 foi precedida de grandes mudanças estruturais, políticas e culturais. Os anos 1950 e 1960 foram marcados pelo aumento da urbanização, pelo avanço do processo de industrialização que vinha sendo desenvolvido desde a primeira gestão Vargas e por grande mobilização sociocultural. Além disso, em 1964 instala-se a ditadura militar que permanecerá no governo por duas décadas consecutivas, causando grande impacto sobre os movimentos sociais, reprimindo-os e ao mesmo tempo levando-os a lutarem juntos pela democracia.

Aproximadamente dois anos após o suicídio de Getúlio Vargas, Juscelino Kubitschek, popularmente chamado JK, assume a presidência em 31 de janeiro de 1956. O Programa de Metas de seu governo representa um novo impulso modernizador e, numa perspectiva desenvolvimentista, pretende realizar cinquenta anos em cinco, segundo a propaganda oficial. Os investimentos priorizaram seis áreas: energia, transportes, alimentação, indústria de base, educação e a construção da nova capital do país. Brasília era um símbolo de modernidade, uma cidade planejada e diferente de qualquer outra. Segundo historiadores, os anos JK foram de otimismo e altos índices de crescimento econômico, superados somente no período do “milagre brasileiro”. Foi criada a Superintendência do Nordeste (Sudene) para promover o planejamento da industrialização no Nordeste. O governo buscou atrair recursos externos oferecendo facilidades para os investidores, o que levou à instalação de grandes empresas internacionais como a Willys Overland, a Ford, a Volskswagen e a General Motors no ABC paulista. Este processo parece ter interferido na organização dos trabalhadores, cuja tradição era de militância no setor público. O sindicalismo encontrava dificuldade de penetrar no trabalho industrial, o que era algo novo para a maioria. O governo enfrentava problemas no controle do déficit público e da inflação, que aumentavam, e não podia adotar medidas drásticas, pois tinha enfatizado desde o início que governaria com desenvolvimento e ordem. JK tinha apoio dos militares, que, no entanto, não formavam uma categoria homogênea. Enquanto alguns oficiais simpatizavam com os comunistas, outros defendiam o golpe militar como estratégia de purificação da democracia, de renovação das instituições e para impedir a instalação de uma república sindicalista ou comunista (FAUSTO, 2001).

As disputas e as críticas eram contornadas com habilidade pelo presidente. E um dos exemplos é sua resposta a Assis Chateaubriand, contrário à construção de Brasília. Dono de uma cadeia de Jornais e da TV Tupi (a primeira a ser instalada no país), Chateaubriand pensava que o Brasil deveria continuar como exportador de matéria prima e afirmou em um

artigo de jornal que o presidente deveria trabalhar duro e cuidar de arranjar titica de galinha para adubar os cafezais. Segundo Fernando de Moraes, JK respondeu ao artigo malcriado com um convite para o jornalista ir à Brasília, ainda não inaugurada, participar da recepção ao presidente dos Estados Unidos, Dwight Eisenhower (MORAIS, 1994). JK tinha um estilo próprio de governo e chegou ao fim do mandato sem maiores turbulências. Segundo Pereira, a meta econômica permaneceu uma prioridade, o governo atraiu o capital estrangeiro e consolidou o capitalismo dependente nacional. A política social, com prioridade para a educação e apoio ao desenvolvimento das comunidades, era percebida apenas como investimento no capital humano (PEREIRA, 2002).

Os anos 1960 começam com a posse de Jânio Quadros. Um presidente quase alegórico que desagradava direita e esquerda e adotava medidas pequenas demais para a estatura do seu cargo, como a proibição do uso de biquíni, lança perfume e briga de galo. Sua renúncia, jamais explicada claramente, deu lugar a uma batalha pela garantia da constitucionalidade que assegurou a posse de João Goulart. Foi um momento difícil para o governo, com intensa pressão popular e aumento significativo de movimentos grevistas, que se deslocaram do setor privado para o setor público. O Estado quer assumir o papel de articulador dos intelectuais, da classe operária e da burguesia nacional em torno de uma proposta de ideologia nacionalista que pretende realizar reformas de base com o objetivo de reduzir as desigualdades, no que encontrou muitas resistências das classes dominantes. Um grupo das forças armadas na Escola Superior de Guerra, com apoio dos Estados Unidos que viviam em plena guerra fria, vinha desenvolvendo uma doutrina de segurança nacional. Daí surge a convicção de que um movimento armado é a melhor opção para conter o avanço do comunismo no país, ameaça que ficara mais forte com a revolução cubana. A Igreja Católica se dividia entre progressistas, vinculados à teologia da libertação, e os conservadores. Em março de 1964, as associações das senhoras católicas ligadas à ala conservadora da Igreja organizam a marcha da família com Deus pela Liberdade. Reunindo 500.000 pessoas elas dão uma demonstração do apoio que os partidários de um golpe poderiam ter na sociedade (FAUSTO, 2001).

Para seus partidários, o golpe militar de 31 de março tinha o objetivo de livrar o país da corrupção, do comunismo e restaurar a democracia, mas inaugurou um longo período de ditadura que ficou conhecido como os anos de chumbo. O poder do Congresso foi reduzido até o seu fechamento com o Ato Institucional Nº 5. A perseguição, a tortura, as prisões, a expulsão de funcionários das instituições estatais, a cassação de direitos políticos, o exílio e a invasão das universidades, são o retrato daqueles anos. A ditadura aproveitou o momento internacional propício para garantir um grande crescimento econômico, em particular no período de 1969 a 1973, quando se chegou à média anual de 11,2% de crescimento do produto interno bruto (PIB). Registrou-se neste período um grande avanço da indústria automobilística, a inflação estava em baixa e o consumidor tinha mais acesso ao crédito (FAUSTO, 2001). Até 1974 os militares priorizaram o projeto de eficiência econômica e investiram na repressão dos direitos civis e políticos para consecução de seus objetivos. Somente a partir de 1975, demonstra-se

uma certa preocupação com a pobreza, certamente com o propósito de legitimar o governo militar (PEREIRA, 2002), pressionado pela alta resistência da sociedade ao governo.

O sucesso econômico não foi capaz de silenciar as vozes que ecoaram dentro e fora do Brasil desafiando autoridades, denunciando a repressão política e a desigualdade social. Dom Hélder Câmara, arcebispo de Olinda e Recife foi uma delas. No *Palais des Sports*, em Paris, quando perguntado o que acontecia no Brasil, ele respondeu que iria falar de um crime muito conhecido dos franceses, do qual foram culpados na guerra contra a Argélia, a tortura, e descreveu o que se passava no Brasil. Ele foi considerado um traidor pelos militares e simpatizantes da ditadura. Sua casa foi metralhada e ele recebia diariamente ameaças pelo telefone, mas não se intimidou (FALLACCI, 2004). Citamos Dom Hélder pela importância de sua atuação política, sabendo, porém que não caberia nestas páginas a lista de pessoas e instituições que denunciaram o regime militar e suas práticas.

Além das mudanças econômicas e políticas, consideramos de grande importância para a configuração dos movimentos sociais e do feminismo dos anos 1970, as mudanças tecnológicas e culturais, seja na música, no teatro ou nas artes em geral. Mudam os costumes, mudam as mentalidades. Como diz Augusto de Campos:

A década de 1950 se assinala por uma série de surtos revolucionários no mundo da técnica e da cultura. Pausa para reflexão e síntese, depois do flagelo da guerra, momento propício a um balanço radical de tudo-que-fora-feito na primeira metade do século, impunha-se um *recommencer à zero*. E assim foi. Do após bomba com a revolução do be-bop, vinham já o LP e a TV. Depois do Bop veio o Bip. São desta década os primeiros Sputniks. O XX Congresso e a Destalinização. A Revolução Cubana. Brasília, a poesia concreta e a música eletrônica. A Bossa Nova (CAMPOS, 1978, p. 179).

No final dos anos 1950 a música brasileira passa por uma típica revolução com o lançamento de “Chega de Saudade”, canção escrita pelo então diplomata Vinícius de Moraes, com música de Tom Jobim. Ao gravá-la João Gilberto provoca duas grandes rupturas: em primeiro lugar a sua voz suave rompe o padrão dos grandes cantores da época, e em segundo, com uma nova forma de tocar violão ele leva ao público os primeiros acordes da bossa nova. Para os grandes nomes da música popular brasileira nas últimas quatro décadas, Caetano, Chico Buarque, Gil, Edu Lobo, Carlos Lira, entre outros, aquela canção era diferente de tudo que jamais tinha sido feito na música popular. A nova música brasileira passou a falar de coisas cotidianas, deixando de lado a tristeza, o lamento de amor, e as clássicas e machistas histórias de traição. O espírito de novidade que se irradiava a partir de jovens de classe média do Rio de Janeiro contagiou o país (CASTRO, 1990) com a expansão da televisão e seus programas musicais. Versões do rock internacional popularizam este ritmo em meados dos anos 1960, principalmente com o programa Jovem Guarda comandado por Roberto Carlos.

As diferentes tendências da música brasileira não conviviam naquele momento em perfeita harmonia. Tensões e críticas associadas a supostas ou reais divergências políticas são analisadas nos estudos que abordam a bossa nova, a nova e a velha música popular, o iê-iê-iê, o tropicalismo, a exemplo do cuidadoso trabalho “Balanço da bossa e outras bossas”, de Augusto de Campos (1978).

Dez anos depois da bossa nova, em 1968, os baianos Caetano, Gil, Gal Costa, Tom Zé, Rogério Duprat e Torquato Neto, com a participação dos Mutantes, lançam o disco Tropicália ou *Panes et Circenses*, criando o tropicalismo (SEVERIANO & HOMEM DE MELO, 1998). Caetano escreve e canta Tropicália, homenagem e crítica à Brasília, que em suas palavras era “a capital-monumento, o sonho mágico transformado em experimento moderno, e quase desde o princípio, o centro do poder abominável dos ditadores”. Para ele, o golpe era percebido pelos artistas como a decisão de sustar o processo de superação das desigualdades sociais, submetendo-se ao poderio norte-americano e ao livre mercado. Apesar da repressão nas universidades e da censura, o ambiente estudantil era politizado e a esquerda sem dúvida dominava a produção cultural. A música popular funcionava como uma arena de decisões políticas importantes, com os festivais fazendo a interseção entre o mundo estudantil e a massa de telespectadores. Com o suporte da imprensa afirmava-se o sentido da justiça social e o avanço da modernização (VELOSO, 1997). Na educação, no começo dos anos 1960, Paulo Freire cria um novo método, que valoriza o sujeito, seu trabalho, sua inserção social, a troca entre docentes e discentes, a crítica aos preconceitos e às ideologias, promovendo a autonomia. Desenvolve-se o teatro do oprimido de Augusto Boal e o cinema de Glauber Rocha. A potência destes movimentos deu suporte à forte resistência que os artistas e a sociedade brasileira ofereceram à ditadura.

Neste período critica-se a cultura cristã de repressão moral e surge uma nova política do corpo, de expressão do prazer, de vivência livre da sexualidade e do amor. Entre os anos 1960 e 1970, a juventude brasileira foi profundamente influenciada pelos movimentos internacionais dos hippies, da revolução sexual, da luta pela paz e pela proteção do meio ambiente. Novas possibilidades apresentavam-se para homens e mulheres que até então estavam enquadrados em modelos rígidos de masculinidade e feminilidade. Os rapazes inauguram o uso do brinco, dos cabelos longos, das calças apertadas e dos colares. Já as mulheres adotam novas posturas em casa e no trabalho, usam modelos unissex, minissaia, e deixam o corpo à mostra.

São exemplos radicais destas mudanças, a famosa exposição da barriga grávida de Leila Diniz num minúsculo biquíni para os padrões da época, e a não menos provocante entrevista que ela deu ao Pasquim em 1969, aos vinte e quatro anos, falando do amor livre, do prazer de amar, de ter vários homens e de não se preocupar com a estabilidade de um casamento. A entrevista surpreendeu os militares em campanha pela moral e os bons costumes. Irritados, eles acharam ali o pretexto para decretar a lei de censura prévia à imprensa, chamada de Decreto Leila Diniz. Essas atitudes libertárias, que contestam a moral sexual que oprime as mulheres, têm impacto na cultura e nos costumes, mesmo que nem todas as mulheres que as expressem se considerem feministas, ou adotem uma postura de defesa das várias formas de expressão da sexualidade, como propõe o feminismo. Leila Diniz foi símbolo de uma mulher livre por fazer o que queria da sua vida e viver livremente sua sexualidade, embora não visse com simpatia outras formas de expressão da sexualidade, como o lesbianismo (CABRAL, JAGUAR, CASTRO et al., 2004).

No plano internacional, nos anos 1960, o feminismo, movimento contestatário, afirma: o pessoal é político. Com isso, ele questiona a divisão estabelecida entre as esferas pública e privada, trazendo para o campo da política questões vistas como específicas do privado (COSTA, 2005). Este questionamento é fundamental na crítica feminista sobre o lugar e o valor atribuídos socialmente à mulher, e à desigualdade das relações de gênero.

No Brasil, um movimento consciente da opressão e discriminação da mulher, que apresenta uma proposta abrangente e libertária para as mulheres, emerge na década seguinte, nos anos 1970, é o movimento feminista. Está no centro deste movimento a idéia básica de desnaturalização da mulher, bem expressa na frase de Simone de Beauvoir: não se nasce mulher, torna-se mulher. Com isso afirma-se que ser mulher ou homem são construções do social, da cultura e da história. Assim, o estabelecido é passível de mudança e é isso que as mulheres reivindicam.

No tópico seguinte, ao tratarmos da emergência do movimento de mulheres no Brasil falaremos do conjunto de grupos e ações promovidas por mulheres organizadas, feministas ou não, em defesa da democracia, das liberdades fundamentais, dos direitos humanos e, neste contexto, dos direitos sexuais e reprodutivos. Importa-nos, sobretudo delinear o surgimento do movimento de mulheres em sua forma mais ampla, como ator político capaz de dialogar com a sociedade e com o Estado. No entanto, a preocupação com a formulação e com a implementação da lei sobre o aborto no Brasil impõe a distinção entre movimento de mulheres e movimento feminista, dando maior enfoque à ação dos grupos que se autodenominam feministas, porque são estes que afirmam o aborto como direito e que reivindicam a legalização e a implementação de políticas de atenção à mulher que aborta.

2. Em cena o movimento de mulheres: dos anos 1970 a 2000

2.1 Movimento de mulheres e movimento feminista

Em meados dos anos 1970, em um contexto de ebulição cultural e em plena ditadura militar emerge a segunda onda do movimento feminista no Brasil. As reivindicações deste momento são fortemente influenciadas pela teorização feminista que vem sendo elaborada desde o final da década de 1950. Se, desde o Século XIX, tendo como referência a revolução francesa, as mulheres reivindicaram a cidadania e direitos iguais aos homens, é nos anos 1960 e 1970 que a teoria feminista elabora uma proposta de ruptura com a ordem social vigente, criticando a desigualdade das relações sociais baseadas na dominação de sexo, que hierarquiza as relações de gênero como relações de poder, e constitui uma das bases fundamentais da ordem liberal. Também neste momento, as mulheres retomam com vigor o debate sobre as questões da reprodução e da sexualidade (ÁVILA & CORREA, 1999).

No Brasil, o movimento feminista que desde o início se denomina movimento de mulheres, expande-se no diálogo e no trabalho articulado com os grupos oriundos de camadas populares, constituindo-se em um movimento interclasses. A articulação dos grupos feministas

com as organizações de bairro e com os grupos ligados à ala progressista da Igreja Católica e sua atuação conjunta contra a ditadura conferem características particulares a este movimento social, influenciando estratégias e alianças em diferentes momentos históricos (Sarti, 2004). Como em outros países da América Latina que também estão sob regime de governos ditatoriais, o feminismo brasileiro está inserido nos movimentos de oposição.

Distinguir o movimento de mulheres do movimento feminista não é tarefa fácil, porque há muitos pontos de interseção entre eles, mas pode-se observar nesse conjunto diferenças importantes em termos conceituais e conseqüentemente políticos. Identificamos na leitura de diversos textos e em alguns dos depoimentos colhidos, nesta pesquisa, duas perspectivas de atuação política: a dos grupos de mulheres que lutam por mudanças estruturais e melhores condições de vida sem questionamento da discriminação de gênero, dos papéis e funções atribuídos à mulher, com os quais muitas se identificam, e a atuação dos grupos feministas que questionam os modelos e comportamentos pré-estabelecidos, as representações sociais dos papéis de gênero e que defendem a idéia de que a luta contra a discriminação social da mulher não se esgota na luta por mudanças estruturais. Segundo Alvarez, em citação feita por Costa (2005), o movimento feminista distingue-se de outros movimentos de mulheres pela crítica aos papéis de gênero, pela horizontalidade de sua organização, não havendo, portanto instâncias hierárquicas superiores a quem os grupos devam seguir na tomada de decisão e na definição de suas ações, e, pela autonomia frente a outros movimentos, organizações e ao próprio Estado.

Apesar das diferenças, os grupos de mulheres, organizados, atuam em conjunto em muitas frentes e querem influenciar a política, a economia e a cultura na direção de um mundo justo e igualitário. Segundo Ardaillon (1997, p.07) os movimentos de mulheres (clubes de mães, associações de donas de casa etc) e o movimento feminista estão intrincados desde os seus primórdios tentando promover novas formas de vida e de olhar o mundo, tanto pela conscientização das mulheres a respeito de uma ordem hierarquizada de sexo, quanto pela obtenção por parte do Estado de instrumentos burocrático-jurídicos. Por outro lado, Rago (2003), argumenta que a articulação das feministas com os movimentos de mulheres que lutavam contra a carestia, pela instalação de creches, e por transportes urbanos, foi muito lucrativa para os dois grupos. Para as primeiras porque atingiam um número muito maior de mulheres e, para o movimento popular da periferia das grandes cidades, porque permitia a emergência de questões que espontaneamente elas não trariam, como as referentes à moral sexual, ao corpo, à saúde, à violência doméstica.

Essa troca não foi fácil, sobretudo no início e principalmente em relação ao tema do aborto. Tanto porque as mulheres não falam facilmente sobre o tema, quanto pela relação dos movimentos populares com setores progressistas da Igreja Católica.

Em São Paulo, o movimento feminista nessa época tinha um vínculo muito forte com mulheres de setores populares. Forte mesmo, tanto que nós fizemos o Congresso da Mulher paulista com 3000 mulheres. Não era qualquer coisa. Imagine, década de 70, ditadura militar etc. Então a grande restrição era falar nesse tema [aborto] uma vez que nós estávamos formando uma aliança vista como muito estratégica

com setores populares e setores que nós conseguimos ter interlocução e organização, setores formados na base católica progressista (Entrevista nº 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

Atualmente, mesmo no interior do movimento feminista, não se fala de homogeneidade. Feminismo no singular ou plural? Costa (2004) responde: no plural, em um texto intitulado “Movimentos feministas, feminismos”, em que fala da vitalidade e da enorme força de propagação das **idéias libertárias e igualitárias dos feminismos**, quando o poder das mulheres vem à tona em luta por este ou por aquele direito. A autora cita a reação conservadora organizada, em particular nos Estados Unidos, com apoio dos fundamentalistas evangélicos e da Casa Branca, contra as idéias e práticas feministas, certamente um indicador desta vitalidade. No entanto, embora reconheça a força dos **feminismos**, ela levanta uma importante discussão sobre as tensões que esgarçam a convivência das mulheres, em razão das diferenças de classe, de status profissional, de raça-etnia e de geração. A autora afirma que nem mesmo o ideal de sororidade que tem presidido os movimentos feministas resiste a estas tensões. Pois, para ela, se por um lado o conceito de patriarcalismo foi importante para a tomada de consciência das relações de poder entre os sexos, no que concerne às mulheres ele tem contribuído para a invisibilidade de muitas diferenças.

Cabe destacar ainda, que embora seja visível a mudança da sociedade em relação às mulheres e suas conquistas ao longo do século XX, grande parte da população feminina não se identifica com o termo feminismo. No Brasil, muitas jovens não reconhecem as mudanças na vida das mulheres como fruto de lutas feministas e desconhecem a história do feminismo. Isto não significa que o movimento feminista não tenha influenciado as instituições, políticas e principalmente o modo de pensar, nem que suas idéias não estejam sendo apropriadas por um número cada vez maior de mulheres (RAGO, 2003). Este desconhecimento ou, a não identificação de mulheres com o feminismo, não é um fenômeno exclusivo do Brasil. A questão é tratada no debate entre feministas americanas “Vamos falar a verdade sobre o feminismo”, traduzido e publicado em 1994 pela revista Estudos Feministas²⁵.

Embora reconheçamos a importância destes debates, as tensões internas dos movimentos feministas, assim como a não identificação de muitas mulheres com o feminismo, não são objetos específicos de análise neste trabalho. O que nos interessa em particular é situar a emergência dos grupos feministas e de mulheres, de uma maneira geral, como sujeitos políticos que emergem nos anos 1970 com idéias próprias e com força suficiente para provocar mudanças sociais. E, ao nosso ver, um dos indicativos destas mudanças é a oposição organizada da direita, articulada nas mais altas esferas de poder internacional, combatendo as idéias feministas.

Outro aspecto a ser destacado são as mudanças ocorridas ao longo do tempo nas demandas e práticas feministas e talvez estas mudanças influenciem a percepção que se tem do feminismo, Como afirma Costa (2005), o movimento feminista mudou no Brasil e no mundo, não só em relação às demandas originais do voto e da emancipação ainda no século XIX,

²⁵ Debate entre várias feministas, publicado originalmente pela Revista Ms., nos Estados Unidos em 1993, e no Brasil pela Revista Estudos Feministas. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ. [Vol. 02. nº3/94].

como também nas últimas quatro décadas. Para a autora as mudanças são decorrentes de conquistas, que por sua vez levam a novas demandas e assim por diante, numa dinâmica que não é percebida por quem não vivencia as entranhas deste movimento.

Concordamos com Costa (2005) quando a autora contesta que o feminismo morreu, afirmando que ele está mais vivo do que nunca, ao observar a expansão de centros de estudos relacionados ao gênero nas universidades brasileiras, o número crescente de pesquisas, dissertações e teses sobre o assunto nas últimas duas décadas, assim como de organizações, redes feministas e da participação de um grande número de mulheres em mobilizações e conferências nacionais e internacionais. Além disso, ampliaram-se estratégias de incorporação da mulher em setores onde a presença masculina é dominante, a exemplo dos partidos políticos e no congresso com a política de cotas para mulheres candidatas a cargos legislativos. Outro exemplo é a existência de órgãos responsáveis pela inclusão do gênero nas políticas públicas na estrutura de governo em estados e municípios. Tudo isso concorre para a divulgação das idéias e implementação das propostas do feminismo, ainda que nem sempre esta vinculação seja percebida.

No Brasil, os grupos feministas surgem da classe média intelectualizada e sofrem críticas de diferentes setores. No início, suas propostas foram consideradas imorais pela direita que defendia “os bons costumes”. Para a esquerda, embora muitas feministas fossem militantes marxistas, estivessem ou tivessem estado na clandestinidade ou exiladas, o feminismo era uma proposta reformista burguesa. Na sociedade em geral, para muitos homens e mulheres, feminista e feminina eram antônimos (SARTI, 2004). No contexto destas reações cria-se o estereótipo da feminista como mulher feia, mal-amada, agressiva, que não gosta dos homens e não aceita ser mulher, o qual ainda hoje, embora em menor grau, se manifesta em debates públicos e privados. São reações à ousadia de mulheres que desafiam uma ordem estabelecida onde seu lugar é definido em relação a um outro. O questionamento do ser mulher implica no questionamento deste outro, o homem. Talvez um dos motivos desta forte reação seja a possibilidade de vazio que se coloca para os homens quando se defrontam com esta nova mulher. Sem saber quem ela é, os homens também não sabem mais quem são eles.

Surgem dúvidas e desconforto acerca das novas identidades, do próprio feminismo e do que ele propõe. Por isso, antes de entrar na discussão sobre as reivindicações, estratégias e ações dos grupos feministas no Brasil, falaremos sobre o feminismo e suas origens, ainda que sumariamente, pois o assunto é vasto e não poderíamos fazê-lo aqui em profundidade.

2.2 Considerações sobre o feminismo

Raquel Gutiérrez (1985) nos dá uma síntese do que é e do que não é o feminismo. A autora afirma que este movimento não é um machismo às avessas porque não pretende substituir uma opressão por outra, mas sim uma proposta de libertação para homens e mulheres, para que ambos os sexos possam desenvolver plenamente suas potencialidades; também não é uma ação de mulheres mal-amadas conforme a crítica de muitos, pois se assim

o fosse, pergunta ela, onde se encontram as bem-amadas numa sociedade regida pela desigualdade de sexo e de classe? Também não é uma luta específica desarticulada de uma perspectiva crítica mais ampla da sociedade e do modo de produção capitalista que se alimenta com a discriminação do trabalho segundo o sexo, com a divisão entre público e privado, com a distribuição desigual das tarefas domésticas conforme o padrão tradicional de família que escraviza a mulher. O feminismo, segundo Gutiérrez, é um novo humanismo que dignifica a mulher, mas também o homem; que acredita que a verdadeira história começará quando a mulher passar de objeto do homem a sujeito da história junto com ele; quando a família deixar de ser prisão da mulher; quando homens e mulheres dividirem sem preconceitos as tarefas domésticas e o cuidado das crianças; quando a sexualidade puder ser encarada como fonte de prazer e expressão de alegria; quando ambos os sexos tiverem as mesmas oportunidades de realização.

Para alguns autores o feminismo nasce nos Estados Unidos, nos anos 1960, para outros, com a Declaração dos Direitos do Homem na Revolução Francesa, pela crítica radical de Olympe des Gouges à discriminação das mulheres nesta declaração.

Com o termo feminismo define-se um movimento e um conjunto de teorias que objetivam a libertação da mulher. Iniciado em meados dos anos 1960 nos Estados Unidos, ele avança rápido nos países industrialmente avançados entre os anos 1968 e 1977 (BOBBIO, MATEUCCI & PASQUINO, 1991, P. 486). Estes autores classificam as demandas feministas em **emancipatórias**, ou seja, relacionadas à busca de igualdade jurídica, política e econômica que predominam no século XIX e em **libertárias**, que afirmam a diferença da mulher, porém não no sentido de desigualdade ou complementaridade, mas com o sentido de alteridade, de busca de valores capazes de produzir uma completa transformação da sociedade.

Esta distinção ajuda a situar as demandas feministas, mas na prática dos grupos, em suas estratégias e na teoria produzida, igualdade e diferença têm estado presentes numa tensão não resolvida. Para algumas feministas não se trata de resolvê-la, mas sim de trabalhar com o paradoxo, com a busca de igualdade e convívio com a diferença.

Segundo Ardaillon (1999), o feminismo como movimento político nasce com a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Esta declaração produz ambigüidades na concepção de igualdade entre os indivíduos, na medida em que desconsidera a diferença entre cidadãos de sexos diferentes ao tratá-los como um ser humano “universal” que, no entanto, não existe numa forma assexuada. Embora os queiramos iguais em direitos e deveres, estes seres apresentam necessidades diferentes que devem ser consideradas na execução de políticas comuns a todos. Contra a discriminação das mulheres eleva-se a voz de Olympe de Gouges que reivindica direitos políticos no contexto das revoluções liberais no final do século XVIII. Com ela, a demanda de direitos iguais caminha junto ao respeito às diferenças. A diferença sexual das mulheres, contrariamente à opinião vigente, não podia sustentar a sua ausência na política e ao mesmo tempo implicava em direitos específicos que mereciam reconhecimento. Por desafiar a revolução expandindo sua imaginação criadora esta mulher foi condenada à morte na guilhotina aos 45 anos. Meio século depois, Jeanne Deroin, socialista,

acentua o feminino e compreende a diferença entre os sexos como base da igualdade. Já Hubertine Auclert será a típica sufragista que reclama a participação política das mulheres e defende os valores da república. Outras feministas terão opiniões diferentes. Madeleine Pelletier percebe o sujeito de direitos como praticamente assexuado, para quem, o feminismo não deve melhorar a condição da mulher, mas deve dissolver esta categoria. Nos anos 1920 ela revolta-se contra o movimento em favor da natalidade instalado após a I Guerra Mundial e defende o direito à anticoncepção e ao aborto. Nessa discussão o que parece ser um paradoxo do movimento feminista, igualdade e diferença, não deve ser visto necessariamente como um defeito ou algo a ser eliminado do debate. Veremos que em diferentes partes do mundo, como no Brasil dos anos 1930, e em diferentes momentos históricos, essa discussão estará presente.

No centro da discussão feminista está a opressão de todas as mulheres, que se manifesta nas estruturas e superestruturas, assumindo formas diversas nas várias classes sociais, e que não se pode resolver com mudanças jurídicas nas sociedades liberais nem tampouco com a revolução econômica a despeito das previsões socialistas. O Feminismo recusa o conceito de desigualdade natural e de inferioridade, denuncia os conflitos das relações entre os sexos e reivindica a igualdade contrapondo-se às situações encontradas e originadas em cada organização social e condição histórica das mulheres (BOBBIO, MATEUCCI & PASQUINO, 1991). Esta opressão não é recente na história da humanidade.

Aristóteles, um dos mais importantes pensadores gregos, que produziu uma obra sem precedentes influenciando diversas áreas do conhecimento, nos apresenta um belo exemplo da discriminação da mulher. Falando sobre o casamento e a educação afirma: a mulher está para o homem como o escravo para o seu senhor. A mulher é um homem inacabado que foi deixada de pé num degrau inferior do desenvolvimento. O macho é, por natureza, superior e a fêmea inferior, um governa, a outra é governada e este princípio se estende a toda humanidade. Critica a República de Platão onde as mulheres ficam mais iguais aos homens e a suposição de Sócrates de que a mulher é tão corajosa quanto o homem, pois a coragem do homem mostra-se no comando e a da mulher na obediência. Para ele, o silêncio é a glória da mulher (DURANT, 2000, p. 97). Esta misoginia não passa despercebida pelas mulheres. Já na primeira metade do século XVII quando três estudiosas venezianas estudam a condição feminina no seu tempo, uma delas, Lucrecia Marinelli, encontra nas teorias de Aristóteles as origens de um certo antifeminismo cultural, pois, segundo o filósofo as diferenças qualitativas naturais determinariam o papel social da mulher. Elas questionam **a ausência de registro das obras e ações das mulheres** nos registros históricos masculinos e também as dificuldades inerentes à uma condição em que **não se tem liberdade econômica nem instrução**. Na Itália somente em 1723 foi posto em discussão se as mulheres deveriam ser admitidas ao estudo das ciências e das artes nobre (BOBBIO, MATEUCCI & PASQUINO, 1991).

Muitas pesquisas demonstram que as mulheres não viveram a opressão em silêncio, que não é recente a consciência das mulheres acerca de sua condição social de subalternidade, assim como do valor do conhecimento e do acesso ao poder político para

mudança desta condição. Esta é uma das bases das primeiras lutas feministas pelo direito à educação e pela emancipação política.

2.3 A emancipação das mulheres no Brasil

No Brasil, a organização das mulheres pelos seus direitos não é um processo linear. Registram-se manifestações desde o século XIX, e no século XX, após a grande mobilização das primeiras décadas, observa-se um período de refluxo vinculado às ditaduras e uma segunda onda feminista que teve início nos anos 1970 e não arrefeceu até os dias atuais.

A luta pela emancipação feminina no Brasil no século XIX contempla o direito das mulheres à educação e do voto. Até então, as brasileiras não podiam votar e aquelas que pretendessem ter acesso aos estudos superiores e às profissões liberais teriam que sair do país, como foi o caso da primeira médica brasileira, Maria Augusta Generosa Estrela, formada em 1882, que aos 16 anos foi estudar medicina nos Estados Unidos. O reconhecimento profissional desta jovem e a repercussão do seu caso na imprensa causaram grande impacto na sociedade, contribuindo para a alteração dos critérios de ingresso nos cursos superiores. Em 1879, uma reforma no ensino aprovada no parlamento permitiu a matrícula de mulheres nas faculdades (SCHUMAHER & BRAZIL, 2000).

Nesta época, a educação das mulheres visava melhorar a educação dos filhos e manter os padrões morais adequados às famílias tradicionais, ou seja, para melhor desempenho dos tradicionais papéis de gênero. A dificuldade de acesso à educação comprometia a participação política das mulheres, o que era facilitado aos portadores de diploma. A oposição da sociedade à educação superior das mulheres refletia o espírito da época. Questionava-se a capacidade da mulher dedicar-se à profissão e ao cuidado dos maridos e dos filhos, principalmente se sua profissão tivesse a importância do direito ou da medicina. A medicina não era profissão para mulheres, ferindo o recato e o pudor da mulher. Os homens que defendiam o emprego feminino nestas profissões o faziam para aquelas que não tinham sido escolhidas como esposas (HAHNER, 1994).

Em 1822, quando se proclamou a independência, o Brasil convivia com o tráfico de escravos, que se manteve até 1850, e ainda não existia o cidadão brasileiro. A cidadania, como a concebemos hoje, só toma forma após a Constituição de 1988, a Constituição Cidadã. No início do século XX, o cidadão comum dependia da justiça dos grandes senhores, ou ficava à mercê do mais forte. Funções públicas como casamentos, registros de nascimentos e óbitos estavam a cargo do clero católico. Não havia realmente um poder público que garantisse a igualdade de todos e os direitos civis. Na Constituição de 1824 podiam votar os homens acima de 25 anos e quem ganhasse no mínimo 100 mil réis, renda abaixo da média da época. As mulheres não votavam, nem os escravos, que não eram considerados cidadãos, mas podiam votar os analfabetos, que representavam grande contingente populacional. Um fato positivo é que houve eleições regulares de 1822 até 1930, embora a luta política fosse intensa porque estava em jogo o poder local, o poder do chefe político local. Em 1881 o voto torna-se

facultativo, elimina-se o direito ao voto dos analfabetos (80% da população masculina) e a renda exigida aumenta para 200 mil réis. As mulheres continuaram sem este direito, juntamente com os mendigos, os soldados e os membros das ordens religiosas. Segundo Carvalho, após a proclamação da república vivemos sob domínio dos coronéis. Os direitos civis eram inviabilizados e mais precários ainda eram os direitos sociais, ficando a assistência em mãos privadas ou sob responsabilidade da Igreja. Interessante notar que até 1930 não houve nenhum movimento para ampliar o direito ao voto, com exceção do movimento feito pelas mulheres, que, segundo Carvalho, era valente, mas limitado (CARVALHO, 2004). O movimento sufragista foi uma luta importante e bem sucedida. Inicialmente aprovado no Código eleitoral de 1932, este direito foi assegurado na Constituição de 1934.

Em 1888 a escritora Josephina Álvares de Azevedo, criadora do jornal feminista “A Família”, escreveu uma peça para teatro intitulada “O Voto Feminino”, texto considerado um emblemático da luta das mulheres por condições sociais e políticas mais justas para os dois sexos no Brasil. Embora aplaudida na sua primeira apresentação, a autora não teve apoio para outras apresentações e passou a apresentá-la em capítulos no seu jornal. Josephina defendia a educação das mulheres como instrumento de emancipação, mas suas idéias, divulgadas no teatro e no jornal, eram muito avançadas para a época e não tinham respaldo da sociedade, tornando-se uma experiência isolada (SOUTO-MAIOR, 1997).

Bertha Lutz foi uma de principais lideranças do movimento sufragista nos anos 1920. Ela assumiu a vaga de deputada federal após morte de Cândido Pessoa e apresentou o projeto do Estatuto da Mulher para reformulação da lei sobre o trabalho feminino, e para criação do Departamento da Mulher. Este último teve a oposição de Carlota Pereira de Queirós²⁶, que defendia a equiparação das mulheres aos homens em todos os planos, inclusive no político. Para Carlota, uma proposta de assistência exclusiva ao público feminino feria o princípio de equidade e representava um ato de discriminação sexual. Segundo historiadores ela temia na realidade a criação de um partido feminino e defendia propostas assistencialistas para as mulheres. Berta Lutz pensava diferente, ela acreditava que as mulheres não precisavam somente de assistência social e sua proposta era mais ampla, sendo voltada para a defesa das condições de trabalho e de vida da população feminina²⁷. A decretação do Estado Novo pôs fim à sua carreira política e reduziu a capacidade de mobilização da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, organização que dirigia, mas sua atuação em defesa dos direitos da mulher se manteve. Ela representou o Brasil em eventos internacionais e foi membro de entidades internacionais. Quando a ONU estabeleceu 1975 como Ano Internacional da Mulher, por indicação do movimento feminista internacional, Berta Lutz foi convidada a participar da

²⁶ Carlota P. de Queirós, médica, foi a primeira deputada federal da América latina. Quando São Paulo se mobilizou contra o governo provisório de Getúlio Vargas ela organizou, juntamente com a seção paulista da Cruz Vermelha, um grupo de 700 mulheres para prestar assistência aos feridos. Como parlamentar constituinte elaborou o primeiro projeto brasileiro sobre a criação de serviços sociais no Brasil. Teve intensa vida profissional e se posicionou a favor dos militares no golpe de 1964. (Schumacher & Brasil, 2000).

²⁷ Interessante notar que este debate pode ter sido o berço das discussões sobre políticas específicas para as mulheres que surgem com força nas últimas décadas do século XX e se materializam não só em políticas, mas também em mudanças na estrutura governamental, a exemplo dos Conselhos dos Direitos da Mulher e recentemente, em 2003, na criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres.

delegação do Brasil no I Congresso Internacional da Mulher, no México (SCHUMAHER & BRAZIL, 2000).

Apesar do esforço pela emancipação no começo do século, até os anos 1970 não se pode falar da existência de um movimento feminista organizado tal como o conhecemos hoje, com grande capacidade de mobilização, participação política, articulação e formação de parcerias. A ditadura Vargas e a ditadura militar tampouco favoreceram o avanço do movimento de mulheres. Mesmo assim, manifestações e atitudes feministas estão registradas em diversas publicações. Mariska Ribeiro (1995) ao analisar o trabalho da jornalista Carmem da Silva, afirma que durante 13 anos, a partir de 1963, ela respondia sua correspondência sem precisar “recorrer a pressupostos teóricos ou ideológicos para restituir a suas leitoras o implícito e o explícito em cada uma das cartas que recebia, que embora individuais revelavam cada vez mais a existência senão de um movimento, pelo menos de um sentir coletivo”. Esse sentir coletivo se revelava nos assuntos tratados pela jornalista: casamento, sexualidade, aborto e serão os temas que vão diferenciar o movimento de mulheres na segunda onda feminista do Brasil que tem início nos anos 1970.

2.4 A segunda onda feminista: anos 1970

Em 2005 comemoraram-se 30 anos ininterruptos do feminismo no Brasil, tomando-se como referência a instituição pela ONU do Ano Internacional da Mulher, que dá início à Década da Mulher (1975 a 1985), uma resposta à mobilização das mulheres e sua crítica radical ao papel tradicional da mulher na sociedade nos anos 1960-1970. Esta crítica baseava-se em Simone de Beauvoir que publicou na França “O Segundo Sexo” em 1949, e em Betty Friedan²⁸ que, com a publicação do livro “A Mística Feminina, em 1963, marcou uma nova etapa do feminismo nos Estados Unidos” (SCHUMAHER & BRAZIL, 2000).

Como parte das comemorações do Ano Internacional da Mulher realizam-se em São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, uma série de atividades públicas que reúnem mulheres interessadas em discutir a condição feminina em nossa sociedade à luz das novas idéias feministas (COSTA, 2005).

No Brasil, este novo feminismo surge num contexto de repressão política, nos anos de chumbo, de autoritarismo e cerceamento das liberdades democráticas, e se alia às lutas contra a ditadura política e contra o governo militar. Ao mesmo tempo em que se vivia uma violenta repressão que afetava a vida pública, cerceando a palavra e a ação, desfazendo os espaços de sociabilidade e interação social, multiplicavam-se os espaços em que se discutia o culto ao corpo e outras práticas inspiradas nos povos orientais. Este é um momento de ruptura com os antigos padrões familiares. As primeiras feministas questionavam acima de tudo as relações

²⁸ Betty Friedan morreu no dia 04 de fevereiro de 2006. Em 1966 ela fundou a Organização Nacional da Mulher para lutar pela igualdade de direitos entre os sexos. Ao seu trabalho são atribuídas muitas mudanças operadas na vida moderna, como a presença de mulheres em empregos considerados masculinos, a entrada da mulher na política e nas forças armadas, segundo nota publicada na Revista Matria, uma Publicação da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação, em 08 de março de 2006.

desiguais de poder entre os sexos e tiveram que enfrentar a oposição dos próprios aliados, parceiros na luta contra a ditadura, pela recuperação dos direitos políticos, pela anistia, pela democracia. Dentro dos partidos políticos de esquerda acreditava-se que a mudança estrutural libertaria as mulheres, mas as feministas além de não terem esta convicção, tampouco estavam dispostas a esperar a revolução e o socialismo para terem direitos iguais aos dos companheiros, e lutavam para que o discurso feminista não sucumbisse diante do peso do discurso tradicional da revolução. Muitas ativistas vinham do exílio forçado no exterior e tinham o marxismo como referência, a partir do que pensavam a relação entre os sexos. Esta perspectiva influenciava estratégias e táticas do movimento, levando ao trabalho de conscientização das mulheres pobres e à busca de sua iniciação numa linguagem marxista. Esta estratégia servia para consolidar o movimento e provar que era possível incorporar a dimensão feminina nas lutas sociais e mostrar que o movimento era sério e digno de confiança. Na segunda metade dos anos 1970 e início dos anos 1980 surgiram muitos grupos próximos ao campo marxista e aos grupos de esquerda, ao mesmo tempo abertos a outros horizontes teóricos, buscando uma linguagem capaz de orientá-las na construção de uma identidade própria das mulheres como novos atores políticos (RAGO, 2003).

Durante a ditadura as feministas mantiveram as discussões polêmicas – sobre a sexualidade, o aborto, o planejamento familiar - no âmbito privado do movimento, mas a partir do final dos anos 1970 e nos anos 1980, principalmente após a queda da ditadura, as mulheres reagem publicamente à “ditadura dentro de casa”, à desigualdade de gênero, à supremacia masculina, à violência sexual. Reivindicam a liberdade amorosa e o direito ao prazer na esteira da herança deixada da revolução sexual da liberalização dos costumes que mudaram o mundo na década anterior.

Em diversas partes do mundo, entre 1960 e 1970, e isto tem ressonância no Brasil, grupos feministas abriram espaço para uma discussão nova na sociedade, trazendo a público a opressão doméstica cotidiana e firmaram suas bandeiras políticas: “*o privado também é político*” e “*nosso corpo nos pertence*” (ÁVILA & CORREA, 1999). Esses grupos desenvolveram processos de reflexão em que buscavam reconstruir uma história coletiva baseada nas experiências pessoais de cada participante. Enfocava-se em particular a história da sexualidade, as práticas contraceptivas, as dificuldades de negociação com os parceiros, as experiências da gravidez, do parto e dos abortos, e a vivência do prazer ou desprazer nas relações amorosas (GRUPO CERES, 1981).

Conhecer o corpo é fundamental para o controle da própria sexualidade. Este era um dos objetivos dos grupos de auto-exame ginecológico, onde nas discussões se buscava recuperar saberes obscurecidos pela institucionalização da medicina e pela expropriação do conhecimento que as mulheres detinham sobre saúde. As práticas feministas nos grupos de reflexão, nas oficinas, nos grandes encontros de mulheres, eram vistas como formadoras de identidade, embora não houvesse uma identidade feminina pré-determinada a ser atingida. Nas décadas subseqüentes a este momento original, as mulheres se deparam com a sua

heterogeneidade de negras, brancas, indígenas, homo e heterossexuais, pobres e ricas, de diferentes classes sociais (SCHUMAHER & BRAZIL, 2000).

Em meio às diferenças, as feministas pretendem não só construir a própria história²⁹ presente e futura, como também resgatar e dar visibilidade à sua participação na vida social, cultural e política. No Brasil, estas intenções vêm se materializando, ainda que de maneira pontual, na formulação das políticas públicas e na inclusão do gênero como categoria norteadora de uma política afirmativa para as mulheres, tanto no sentido da elaboração de planos e projetos quanto na destinação de recursos financeiros para sua execução.

Nos anos 1980, alastram-se os grupos de mulheres, consolida-se o movimento de mulheres como força política e amplia-se a especialização numa perspectiva técnica e mais profissional. Estrategicamente busca-se influenciar políticas públicas por meio de canais institucionais, como a participação em conselhos ou a assunção de postos de chefia e gerências de programas e projetos em órgãos governamentais. Muitos grupos se transformam em Organizações Não Governamentais e trabalham com apoio de agências internacionais de cooperação e desenvolvimento, o que implica atender em certa medida suas prioridades. No Brasil, é significativa a participação dos grupos de mulheres nas discussões sobre a política de saúde, a pesquisa e a crítica às tecnologias reprodutivas, causando impacto na área médica. As mulheres ampliam sua participação na pesquisa acadêmica e os temas relacionados à mulher aumentam no mercado editorial. Além disso, instâncias específicas para tratar de políticas para mulheres são criadas no âmbito do Estado, a exemplo das Delegacias Especializadas e dos Conselhos da Condição Feminina em todos os níveis de governo (SARTI, 2004).

O avanço do movimento de mulheres no Brasil faz do eleitorado feminino alvo de interesse dos partidos de esquerda e de direita, que criam departamentos e comitês femininos. Antes da queda do regime militar não se coloca a possibilidade de estabelecer relações com o Estado, mas isso começa a acontecer a partir da eleição de governos democráticos. Em São Paulo, com a eleição do governador Franco Montoro, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) foi criado o Conselho Estadual da Condição Feminina, em abril de 1983. Com a eleição do presidente Tancredo Neves, a partir de uma articulação entre feministas do PMDB e o presidente no processo de transição, foi decidida a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Esse processo se deu em meio a dúvidas e questionamentos dos grupos feministas sobre a participação do movimento nas instâncias de governo e foi assunto discutido no VII Encontro Nacional Feminista de 1985, em Belo Horizonte. O CNDM teve um papel importantíssimo no processo constituinte. Conduziu a Campanha “Constituinte prá valer tem que ter palavra de mulher”, com o propósito de articular as demandas das mulheres. Em todo o país foram realizados eventos para definir as propostas que as mulheres (não somente as feministas) levariam ao Congresso. Essas propostas foram sistematizadas em

²⁹ Merece destaque a participação das feministas nas comemorações dos quinhentos anos de descobrimento do Brasil. Nesta ocasião foi realizado o projeto: Mulheres: 500 anos por trás dos panos, que resultou na publicação do “Dicionário das Mulheres” (Schumacher, & Brasil, 2000), uma obra de referência sobre o papel da mulher na sociedade brasileira.

um encontro com 2000 mulheres e apresentadas à sociedade e aos constituintes por meio da “Carta das Mulheres à Assembléia Constituinte”. Estrategicamente foi realizada uma ação direta de convencimento dos constituintes, o que na imprensa foi chamado o “*lobby do batom*”, o que contribuiu para que 80% das demandas fossem aprovadas. Foi o grupo organizado que mais vitórias conquistou. O “*lobby do batom*” influenciou o trabalho da bancada feminina que pela primeira vez atuou de forma articulada e suprapartidária na apresentação das propostas das mulheres (COSTA, 2005).

Vale a pena lembrar que as feministas tiveram que enfrentar a organizada e forte pressão da Igreja Católica contrária ao planejamento familiar e ao aborto, que pretendia incluir a proteção à vida desde a concepção. Para algumas feministas, esta foi uma das principais vitórias na Constituinte.

Na Constituinte, conforme as palavras de Ulisses Guimarães, o “*lobby do batom*” foi um dos mais eficientes. Em relação ao aborto, nossa briga toda foi para tirar [do texto final] desde a concepção (...) E isso foi a grande vitória. E isso foi impressionante porque quando a gente chegou na Conferência do Cairo é que a gente viu o quanto era importante na Constituição não existir o [termo] desde a concepção, facilita para o país tomar uma posição (Entrevista nº 10. Fundadora da organização feminista Cfêmea).

Após a promulgação da nova Constituição do Brasil em 1988, segue-se a busca de implementação dos direitos que foram conquistados para todas as mulheres e, sobretudo, para evitar retrocessos na lei, haja vista que estas conquistas não foram objeto de consenso, mas sim de grande disputa entre diversos grupos sociais. Neste período, em Brasília, foi criado o Cfêmea, grupo feminista de assessoria parlamentar, que tem entre seus objetivos o acompanhamento dos projetos de lei que tratam de assuntos de interesses das mulheres.

Nossa grande batalha sempre foi regulamentar os dispositivos da Constituição que tinham em relação aos direitos da mulher. Nós ficamos no Congresso muito tempo durante a Constituinte. Tínhamos uma série de compromissos assumidos enquanto Conselho Nacional: seminários sobre trabalho da mulher, incentivo ao mercado de trabalho, combate à violência. A gente tinha uma série de atividades em andamento e quando as feministas renunciaram³⁰, o Conselho não tocou mais essas histórias. Como nós éramos daqui de Brasília (...) as pessoas continuavam ligando [de várias partes do Brasil] perguntando: cadê o projeto tal? Vê isso aí no Congresso... E a gente fazia isso nos intervalos e nas horas de almoço. Daí veio a idéia de ter uma estrutura melhor para a gente poder atuar no Legislativo, que sempre foi o foco principal de nossa atuação. No início, nos primeiros anos e até quase recentemente o objetivo principal era regulamentar os direitos da mulher da Constituição (Entrevista nº 10. Fundadora da organização feminista Cfêmea).

No Brasil, no diálogo com o Estado, além de posicionar-se criticamente em relação às políticas que reiteram as desigualdades de gênero, o movimento feminista tem adotado diferentes estratégias para influenciar a ação estatal. Estas estratégias incluem a defesa de suas idéias junto ao poder legislativo, a sensibilização de parlamentares para a aprovação de

³⁰ Por razões políticas, as feministas que faziam parte do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher renunciaram ao mandato. Dentre elas estavam as mulheres que fundaram o Cfêmea.

leis promotoras da igualdade de gênero ou que beneficiem especificamente as mulheres; a participação em instâncias de controle social na esfera do poder executivo, a assessoria técnica e política em diferentes níveis de governo, a ocupação de cargos estratégicos na gestão de políticas públicas e a mobilização política das mulheres em torno de uma agenda própria, definida coletivamente em fóruns, articulações e redes, locais e nacionais. Esta atuação tem se dado, sobretudo, no campo das políticas sociais e em particular na área de saúde.

Além da defesa da ordem democrática, entre outras demandas, o movimento de mulheres levanta nos anos **1970** duas grandes bandeiras: a) o fim da violência doméstica e da impunidade dos assassinatos de mulheres, muitos justificados com base no argumento de legítima defesa da honra; b) a mudança na atenção à saúde da mulher com a crítica aos programas materno-infantis e a proposta da atenção integral à saúde da mulher.

Nos anos **1980**, as feministas trazem a público uma questão central para o movimento, o direito ao aborto, tema polêmico que provoca a reação conservadora da Igreja e controvérsias entre as mulheres. Sobre o tema, Ardaillon (1997) fala de ambigüidades presentes nas falas das mulheres que escutou, que viam o aborto como necessidade, mas tinham dúvidas sobre a prática pessoal do aborto, particularmente depois de terem experimentado a maternidade. Aparece nos discursos o direito de ter direitos e a negação do reconhecimento desses direitos como conquistas associadas a uma prática política como a do movimento de mulheres e das feministas. Para a autora, as ambigüidades encontradas sugerem a existência de empecilhos a um debate público que levasse a mudanças políticas capazes de pautar a plena realização da cidadania das mulheres.

Enquanto espraia-se pelo Brasil, o movimento de mulheres se articula aos movimentos internacionais e é por ele influenciado. Na década de **1990** este processo se faz notar, sobretudo, com a grande interlocução nas Conferências Internacionais da ONU. Dentre estas destacamos a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento por ter aprovado o acordo mais importante em relação às recomendações de tratamento e assistência às mulheres com abortamento inseguro, acentuando a necessidade de políticas de prevenção da mortalidade e morbidade por aborto, o cumprimento das leis permissivas, o aconselhamento para a regulação da fertilidade e o acesso aos serviços de saúde (HESSINI, 2005).

Em 1991, cria-se a Rede Nacional Feminista de Saúde e de Direitos Sexuais e Reprodutivos, à qual em 1993 já estavam filiadas mais de 100 entidades. As filiações chegaram a 257 em 2006. Estruturada com base em representações regionais ela é coordenada por um Conselho Diretor e uma Secretaria Executiva. Esta Rede é considerada pelo conjunto dos grupos afiliados como uma garantia de continuidade, crescimento e visibilidade da atuação do movimento de mulheres no campo da saúde e dos direitos reprodutivos. A relação entre a Rede Feminista de Saúde e o Estado concentra-se de maneira privilegiada nas esferas do Legislativo e do Executivo, por meio do acompanhamento de projetos de lei, assessorias parlamentares e organização de grupos de *advocacy*. Em relação ao Poder Executivo, nas três esferas de governo, a Rede Saúde promove e incentiva a análise das políticas públicas e

sociais, a formulação de alternativas às políticas vigentes e a participação nas instâncias de controle do Sistema Único de Saúde (SUS), investe especialmente no apoio, fiscalização e acompanhamento crítico da Assistência Integral à Saúde da Mulher³¹.

No plano internacional, com suporte de Agências de Cooperação e das Nações Unidas, discute-se intensamente a atenção à saúde reprodutiva e sexual. Certamente contribui para este enfoque o avanço da epidemia de Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, que colocam em risco a vida de grandes contingentes populacionais, afetando particularmente mulheres e crianças em situação de extrema pobreza. No Brasil, em que pese a preocupação da sociedade e do governo no controle das doenças sexualmente transmissíveis, as propostas de saúde sexual e reprodutiva *versus* atenção integral à saúde da mulher dão origem a um longo e ainda não equacionado debate sobre os limites e possibilidades de cada proposta.

A intervenção das mulheres no campo político amplia-se. A partir do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, ainda no Governo de Fernando Henrique Cardoso, tem início o processo que resultará na criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, adquire *status* de Ministério.

Tomando de empréstimo categorias utilizadas por Sader (1995) quando este analisa os movimentos sociais dos anos 1970-1980 caracterizando-os como novos sujeitos sociais, é possível identificar no movimento feminista que emerge nos anos 1970 e no trabalho de consolidação que se processa nas décadas subseqüentes:

a) o **caráter histórico e político** que as mulheres se atribuem como sujeito de uma ação coletiva que pretende reescrever a própria história presente e futura, além de resgatar e dar visibilidade à sua participação na vida social, cultural e política. Caminha nessa direção, a politização do doméstico, inserindo-o na agenda política pública nacional e internacional, o que dá novo significado ao espaço público e, portanto ao caráter do que é político. Isso significa a produção de demandas específicas para atender necessidades e direitos das mulheres, mas também participação nas lutas mais amplas que propõem mudanças estruturais nos sistemas políticos e econômicos;

b) **uma maneira nova de agir**, ou seja, a organização com autonomia e sem caráter hierárquico, o respeito à horizontalidade na tomada de decisões; a atuação direta junto ao poder legislativo para influenciar a aprovação de leis favoráveis às mulheres, o que é distinto da participação pelo voto e via os partidos políticos, por exemplo, sendo típico dos movimentos sociais;

c) a **aceitação da diversidade** de grupos e de demandas. Ao longo das últimas décadas o feminismo somou às suas demandas iniciais aquelas trazidas por grupos específicos como as mulheres negras, mulheres indígenas, trabalhadoras domésticas, mulheres lésbicas, mulheres portadoras de deficiências, mulheres portadoras do HIV, entre outros. Segundo Costa (2005), na década de 1990, mulheres pobres de bairros populares e nas associações de moradores, operárias nos departamentos femininos nos sindicatos e

³¹ Para mais informações sobre a Redesaúde, pesquisar em www.resaude.org.br e centros de documentação de organizações feministas, como Cfêmea, Cepia e SOS Corpo, entre outros.

centrais sindicais e trabalhadoras rurais começaram a identificar-se com o feminismo, com o chamado feminismo popular, diluindo barreiras e resistências ideológicas ao feminismo. Essa diversidade foi marcante na participação das mulheres brasileiras na IV Conferência Internacional sobre a Mulher, realizada em Beijing, na China;

d) a socialização do saber e a troca de saberes científico-acadêmico e popular entre grupos de classes média, profissionais do direito, da medicina, da sociologia, do serviço social, entre outros, ou de centros de estudos acadêmicos com os grupos populares. Isso tem sido feito não só nos encontros feministas e de mulheres, mas também no trabalho cotidiano de muitos grupos, desde os anos 1970. Essa troca também tem ocorrido na preparação das mulheres para participação em eventos de grande alcance, como as Conferências Nacionais de Saúde, desde 1986, a Constituinte, em 1988, e mais recentemente I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, realizada em 2004.

Embora o movimento feminista tenha sido bem sucedido no intento de transformar-se em um ator político capaz de dialogar com a sociedade e com o Estado e de politizar questões consideradas privadas com base em experiências vivenciadas pelas mulheres, segundo Sarti (2004) não se pode dizer que tenha sido criada uma identidade comum para as mulheres. Para ela, o confronto de experiências diferentes e de culturas diversas, demonstra que identificação a entre “mim e o outro” na perspectiva feminista, fundada na experiência compartilhada, não se sustenta quando analisada na perspectiva antropológica, por exemplo, onde o conhecimento sobre a mulher se faz na relação de alteridade e não de identificação.

Além disso, de acordo com Rago (2003) as conquistas feministas das últimas décadas não estão consolidadas, e estas são cotidianamente ameaçadas por pressões conservadoras. A libertação feminina trouxe para as mulheres a dupla jornada de trabalho e o acirramento da disputa e da competição com os homens no mundo masculino, o que, para a autora, é indicativo do preço que as mulheres estão pagando por participarem da vida pública. Mas, apesar da reação conservadora, ela afirma não ser possível negar os ganhos sociais da participação política da mulher na sociedade, e fala da contribuição do feminismo para a crítica cultural contemporânea, para a desconstrução de ideologias, conceitos e políticas sociais e sexuais, para a denúncia de diversas formas de exclusão, para a inclusão na ciência de questões ampliadas de gênero e configuração de relações sociais mais igualitárias e para um novo conceito de cidadania.

Para Costa (2005), o movimento feminista como um novo movimento social foi além de seus próprios limites, além da pressão por seus interesses específicos. Interagiu com o Estado e participa da elaboração e execução de políticas. Ao mesmo tempo permanece autônomo em seu espaço e propõe, reivindica, pressiona e monitora a ação do Estado. Em 2000 formulou-se a Plataforma Política Feminista, processo no qual participaram mais de cinco mil mulheres em todo o país, com o propósito de influenciar os programas dos partidos políticos e sensibilizar os candidatos a cargos eletivos e executivos. Em 2004, aproximadamente 500.000 mulheres participaram do processo de preparação e realização da I Conferência Nacional de Políticas

para Mulheres, que deu as diretrizes para a formulação do Plano Nacional de Políticas para Mulheres.

3. A violência de gênero na agenda pública

3.1 Conceituando a violência contra a mulher

Com “O segundo Sexo”, em 1949, internacionaliza-se o debate sobre a posição da mulher na sociedade. Cidadã de segunda categoria, a mulher não tem poder de decisão. Sob a ordem do outro ela é objeto e sua condição é a subalternidade. Restringe-se a mulher a fórmulas simplistas e aos vínculos de sua biologia com a reprodução. Sexo é destino, a mulher é sexo e precisa ser controlada (BEAUVOIR, 1980; BADINTER, 1985). Das discussões sobre a condição feminina chega-se ao conceito de gênero, que já não se refere exclusivamente à condição da mulher, mas à organização das relações sociais entre homens e mulheres na sociedade.

De maneira bastante sumária, pode-se definir o gênero como um conjunto de relações atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser mulher ou homem na vida em sociedade. Na maioria delas as relações de gênero são desiguais e desequilibradas no que se refere ao poder atribuído aos homens e mulheres. Desequilíbrio que se reflete nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades das relações de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e as discriminações de raça, classe, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua, religião dentre outras. Os atributos e papéis relacionados ao gênero não são determinados pelo sexo biológico, eles são construídos histórica e socialmente, podendo ser transformados (GRUPO HERA, [s.d.]).

Scott (1989) propõe a articulação de quatro elementos na configuração do gênero: os símbolos; as leis e normas; as instituições e a subjetividade, que operam de modo articulado definindo padrões de masculinidade e feminilidade, comportamentos, modelos de realização pessoal, profissional, tipos de relacionamento sexual e amoroso, divisão de trabalho, divisão dos espaços público e privado etc. Para ela, o gênero é uma forma primeira de organização das relações de poder entre os sexos, e uma categoria útil para a análise histórica.

O conceito de gênero vem sendo muito utilizado na análise das relações entre homens e mulheres, na análise das políticas públicas e sociais e dá suporte ao conceito de violência contra a mulher da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, Convenção de Belém do Pará, de 1994. Apesar de muito utilizado, não há um consenso em torno do conceito de gênero. Por isso demarcamos a existência de críticas, dentre as quais, pelo rigor do questionamento merece citação o trabalho de Butler (2003). A autora questiona, entre diversas coisas, a distinção sexual como base do conceito de gênero e

a utilização não problematizada das categorias homem e mulher³² como suporte desta construção, o que manteria a noção binária de masculino feminino; questiona o apego ao patriarcado e a representatividade das mulheres e pergunta-se se o gênero como é proposto não seria uma construção tão fixa quanto “sexo é destino”.

Os debates sobre o conceito de gênero e sobre os termos adequados para nomear a violência contra a mulher não estão esgotados. A discussão é instigante, mas foge aos objetivos deste trabalho, por isso, sem entrar na polêmica, tomamos como válidas as definições sobre violência contra a mulher da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, qual seja:

A violência contra a mulher é uma violação aos direitos humanos e liberdades fundamentais, e limita total ou parcialmente à mulher o reconhecimento, gozo e exercício de tais direitos e liberdades. A violência contra a mulher é qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto privado” (art.1) (...) que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva com ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e compreende, entre outros, estupro, violação, maus tratos e abuso sexual; que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, e que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (Convenção de Belém do Pará, art. 02)

A violência é um termo de múltiplos significados e é utilizado para nomear desde as formas mais cruéis de tortura até agressões sutis do cotidiano da vida social, da família, de empresas ou instituições públicas. Ao discutirmos a violência é consenso que se trata de um fenômeno complexo, multideterminado e histórico. As definições de violência não devem ser reduzidas à delinquência, pois a perspectiva estrutural, marco definidor de comportamentos violentos, aplica-se tanto à família, como instituição socializante, como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos classes, nações e indivíduos (MINAYO, 1994). Estas estruturas permeadas pela ideologia influenciam os processos de socialização, levando à **naturalização do fenômeno**. Um dos exemplos desta naturalização é a forma como a sociedade concebia, e ainda concebe, pois esta situação não mudou completamente, a violência contra a mulher e contra a criança.

Essa naturalização aparece claramente nos comportamentos e na produção cultural de cada época, do que é exemplo, a música “Na subida do Morro”, de Moreira da Silva, que diz: “na subida do morro me contaram que **você bateu na minha nega, isso não é direito, bater numa mulher que não é a sua**, deixando a nega quase crua no meio da rua”. O que é considerado um erro segundo a canção: espancar uma mulher até deixá-la em carne viva, ou bater numa mulher que não é a sua? No início do século XX, dependendo dos motivos, as

³² Curiosamente, se existe a mulher é uma das primeiras perguntas feitas por Simone de Beauvoir em 1949, ao abrir o debate sobre o segundo sexo.

agressões podiam ser justificadas e sequer eram vistas como atos violentos. A traição era motivo não apenas para se bater como até mesmo para se matar uma mulher e não ser punido, era a legítima defesa da honra, o que só se modifica no final do século.

A violência é a ação de um sujeito que, ao subjugar um outro, seja pela força física, pelo assédio moral ou sexual, obriga-o a fazer algo que por sua livre escolha não faria. Ação de quem se julga, por um momento, ou indefinidamente, no direito de impor sua vontade ou desejo a outra pessoa. A violência não é um fato novo, mas a preocupação com o problema é recente na história. Para alguns autores, como Schraiber e D'Oliveira (1999), isto se relaciona à modernidade e seus valores de liberdade e felicidade, consolidados na concepção de cidadania e dos direitos humanos. Com base nesses valores, algumas práticas que até então eram percebidas como naturais, passaram a ser vistas como formas de violência.

Esta consciência leva o feminismo a assumir como bandeira o combate à violência, a partir dos anos 1970. Descortina-se a violência doméstica contra a mulher que passa a ser denunciada como discriminação de gênero e violação dos direitos humanos. Mas, “da nomeação e reconhecimento da violência à definição de crime e castigo, à punição dos autores e à assistência às vítimas há um percurso longo que passa pela aprovação de leis, elaboração e implantação de políticas” (PITANGUY, 2001) em que interagem grupos sociais com múltiplos interesses e posições divergentes.

Alguns entrevistados afirmam que a sua experiência como pesquisadores indica que a violência contra a mulher é rejeitada pela maior parte da população brasileira, no entanto, isso não reduz o número de casos, nem resulta no combate à violência pela sociedade como um todo e por isso ela se mantém, protegida sob o silêncio das vítimas e dos circunstantes.

Também há uma grande resistência à denúncia, especialmente dos grupos conservadores, quando se trata da violência no ambiente familiar. Até os dias atuais contesta-se a existência violência doméstica e sexual dentro de casa, afirmando-se que se trata de uma estratégia de desmonte da família. E, se em razão da consistência das pesquisas mais recentes sobre o tema e do crescimento do número de denúncias não se pode negá-la, os discursos minimizam o problema, desqualificam as informações, distorcem propostas e intenções dos denunciadores, como se vê no depoimento a seguir:

Olha, ninguém nega que pode haver violência sexual, o estupro é uma violência sexual, agora também tem isso, a violência sexual dentro da família existe, mas não da maneira como está se pregando. Porque o grande objetivo é destruir a família, destruir laços familiares. Este é outro problema que está oculto nesses problemas aí. O que acontece é que se quer tirar o filho do âmbito dos pais para o Estado tomar conta. (...) Depois vem uma lei como está se propondo nesses países em que o filho tem o direito de entrar na justiça e acionar o pai porque recebeu um castigo, não recebeu mesada esse mês... É uma violência contra a liberdade da criança! É! Não é exagero não! Hoje se procura dizer que a criança pode fazer aborto sem o conhecimento dos pais, e aí? A coisa é muito séria (Entrevista nº 03. Membro da Associação Providafamília e da Pontifícia Academia Provida).

A violência contra a mulher inclui diferentes tipos de agressões agudas e crônicas e seu reconhecimento é fundamental para a adoção de medidas específicas, sejam estas de

saúde, de assistência social, de segurança ou de justiça. Embora seja importante fazer esta distinção, a expressão violência contra a mulher tem um sentido político de chamar atenção para o que se pretende encobrir especialmente no seio da família. Esta expressão foi adotada pelas feministas para nomear situações tão diversas como violência física, sexual e psicológica cometidas por parceiros íntimos; estupro; abuso sexual de meninas; assédio sexual no trabalho; violência contra as homossexuais; tráfico de mulheres e turismo sexual; violência étnica e racial; violência cometida por ação ou omissão do Estado; mutilação genital feminina, violência e assassinatos ligados ao dote; estupro em massa nas guerras e conflitos armados (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999, p.13).

No Brasil, o Ministério da Saúde ao publicar normas para a atenção às vítimas de violência no âmbito da atenção básica distingue os seguintes tipos de violência: física, sexual, estupro, abuso sexual na infância e adolescência, abuso incestuoso, sexo forçado no casamento, assédio moral, violência psicológica, econômica ou financeira e a violência institucional (BRASIL, 2003, p. 64 e 65). Sobre os homens e a violência o mesmo documento ministerial registra: em decorrência de problemas associados aos rígidos padrões de masculinidade e suas funções, os homens sofrem sérias conseqüências, e disso é exemplo a elevada incidência de acidentes de trânsito, violências, homicídios, uso de drogas e assassinatos na população masculina, em particular entre os jovens. É um mito acreditar que só as mulheres são prejudicadas pela cultura machista (BRASIL, 2003, p. 64 e 65). A existência da violência praticada contra o homem não pode ser negada, nem sua importância social. Porém deve-se salientar que homens e mulheres não estão expostos aos mesmos tipos de riscos nos espaços públicos e privados. Pesquisa realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 1989, demonstra que **63% das vítimas de violência doméstica são mulheres** (BRASIL, 2003, p. 07). Isso indica a necessidade de estratégias distintas no controle da violência contra homens e mulheres.

3.2 Magnitude e impactos da violência contra a mulher

Os indicadores sobre a violência contra a mulher são imprecisos e uma das razões desta situação é que apenas recentemente políticos, gestores e instituições produtoras de conhecimento passaram a se preocupar com a questão. Para Minayo, a violência como problema de saúde só encontra espaço na agenda da saúde pública no final dos anos 1980 (MINAYO, 1994, p. 9). As estimativas são pouco confiáveis e joga-se com intervalos muito amplos quando se compara estudos realizados em diferentes populações mundiais, pois não há instrumentos padronizados para coleta de informações que permitam a comparabilidade dos dados obtidos nas pesquisas. No Brasil, os sistemas de informação não abrangem todo o território nacional, alguns funcionam apenas localmente e não há integração entre as instituições que registram os dados. Os técnicos têm dificuldade para captar informações da clientela, a maioria não foi treinada e o assunto é em si de difícil abordagem.

As mulheres não falam do tema com facilidade e nem sempre estão conscientes da violência em que vivem. Práticas violentas são aceitas culturalmente pelas próprias mulheres e “também devemos lembrar que a palavra violência pode não corresponder à experiência vivida por algumas mulheres, que não reconhecem atos agressivos cometidos pelo marido como violência, mas sim como “ignorância”, “estupidez” e outros termos parecidos” (SCHRAIBER E D’OLIVEIRA, [s.d.], p. 11)

Apesar das dificuldades, as informações disponíveis demonstram a gravidade do problema em todo o mundo. Pesquisas realizadas no Camboja, Coreia, Chile, Egito, Inglaterra, Israel, México, Nicarágua, Suíça, Uganda e Zimbábue, demonstram elevada incidência da violência contra a mulher praticada pelos parceiros. Apesar de terem sido realizados com base em concepções distintas de violência e de medirem aspectos diferentes, o que dificulta a comparação das cifras obtidas, no seu conjunto eles são reveladores de um problema generalizado (GARCÍA-MORENO, 2000, p. 08 e 09).

A violência física nas relações íntimas quase sempre é acompanhada de abuso psicológico e entre 30 a 50% dos casos por abuso sexual. No Japão, entre 613 mulheres abusadas, 57% sofreram três tipos de abuso: físico, psicológico e sexual. Apenas 8% sofreram agressões físicas isoladamente. No México, 52% das mulheres abusadas fisicamente também o foram sexualmente por seus parceiros. A violência contra a mulher nas relações de casal não é um fenômeno isolado, nem típicos dos países pouco desenvolvidos. Mas, é preciso destacar que a pobreza aumenta o risco de violência para as mulheres, embora não esteja claro se é a pobreza em si ou se fatores a ela associados (CHANGE, 1999, p. 05 a 07).

No Brasil, pesquisas recentes com mulheres que tiveram companheiro pelo menos uma vez na vida mostram uma realidade semelhante. Em São Paulo, em uma amostra de 940 mulheres com idades de 15 a 49 anos, 25,8% das mulheres já haviam sofrido violência física e 9,6% violência sexual. Em Pernambuco, numa amostra de 1.188, também na faixa etária de 15-49 anos 32% havia sofrido violência física e 14,5% violência sexual (SCHRAIBER & D’OLIVEIRA, [s.d], p. 10).

A violência doméstica é endêmica e os atos violentos tendem a agravar-se com o tempo, podendo levar até ao homicídio (CHANGE, 1999, p. 05). A vítima de violência doméstica sente dor crônica, nem sempre bem identificada; dor muscular, no baixo ventre, pélvica, epigástrica, abdominal, dor no peito, dor de cabeça. Tem tonturas, insônia, diarreia, síndrome do cólon irritável, dispnéia, asma, hematomas, fraturas, sangramentos, abortos e recém nascidos de baixo peso. Em razão das agressões torna-se mais vulnerável ao uso de drogas e álcool, negligencia os cuidados de saúde, tem ansiedade e depressão, medos e pesadelos (SCHRAIBER & D’OLIVEIRA [s.d], p. 15).

Há pouca informação sobre a violência psicológica, situação difícil de ser percebida pela vítima e por terceiros, por isso também de difícil diagnóstico. Praticada sem deixar marcas visíveis, dissimulada ou explícita, ela desmonta pouco a pouco as defesas da mulher, deixando-a isolada de si mesma. Ela se desconhece, perde o desejo de viver, a alegria, deprime-se, sente-se fracassada e responsável por este fracasso (Hirigoyen, 2000).

No Brasil, em 1999, quando o Ministério da Saúde publicou a Norma Técnica de Atendimento ao Aborto Legal, pesquisa realizada sobre as Condições de Funcionamento das delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher, por Silva ([s.d.]) consultora do CNDM, indicava os casos mais denunciados em 267 Delegacias da Mulher:

Tipos e número de agressões denunciadas por mulheres em Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres. Ministério da Justiça - 1999.

Tipo de agressão	Número de casos
Lesão corporal	113.727
Ameaças	107.999
Vias de fato	32.183
Calúnia	6.805
Difamação	10.049
Injúria	13.000
Estupro	4.649
Atentado violento ao pudor	5.139
Tentativa de estupro	1.242

No Brasil, o estupro é qualificado juridicamente como crime no qual ocorre “penetração do pênis na vagina”. Entre os crimes chamados de atentado violento ao pudor estão incluídos os casos de “penetração anal forçada” o que tem sido criticado e visto pelas feministas como uma percepção equivocada e machista do problema. Para as mulheres estes dois tipos de crime implicam alto risco para a infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

O dados desta pesquisa provavelmente são subestimados tendo em vista o pequeno número de DEAM existentes em todo país, 307 em 1999, das quais, São Paulo concentrava 40,7% e Minas Gerais 13% (SILVA, [s.d.]). Além disso, as dificuldades que as mulheres enfrentam ao denunciar o estupro numa Delegacia comum são um desestímulo à população feminina, ou mesmo, mais uma agressão.

Em pesquisa realizada com mulheres atendidas nos serviços de aborto legal identificou-se nos relatos das entrevistadas: dificuldade de falar do assunto com estranhos e reviver o ocorrido; vergonha de descrever a violência sexual em local sem privacidade; demora no atendimento; greves no setor; delegacias fechadas em fins de semana, período em que os casos são mais freqüentes; orientações erradas; recusa em indicar serviços de aborto legal; agressões verbais dos policiais (LEOCÁDIO, 2002). Outra dificuldade é denunciar um pai, irmão ou parente próximo. O abuso sexual é um dos crimes menos denunciados. Em pesquisas realizadas nos Estados Unidos, verificou-se que apenas 2% de denúncias do abuso sexual infantil na família e 6% fora da família, contra 61,5% de denúncias dos assaltos e 82,5% roubos (HEISE, PITANGUY & GERMAIN, 1994).

Qualquer mulher pode sofrer violência sexual, mas as adolescentes e mulheres jovens são mais vulneráveis. A violência sexual pode ser aguda ou crônica. Nos casos de estupro, o elemento surpresa é freqüente, reduzindo a capacidade de defesa da vítima. Os agressores utilizaram armas, a força física (tapas, murros, empurrões e puxões de cabelo) e ameaças de

morte à vítima e sua família. Eles costumam humilhá-las, fazendo questão de demonstrar que podem submetê-las a qualquer ato independente de sua vontade (LEOCÁDIO, 2002).

Entre suas diferentes formas, o estupro é uma das mais graves, enquadrando-se na definição de “evento traumático” pela sua capacidade de provocar medo, desamparo e horror. Pessoas submetidas a um evento traumático têm maior possibilidade de desenvolver depressão, síndrome de pânico, ansiedade e abuso de drogas. O estupro é uma das principais causas da síndrome do stress pós-traumático em mulheres. Esta síndrome pode confundir-se com outros transtornos mentais depressivos, por isso exige atenção especializada e em tempo hábil para diagnóstico e tratamento. Não tratada, a situação pode cronificar-se, causando grande desorganização da vida pessoal, afetiva e profissional da mulher, pode ocorrer perda ou abandono de emprego, separações, rebaixamento no padrão de vida, dificuldades de estabelecer contatos amorosos, ou outros tipos de contato físico, mesmo com pessoas próximas (YEHUDA, 2002). O relato a seguir descreve a experiência de uma mulher que, após ser violentada, perdeu o emprego, deixou a faculdade e o apartamento que comprara por falta de recursos financeiros para pagá-los, voltou para a casa dos pais e ficou por um longo tempo sem conseguir estabelecer nenhum relacionamento amoroso.

O medo de morrer é absurdo, você se sente absolutamente lesada, invadida, machucada, ferida. Todas as tuas referências, as tuas crenças vão por água abaixo (...) Nessa hora você não acredita mais em nada (...) É muito humilhante mesmo, porque as coisas que você ouve durante um estupro, são violências que mexem muito com as suas crenças... [...] Nesse momento... Você se sente um lixo. A figura masculina pra você vira uma coisa demoníaca. Você não quer olhar mais um homem na sua vida, é horrível, é h-o-r-r-í-v-e-l. Eu não tenho palavras assim pra te descrever, o meu medo foi tanto... Na hora, eu vomitei, fiz xixi na calça duas vezes, tive ataques compulsivos de choro misturado com uma calma absurda. Em alguns momentos eu achava tanto que eu ia morrer que eu pensei: melhor eu fazer tudo que eles tão mandando, ficar calma... O medo confunde você. Você tem vontade de morrer e no meio você tem vontade de viver, é horrível... Eu fui violentada por dois homens, primeiro por um, depois foi por outro, depois eles disseram que eu ia ter o prazer de fazer a fantasia sexual de toda a mulher brasileira, que eu ia ser possuída pelos dois, então eu fui estuprada de novo pelos dois ao mesmo tempo, foi horrível, aí depois eu tive que fazer sexo oral em um deles e eu não consegui e eu vomitei... Eu já tinha feito... Eu não consegui fazer de novo, eu já tava muito mal... Aí eles ficaram com muita raiva porque eu vomitei, e aí tudo de novo... Eu acho que foi uma coisa muito demorada... Eu já não tinha mais forças pra ficar em pé, eu já tava tão sem vida, você fala, acabou... Eu não quero mais viver, depois disso não quero mais viver, é horrível...Aqueles quarenta minutos pra mim pareceram quarenta dias... Não acabavam mais (Soraia, in: LEOCÁDIO, 2002).³³

3.3 Violência contra a mulher como problema de saúde pública

³³ Esta mulher perambulou por vários serviços privados, considerados de excelente padrão técnico, sem ter o atendimento adequado até que foi encaminhada a um serviço público de referência para vítimas de violência sexual e aborto legal, em São Paulo, onde foi acompanhada por seis meses e teve os cuidados que o caso exigia. Este atendimento, segundo a depoente mudou a sua percepção acerca dos serviços públicos.

No Brasil, a partir dos anos 1970, determinados atos e comportamentos culturalmente legitimados são denunciados pelo movimento de mulheres como formas inaceitáveis de violência: a impunidade dos assassinatos “em legítima defesa da honra”; os obstáculos à entrada da mulher no mercado de trabalho; as “pequenas e inofensivas” humilhações cotidianas, o assédio sexual e moral; os abusos nas empresas, entre outros (PITANGUY, 2001). Com esta mobilização, as mulheres colocam o tema na agenda das políticas públicas, o que leva à criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e das Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMs) (Pitanguy 2001).

A entrada das delegacias especializadas no atendimento às mulheres no cenário institucional dos aparatos de segurança pública foi um evento crítico (que institui uma nova modalidade de ação histórica) cujo sentido esteve e ainda está na desnaturalização da violência doméstica e sexual contra as mulheres e conseqüentemente na criminalização de ações que coloquem em risco a integridade física e moral delas, bem como seus direitos individuais” (SILVA, [s.d], p. 05).

No século XX, a saúde pública no Brasil enfrenta uma transição no perfil epidemiológico de morbidade e mortalidade da população. Observa-se a manutenção dos velhos problemas de saúde associados à pobreza e à fome, e crescem as doenças freqüentes no mundo desenvolvido. Nos anos 1980 enfrentam-se três graves problemas: o crescimento da Aids, das doenças crônico-degenerativas, em razão do envelhecimento populacional e da violência (POSSAS, 1989). Não aparece aqui a violência contra a mulher, diluída nas estatísticas globais e mascarada pelas elevadas taxas de mortalidade masculina por acidentes e violências. Essa invisibilidade perdura até hoje nos sistemas de informação (BRASIL, 2001).

Na década de 1990, um dos trabalhos de maior destaque foi “*Violence Against Women*” feito a pedido do Banco Mundial. Este estudo mostra o dano da violência doméstica e sexual para as mulheres e para a sociedade. Morte, incapacidade e o sofrimento de mulheres jovens, produtivas e com filhos afetam a família, o desenvolvimento social e econômico. Para as autoras, a compreensão dos prejuízos sociais causados pelos abusos contra a mulher propicia a inclusão do tema na agenda política internacional e possibilita a elaboração de planos e programas de ação assinados pela maioria dos países com o compromisso de implantar políticas para sua eliminação (HEISE, PITANGUY & GERMAIN, 1994).

A partir do final da década de 1970, a violência contra a mulher aparece como questão importante e como motivo específico de diversas convenções internacionais. O tema foi considerado prioritário durante a Década das Nações Unidas para a Mulher (1975-1985) e em novembro 1985 foi aprovada a primeira resolução sobre violência contra a mulher na Assembléia Geral das Nações Unidas.

Em 1979, a Organização das Nações Unidas promove a Convenção da Mulher (CEDAW) que define os direitos humanos das mulheres, reconhece o impacto da discriminação de gênero em todas as esferas da vida social e ressalta a importância da eliminação dos estereótipos negativos que mantêm a mulher numa condição inferior. Em 1999 a ONU adota o

Protocolo Facultativo Cedaw, instrumento internacional de proteção de direitos, que permite a denúncia de casos individuais ao comitê internacional, situação não prevista na Convenção.

Em 1992, a Comissão das Nações Unidas sobre a Condição da Mulher convoca um grupo de trabalho para elaborar uma declaração contra a violência à mulher, que foi adotada pela Assembléia Geral de 1993, oferecendo uma primeira conceituação sobre o abuso de gênero. Neste mesmo ano, a Conferência Mundial de Direitos Humanos reconhece que a violência contra a Mulher é uma violação dos direitos humanos. Em 1994, realiza-se a Convenção de Belém do Pará e a Assembléia Geral da OEA destaca, entre os argumentos para adotá-la, a preocupação com a situação de violência em que vivem muitas mulheres da América sem distinção de raça, classe, religião, idade; sua responsabilidade em fazer frente ao problema e a convicção de dotar o sistema interamericano de um instrumento internacional que possa contribuir para solucioná-lo.

Em 1994 realizam-se a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo e em 1995, a IV Conferência Mundial da Mulher em Beijing. Para Pitanguy e Miranda (2006) a conquista mais significativa do Cairo no debate populacional foi o deslocamento da matriz demográfica para a de direitos reprodutivos, no que as mulheres latino-americanas tiveram um papel de grande relevância desde os processos preparatórios. Com ampla participação de mulheres de diversas partes do mundo, entre as reivindicações principais do Cairo e Beijing está o enfrentamento pelos governos da violência e do abortamento em condições inseguras.

Em 1996, a 49ª Assembléia Mundial de Saúde aprova resolução declarando a violência uma questão de saúde pública, reconhecendo o impacto da violência de gênero sobre a vida e saúde da população feminina (HEISE, PITANGUY & GERMAIN, 1994).

Os acordos e planos de ação das Conferências Internacionais foram produzidos em meio a grandes polêmicas, o que se reflete nas discussões internas dos países signatários. No Brasil, enquanto o movimento feminista e de mulheres demanda a implantação de políticas que respeitem os acordos internacionais, grupos conservadores articulam-se e atuam junto ao legislativo e ao executivo para impedir a sua implementação e estas pressões são particularmente evidentes no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

Ao nosso ver, ao assinar e ratificar estes acordos internacionais, o Estado brasileiro reconhece que a discriminação de gênero e a violência contra a mulher existem e devem ser objeto de leis e de políticas públicas. Este reconhecimento tem contribuído para grandes mudanças no campo jurídico e normativo. Entre os exemplos mais importantes temos as mudanças no Código Civil (Lei 10.406, de 10/01/2002), que elimina diversos artigos que davam sustentação à discriminação de gênero e à superioridade masculina dentro do casamento e as alterações do Código Penal (Lei de nº 11.106, de 28/03/2005), entre eles aqueles que declaravam extinta a punibilidade do estupro que casasse com a vítima. Em relação ao Código Penal, as mudanças atenderam em grande parte as recomendações do relatório nacional Cedaw, de 2004 (PITANGUY & MIRANDA, 2006).

Citamos ainda como resultados desses processos de luta, o Projeto de Lei nº 20/91 para regulamentação do aborto legal no SUS (ainda em debate), a resolução do Conselho Nacional de Saúde de 1997 que recomenda a implementação do aborto legal pelo Ministério da Saúde e o Projeto de Lei sobre violência doméstica e familiar aprovado pelo Congresso e sancionado pelo presidente da república em agosto de 2006. Todos estes instrumentos contemplam em suas justificativas os tratados internacionais ratificados pelo Brasil.

No aspecto institucional também aconteceram mudanças importantes como a criação da Secretaria de Direitos da Mulher, em 2002, que em 2003 foi transformada na Secretaria Especial de Políticas para Mulheres - SPM, que tem a função de induzir e assessorar os demais Ministérios, assim como estados e municípios, a incluírem no planejamento de suas ações a perspectiva de gênero, de raça e de etnia. A SPM tem dado atenção especial à implementação das políticas de atenção às mulheres em situação de violência.

Mas, para cumprir estes acordos os governos precisam não só investir na formulação das leis e na implementação das políticas locais, mas também na negociação com os grupos contrários à assinatura destes acordos. Essa negociação caminha com altos e baixos na dependência dos interesses e pressões exercidas pela sociedade, assim como pelos interesses dos grupos que estão no poder, os quais, muitas vezes atuam com base em posições pessoais, convicções morais ou religiosas. Este processo é tenso e impõe limites à ação do Estado e às conquistas dos movimentos sociais.

Apesar desses limites nas duas últimas décadas houve avanços na implementação das políticas de atenção à mulher em situação de violência, como a criação de casas abrigo, das delegacias especializadas, dos centros de referência para atendimento especializado de mulheres em situação de violência, dos serviços de saúde de referência para assistência ao aborto pós-estupro, entre outras medidas. Discute-se no país a formação de redes de atendimento, e em muitas capitais estas redes estão em funcionamento. No entanto muitas dificuldades políticas e operacionais persistem, como a falta de integração entre os serviços, a ausência de um fluxo para encaminhamentos dos casos, a falta de capacitação para um atendimento de qualidade. Além disso, há uma dificuldade de rompimento com antigos padrões de funcionamento, nos quais as relações pessoais regem o trabalho e mascaram a necessidade da institucionalização da rede. Vale destacar, que estas dificuldades não se limitam ao atendimento de mulheres em situação de violência, mas estão inseridas num contexto mais amplo em que as políticas sociais, como um todo, não recebem os investimentos necessários para atender dignamente a população.

4. Política de atenção integral à saúde da mulher no Brasil

A segunda grande bandeira feminista no Brasil tem sido a atenção integral à saúde da mulher. Para compreender esta demanda e as propostas elaboradas pelo movimento é preciso situá-la no contexto mais amplo das lutas pela saúde no Brasil.

No decorrer do século XX identificamos circunstâncias e fatos particularmente marcantes na definição e implementação da assistência à saúde da mulher no Brasil: o processo de industrialização e o desenvolvimento capitalista em suas diferentes etapas; as oscilações no sistema de governo com dois períodos autoritários fortes intercalados por democracias frágeis; o ressurgimento do movimento de mulheres na década de 1970 com novas demandas; a constituição e implementação da política nacional de seguridade social e do Sistema Único de Saúde.

O nascimento da saúde pública no Brasil data do início do século XX, com a implantação de medidas localizadas para promover o desenvolvimento do capitalismo nascente. Era preciso garantir a reprodução da força de trabalho porque a mão de obra já escassa estava exposta às doenças epidêmicas e às elevadas taxas de mortalidade e cuidados precários, pois não havia praticamente nenhuma estrutura de serviços de saúde pública (BRAGA & PAULA, 1981).

A história da assistência à saúde no Brasil está fortemente articulada com a previdência social, o que contribuiu para configuração de dicotomias ainda não superadas completamente: separação entre ações preventivas e curativas; acesso diferenciado de segurados e não segurados às ações de saúde; uma concepção da assistência “médica” como pertinente à esfera privada e o credenciamento do setor privado, o que terá seu apogeu na década de 1970. A saúde não tida era como um direito do cidadão e muito menos como dever do Estado (NUNES, JACOBI, KARSCH, et al., 1991).

Na década de 1930 o Estado já assumia alguma responsabilidade com medidas de saúde coletiva, pois estava preocupado com a proteção das atividades agro-exportadoras. Investia recursos orçamentários da união na saúde, realizava as primeiras campanhas de caráter nacional e promovia a assistência a grupos específicos: mulheres e crianças, entre outros. Nesse período, tem início a elaboração das políticas nacionais de saúde (NUNES, JACOBI, KARSCH, et al., 1991).

Em 1975, com a criação do Sistema Nacional de Saúde consolida-se a dicotomia na prestação de serviços e na assistência aos grupos populacionais. Cabe então ao Ministério da Previdência e Ação Social (MPAS) a assistência aos grupos inseridos no mercado de trabalho e ao Ministério da Saúde assistir à população de baixa renda, que está fora do mercado (NUNES, JACOBI, KARSCH, et al., 1991). Ser um segurado garantia um serviço de melhor qualidade e ao “indigente” restavam serviços precários, Santas Casas de Misericórdia, ou os hospitais universitários, nos quais os usuários eram objeto de estudo. Com recursos públicos para o desenvolvimento social, cresce a medicina de grupo, as cooperativas e os hospitais privados.

Até a década de 1970 as ações de saúde da mulher dirigiam-se à assistência a gestação e parto e à prevenção do câncer de colo de útero, por meio de um programa específico, mas não havia integração entre eles. Em consonância com o modelo vigente, no contexto geral do Sistema Nacional de Saúde, a saúde da mulher não se baseava em princípios de igualdade ou equidade. Durante quase todo século XX no Brasil, ela provê quase

que exclusivamente cuidados de pré-natal e parto, indicando uma percepção restrita das necessidades de saúde da mulher, baseada em conceitos e valores socioculturais conservadores que a limitam às funções reprodutivas e maternas. Assim, a política de saúde como instituição reitera a discriminação e a desigualdade de gênero na sociedade brasileira.

4.1 Assistência integral à saúde da mulher

O movimento de mulheres é o principal responsável pela defesa de uma política de saúde da mulher que respeite sua condição de cidadã autônoma, dotada de direitos. A saúde como direito e responsabilidade do Estado são premissas que embasam as demandas dos grupos feministas na década de 1970 e a proposição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (ÁVILA & CORREA, 1999), em plena ditadura militar. Propor assistência integral à saúde, igualdade e equidade era uma estratégia para a igualdade de gênero e contraposição ao regime autoritário.

Segundo Pitanguy (1999), para as mulheres organizadas, a democracia não se refere apenas ao exercício da cidadania na esfera pública, mas também às relações na vida cotidiana, no trabalho, na família, **na saúde**, na educação. No Brasil, as feministas buscaram ampliar suas bases de apoio junto aos partidos de esquerda, organizações de classe, sindicatos e enfrentaram dois grandes desafios: serem reconhecidas como ator político e dar legitimidade à sua plataforma para que esta pudesse ser encampada por partidos e setores do executivo.

Para algumas autoras feministas (ÁVILA & CORREA, 1999; PITANGUY, 1999) havia uma certa tensão entre as feministas e as organizações de esquerda, entre outras questões, por causa das pressões da Igreja (aliada dos partidos) contra as reivindicações de liberdade sexual e legalização do aborto. Com a anistia e o fim da ditadura militar e o retorno de muitas mulheres exiladas, os temas do movimento tiveram novo impulso no Brasil e as tensões diminuíram. O movimento feminista dedicou-se, em particular, à luta contra a violência e pela atenção integral à saúde.

Para Pitanguy (1999, p. 26) o PAISM resulta da articulação entre movimento de mulheres, Universidade e Ministério da Saúde. O programa “é inspirado em princípios gerais da luta maior pela democratização do País e respeito às liberdades individuais e civis, e também pelo movimento sanitarista e de saúde pública, especialmente na adoção da perspectiva integral de saúde. Divulgado em 1983, foi um exemplo raro de colaboração entre o Estado e a sociedade civil, constituindo-se em uma das primeiras iniciativas governamentais de incorporação de princípios feministas em políticas públicas de saúde”. No período em que se formula o PAISM, o movimento sanitário formula uma nova proposta política de saúde que se concretiza na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e posteriormente na Constituição Brasileira de 1988.

As mulheres e os sanitaristas criticavam as diferenças no atendimento a segurados e não segurados, que recebiam um atendimento inferior estabelecendo níveis diferenciados de

cidadania. A proposta de equidade tratava de uma situação concreta que se pretendia mudar no estatuto global da cidadania dos brasileiros, mas as mulheres, além disso, reivindicavam a revisão da concepção predominante nas políticas de saúde que associava a mulher exclusivamente às suas funções maternas.

Um aspecto importante na época foi a questão populacional, discutida internacionalmente. A posição do governo entre os anos 1960 e 1970 tendia ao natalismo. No entanto, não havia uma política de promoção da natalidade, nem tampouco de apoio à anticoncepção. No vazio institucional da ação pública começam a atuar fortemente instituições não governamentais de controle de natalidade, especialmente nas regiões Nordeste e Centro-oeste. Esta atuação consolida-se por meio de convênios com grande número de prefeituras, sem controle por parte do Estado. Os resultados são uma drástica queda nas taxas de fecundidade, principalmente pela disseminação da esterilização feminina. Mais uma dicotomia se estabelece: nos centros mais avançados as mulheres usam com mais frequência métodos reversíveis e nos mais pobres a laqueadura tubária.

Em 1989, o CNDM lança a campanha nacional: Maternidade, Direito e Opção, com o objetivo de impulsionar a implementação do PAISM e organiza uma discussão no Congresso Nacional, onde pela primeira vez parlamentares, médicos, profissionais de saúde, acadêmicos e gestores, em conjunto com o movimento de mulheres, discutem temas cruciais da agenda feminista com ênfase na questão do aborto (PITANGUY, 1999, p. 31). Neste ano ocorre a implantação do primeiro serviço de aborto legal no país, em São Paulo. Na época, este município era governado pela prefeita Erundina, integrante do Partido dos trabalhadores e a coordenadora de saúde da mulher era uma feminista militante.

Em 1986, tem lugar a VIII Conferência Nacional de Saúde, precedida de intensa mobilização em todo Brasil. Estava em jogo uma proposta de princípios: a saúde como direito e como dever do Estado, e de intervenção no setor privado, que deveria estar submetido às leis do setor público, o que ia de encontro à liberdade pretendida pelo mercado de organizar a oferta de serviços à sua maneira, sem qualquer tipo de controle. Outro aspecto importante era o avanço das liberdades individuais em relação aos direitos da mulher, conservadores e liberais se enfrentaram de maneira contundente.

Em 1987, com a Constituinte estes debates são retomados. A Constituição de 1988, no artigo 193, define a política nacional de seguridade social (BRASIL, 2005), englobando a previdência, a assistência social e a saúde. E a saúde, no artigo 196, como um direito de todos e dever do estado. Direito a ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas voltadas para diminuir os riscos de doenças e de outros agravos e acesso universal e igualitário a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2005).

Para implantação da política nacional de saúde, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido na VII Conferência Nacional de Saúde, institucionalizado na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, art. 198, 2005) e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (CONASS, 2003). O SUS tem como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade e representa uma

vitória da proposta de uma reforma sanitária democrática e uma mudança radical na política nacional de saúde, sobretudo pelo caráter de inclusão social e pela concepção da saúde como direito. Os estudos sobre a implantação e descentralização do SUS demonstram avanços no acesso da população brasileira às ações de saúde e ao mesmo tempo um longo caminho a ser trilhado em busca da atenção integral.

A operacionalização do SUS em âmbito nacional repercute no processo de implementação do PAISM e provoca vários tipos de questionamento: é possível perseguir a implementação de um “programa” dentro da nova proposta da política de saúde e do SUS? A implementação da atenção integral, igualitária e equânime para todos os cidadãos contemplará as reivindicações dos grupos de mulheres que entendiam ser a saúde da mulher marginalizada e restrita às questões da maternidade? As dificuldades operacionais para a implementação do SUS impossibilitam a oferta da atenção integral à saúde da mulher ou representam mais um escudo para os gestores que não compreendem as necessidades específicas das mulheres e a discriminação à que elas têm sido expostas?

O PAISM foi muito criticado pelos sanitaristas pelo caráter de ação vertical, sem correspondência com as distintas realidades brasileiras. Esta crítica tinha razão de ser, pois o poder federal naquela época realmente definia passo a passo como deveriam ser implantados os programas pelas Secretarias de Saúde. Além disso, não havia diálogo entre os programas existentes e nem sequer entre as equipes que os coordenavam. Não se fazia avaliação e planejamento locais e as metas operacionais eram definidas pelo governo federal (COSTA, 1999, p. 322). No entanto, o novo programa representava uma inovação conceitual em relação aos princípios norteadores dos programas de saúde da mulher e aos critérios para eleição de prioridades neste campo que não estava sendo percebida. Segundo Costa (1999, p. 327), o PAISM foi o primeiro programa a afirmar os princípios da proposta de reforma sanitária, apesar dessa diferença não ter sido materializada.

Elaborado no período de expansão do movimento sanitário, o PAISM incorpora os princípios e diretrizes de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e a equidade da atenção. O programa inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação; engloba assistência ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama e climatério, além de outras necessidades a serem identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1985).

A implantação e implementação do PAISM apresentam especificidades diferentes no período 84-89 e na década de 90, sendo influenciado a partir da proposição do SUS pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, baseada na estratégia do Programa de Saúde da Família (COELHO, 2003).

A implementação das políticas de saúde da mulher também foi influenciada pelas Conferências Internacionais promovidas pela ONU, que destacam o combate à violência, a

assistência ao aborto legal e a saúde sexual e reprodutiva como questões fundamentais a serem tratadas pelos países signatários dos acordos aí produzidos.

As propostas internacionais de atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva provocam, principalmente no interior do movimento feminista uma grande discussão sobre o enfoque da política de saúde da mulher a ser implementada. A atenção à saúde sexual e reprodutiva é vista como mais restrita no campo conceitual e nas ações programáticas. Há quem a veja como uma versão melhorada dos programas materno-infantis que vigoravam no Brasil até os anos 1970, que não incorpora novas demandas como a atenção às mulheres que não fazem sexo com homens e aquelas que já ultrapassaram a faixa reprodutiva, por exemplo. No aspecto positivo ela incorpora ações dirigidas à população masculina, especialmente no controle das doenças sexualmente transmissíveis e na anticoncepção. Este envolvimento dos homens é visto como importante inclusive para a proteção das mulheres podendo contribuir para o que Organização Mundial de Saúde chama de comportamentos de sinergia positiva (SABO, 2000). Isto é, quando homem e mulher são levados a adotarem comportamentos que beneficiam a ambos, como o uso sistemático do preservativo nas relações sexuais ou a responsabilidade compartilhada no cuidado das crianças e na realização das tarefas domésticas. Em países com dificuldades na implantação de políticas de saúde, como o Brasil, as ações de saúde sexual e reprodutiva são mais fáceis de serem operacionalizadas pelos governos locais, que enfrentam problemas de estrutura e organização da rede assistencial.

Muitos grupos feministas insistem no conceito de saúde integral como eixo estruturador da política de atenção à mulher. Esta defesa não exclui a realização das ações no campo da sexualidade e da reprodução, mas a inclui em um contexto mais amplo de ações, e numa perspectiva abrangente de atenção às necessidades e direitos da população feminina. Nesse sentido a implementação de políticas deve ser feita como um modelo de atenção aberto às novas demandas coletivas e àquelas particulares de cada mulher.

Independente das discussões em torno dos caminhos a seguir, o PAISM permanece como a grande referência para gestores e militantes. Mas sua implementação exige o fortalecimento da rede de saúde no seu conjunto e a situação atual não parece favorável à sua implementação numa perspectiva de integralidade. Estudos sobre a atenção à saúde da mulher demonstram que na maioria dos municípios brasileiros não existem condições políticas, técnicas ou administrativas para implantação do PAISM. Segundo Coêlho (2003), estas dificuldades incluem:

Insuficiência ou utilização inadequada de recursos financeiros; falta de decisão política; dificuldades de gerenciamento da rede assistencial; ausência de mecanismos de referência formal da rede básica para os serviços de maior complexidade; modelo assistencial hegemônico voltado para ações curativas; inexistência de referenciais de programação e planejamento, levando a oferta de serviços baseada na demanda espontânea; descontinuidade na gerência de programas; insuficiência e ou baixa qualidade na formação dos recursos humanos; falta de entendimento dos gestores sobre o Programa de Saúde da Família.

Esta situação afeta o desenvolvimento de todas as ações de saúde e indica que um longo caminho há de ser feito no sentido de garantir atenção integral à saúde de toda a população. Buscando contribuir para a solução destes problemas o Ministério da Saúde publica a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, que estabelece mínimas responsabilidades para o gestor municipal em relação à saúde da mulher. Estas ações não diferem muito daquelas propostas nos programas materno-infantis, tão criticados desde os anos 1970: pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. Ela inova ao prever a organização de sistemas que articulam diversos municípios visando garantir acesso às ações de maior complexidade. Porém a definição destas ações básicas mínimas demonstra o grau das dificuldades para consolidação do SUS, e as lacunas que existem na atenção à saúde (COÊLHO, 2003).

Apesar dos esforços no sentido de ampliar o acesso e o direito à atenção integral à saúde, vários autores demonstram que a prioridade é a implantação de políticas sociais baseadas nas diretrizes e princípios do discurso neoliberal hegemônico das duas últimas décadas. (PEREIRA, 2002; SIMIONATTO, 2000; BEHRING, 2000) Estas políticas reafirmam propostas formuladas nos anos 1950: a necessidade de focalização, ou seja, a utilização dos recursos públicos “disponíveis” na atenção aos grupos mais desfavorecidos.

A partir de 1997, a política de saúde da mulher é fortalecida pelo Ministério da Saúde. Entre 1997-2002 foi priorizada uma forma de gestão por problemas e investimentos na política que permitissem a permanência das ações nas gestões subseqüentes. Tratou-se basicamente das seguintes áreas: saúde materna com enfoque na prevenção da mortalidade, na redução das taxas de cesáreas e na estrutura, organização e hierarquização das redes de referência; na promoção da anticoncepção com a implementação da lei do planejamento familiar, da anticoncepção de emergência e atenção ao aborto incompleto; prevenção do câncer colo uterino e de mama; prevenção das DSTs e Aids entre mulheres. **Nesta gestão teve início a política nacional de atenção à mulher vítima de violência sexual e estupro**, com enfoque na prevenção da gravidez, das doenças sexualmente transmissíveis e na assistência ao aborto. De modo geral, pode-se afirmar que houve um investimento significativo de recursos financeiros destinados a esta política, ampliou-se consideravelmente o poder de decisão da coordenação de saúde da mulher, e deu-se maior visibilidade das ações no interior do Ministério da Saúde (CORREA & PIOLA, 2003).

Correa e Piola (2003, p. 4) afirmam que esta focalização foi criticada por algumas vozes, em e pelo movimento de mulheres, por significar um suposto abandono da perspectiva ampla e integral do PAISM. Mas para eles essa escolha significou um passo importante no enfrentamento do enorme “passivo” que se verificava em termos da resposta do SUS às demandas da saúde reprodutiva.

Em 2003 inicia-se uma nova gestão, que de início deixa claro a intenção de ampliar a proposta política de atenção à saúde da mulher que vinha sendo executada. Em março de 2004, o Ministério da Saúde publica os documentos: “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) e o Plano de Ação para 2004-2007” (BRASIL, 2004b), nos

quais reitera os princípios do PAISM e amplia de maneira significativa o leque das ações programáticas. Quanto à violência doméstica e sexual, o Plano de Ação 2004-2007 estabelece a meta de aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres em situação de violência nos municípios pólo de microrregiões.

Em relação às instituições de saúde, estrutura e organização dos serviços, a implementação do SUS é um processo complexo e é provável que não se terá em curto prazo uma rede gerencial e assistencial em condições de absorver em sua totalidade, seja a proposta de assistência integral do PAISM, seja a assistência à saúde sexual e reprodutiva.

CAPÍTULO IV: ABORTO LEGAL NO BRASIL: ENTÃO EU POSSO FAZER?

Fiquei sabendo na delegacia... Foi maravilhoso! Olhe, eu tava chorando quando ela falou que tinha uma lei que fazia isso, deu até prá rir. Chorava e ria, assim, ao mesmo tempo, de alegria. Ah, então eu posso fazer? Mas, eu não sabia que tinha essa lei, né? Então eu posso? Eu posso tomar alguma coisa, tomar algum remédio, tirar? (Elizabeth, in: LEOCÁDIO, 2002, p. 58).

Elizabeth foi à delegacia denunciar um estupro pouco tempo depois de ter sido instalado o primeiro serviço de aborto legal numa maternidade pública da cidade em que morava. Sua alegria sugere que para ela a maternidade não é um destino a ser cumprido a qualquer preço, e no seu depoimento o aborto surge como uma possibilidade de dizer: agora não, desta forma, não! Ao tomar conhecimento da lei, ela decidiu interromper a gravidez. Mas, na maior parte das delegacias do país ela não receberia tal informação, e até 1989, mesmo que a recebesse, ela não teria um único serviço público ao qual recorrer, em todo o Brasil, para exercer o seu direito de não levar adiante uma gravidez pós-estupro.

Neste capítulo abordaremos ações estratégicas na implantação e fortalecimento da política de atenção ao aborto legal pós-estupro no Brasil. Daremos ênfase à atuação dos sujeitos favoráveis à materialização da lei que permite o aborto pós-estupro porque muitas de suas ações incidem diretamente na criação das condições materiais e operacionais desta política, como a capacitação de equipes de saúde, a definição de procedimentos, a definição de serviços e referência, do fluxo do atendimento entre os diversos serviços que compõem as redes de atendimento etc. Estas ações coordenadas pelo Estado, sociedade civil ou por meio de parcerias entre ambas, foram decisivas para a oferta de serviços e sua expansão.

1. Estratégias e ações do movimento feminista pela descriminalização e legalização do aborto

1.1 A reivindicação pública do direito ao aborto

Na década de 1980 as feministas provocaram o debate público sobre o aborto ao defenderem o direito da mulher interromper a gestação. Durante duas décadas um dos principais enfoques desta luta foi a reformulação da legislação de 1940. No entanto, não havia um consenso sobre qual a melhor estratégia para garantir o acesso ao aborto, se pela descriminalização ou pela legalização. Somente em 2005 o movimento feminista formula o seu anteprojeto de lei, articulando a descriminalização com a legalização.

Em paralelo à discussão sobre o direito ao aborto, no final dos anos 1980, emerge e se fortalece a pressão das feministas sobre o Estado para que fossem criadas condições de usufruto do direito ao aborto em casos de risco de vida e estupro. A ilegalidade foi questionada pela afirmação da existência do aborto legal. Um olhar sobre o problema resultou na contestação do crime do aborto como verdade absoluta, aceita socialmente. Resgatando-se o

artigo 128 do Código Penal, deu-se visibilidade ao aborto permitido em lei quando há risco de vida para a mulher e quando a gravidez foi causada por um estupro.

Reinterpretando a legislação as feministas lançaram nova estratégia de luta afirmando que o aborto é legal, que o Estado tinha uma dívida social com as mulheres desde 1940, e que esta dívida deveria ser resgatada pela garantia do aborto nos serviços públicos de saúde.

Eu acho que o detonador do processo [de implantação de serviços] foi a estratégia do movimento feminista brasileiro de criar a **figura do aborto legal**. [grifo nosso] Esse é o principal ponto. O movimento trabalhou com a excepcionalidade no Código Penal transformando essa excepcionalidade no aborto legal e durante duas décadas esse discurso pegou. Ele pegou em todos os sentidos. Ele pegou para uma grande parcela da população, ou pelo menos da parcela informada da população e ele fez sentido na categoria ou nas associações médicas, inclusive entre gestores da saúde. Enfim, essa figura passou a fazer sentido para grandes grupos no Brasil, grupos que influenciavam decisões políticas (Entrevista N^o 14. Médica sanitária / gestora / coordenadora política das Jornadas).

Com base na convicção do direito ao aborto e com a bandeira do aborto legal as feministas investiram na sensibilização de sujeitos estratégicos no âmbito do legislativo, executivo, judiciário e do ministério público; construíram parcerias com profissionais de saúde e entidades científicas da área de ginecologia e obstetrícia e com outros movimentos sociais; buscaram o apoio da mídia; realizaram campanhas informativas para a população visando construir uma nova forma de pensar o assunto e reivindicaram a colocação de feministas em cargos de gerência de programas de saúde da mulher no âmbito municipal, estadual e federal como estratégia de intervenção direta no Estado e nas políticas públicas.

No início dos anos 1980, o aborto legal foi debatido no contexto da atenção integral à saúde da mulher. Nas oficinas para implementação do PAISM, a partir de 1984, que foram realizadas pelo Ministério da Saúde em parceria com grupos feministas, como o SOS CORPO, de Recife, Coletivo Sexualidade e Saúde, de São Paulo, Grupo Transas do Corpo, de Goiânia, entre outros, estava a discussão do aborto. Com uma metodologia que privilegiava a vivência e a reflexão, enfocava-se o aborto como questão de saúde pública, como uma das principais causas de mortalidade materna, como direito individual, mas também como questão de foro íntimo, pessoal, inserida na vida particular e única de cada mulher. As feministas investiram na produção de pesquisas e materiais educativos com mulheres relatando suas experiências de aborto, buscando trazer a questão para o cotidiano, em que os princípios morais, religiosos, filosóficos ou políticos são vistos como referências para a tomada de decisão, mas não podem representar um roteiro rígido a ser seguido da mesma maneira por todas as pessoas. Valorizou-se a capacidade da mulher tomar decisões éticas, assim como o combate ao preconceito de ser o aborto como um ato de uma pessoa sem princípios, promíscua, devassa ou desprovida de humanidade.

No início dos anos 1990, o movimento feminista no Brasil já estava bastante estruturado e destacava-se pela forte atuação dos grupos, organizações não governamentais e núcleos de estudo das universidades. Uma das áreas mais importantes era a de saúde. Funda-se a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais, que junto

com o movimento feminista como um todo, levou o debate sobre o aborto para outros segmentos da sociedade ao vincular o tema à agenda mais ampla de saúde e direitos reprodutivos (OLIVEIRA, 2001). A Redesaúde criou grupos de trabalho sobre temas específicos, sendo um deles sobre aborto e definiu o “aborto legal”, em particular por estupro, como a principal frente de luta.

Nesse espaço da Rede Feminista de Saúde definiu-se que **uma estratégia importante naquele momento seria lutar pela implantação dos casos previstos em lei** [grifo nosso], baseado inclusive na experiência de São Paulo, na gestão de Mazé no governo Erundina, que conseguiu implantar e dar visibilidade ao serviço de aborto legal do hospital Jabaquara. Então, muito baseado nessa experiência e na importância que teve politicamente aquela ação, o grupo entendeu que seria importante lutar pela ampliação [dos serviços] em todo país. Eu penso que foi uma estratégia bem sucedida, a despeito de alguns setores do movimento acharem que era uma estratégia reformista, um passo atrás (Entrevista Nº 11. Psicóloga / mestre m sociologia / secretaria executiva das Jornadas).

O debate sobre a melhor estratégia de luta pelo direito ao aborto mantém-se vivo. Há feministas que defendem a radicalidade do movimento na reivindicação do que considera a plenitude dos direitos da mulher. Para outras, devido às resistências da sociedade, não é possível avançar senão passo a passo, conquistando aliados gradativamente³⁴.

É difícil dizer se outra estratégia poderia ser implementada pelas mulheres em um contexto de tantas e tamanhas resistências. Nos anos 1980, mesmo com todos os anseios de liberdade estimulados pela queda da ditadura, havia muitas restrições ao pleno exercício da liberdade sexual e reprodutiva da mulher, e em particular ao aborto. Nesse contexto a ocupação de espaços nas instituições estatais, revelou-se uma das estratégias mais eficazes.

Tendo como elemento fundamental do processo, a convocação de uma feminista para a gerência do programa de saúde da mulher da prefeitura de São Paulo, registra-se a partir de 1989 neste município, o início da implantação de serviços de aborto legal no país. A experiência teve grande impacto na categoria médica, em particular entre os obstetras e ginecologistas da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; nas faculdades de medicina, principalmente de São Paulo e no Congresso Nacional, onde são apresentados vários projetos sobre o tema, favoráveis e contrários à implementação do aborto. A Igreja Católica, principal ator social contrário ao aborto, reorganiza e intensifica sua oposição por meio de campanhas nacionais e de uma forte pressão sobre os poderes executivo e legislativo.

1.2 A luta no parlamento contra a ofensiva conservadora

Em 19 de fevereiro de 1991, para regulamentar este atendimento em todo o Brasil, o deputado Eduardo Jorge do PT de São Paulo (Secretário de Saúde de São Paulo em 1989) e a deputada Sandra Starling do PT de Minas Gerais, apresentaram na Câmara o projeto de Lei nº

³⁴ Voltaremos a esta questão no tópico 3.2.2 - Um projeto do poder executivo para legalização do aborto no Brasil

20/91, propondo a obrigatoriedade do atendimento ao aborto legal pela rede pública de saúde. A legislatura 1991-1994 foi encerrada sem que esta proposição fosse votada (VASCONCELOS, 2000). Mas, ela representa o início de um debate intenso que se prolonga até os dias atuais, sem que nenhuma lei tenha sido aprovada ou modificada.

Em 1995 o deputado Eduardo Jorge pede o desarquivamento do PL 20/91, que seguiu para a Comissão de Seguridade Social e Família, onde foi designada como relatora a deputada Jandira Feghali (PC do B, RJ). Os debates sobre o PL 20/91 prolongaram-se até 1997. No sentido contrário, também em 1995, o deputado Severino Cavalcanti submete ao Congresso uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC 25/95) definindo a inviolabilidade do direito à vida desde a sua concepção. Se aprovada, pela Constituição estaria proibido todo e qualquer tipo de aborto, sem exceções, nem mesmo para o risco de vida da gestante. Em razão destes fatos e aproveitando a mobilização relativa à preparação da IV Conferência Mundial para a Mulher (que se realizaria em *Bejin*, em setembro de 1995), as feministas propuseram à deputada Jandira Feghali que levasse o projeto à votação na CSSF (VASCONCELOS, 2000).

O Projeto de Lei nº 20/91 foi submetido à apreciação da Comissão de Seguridade Social e Família em 28 de agosto de 1995 e à Comissão de Constituição e Justiça e de Redação em 20 de agosto de 1997. Na primeira passou por uma margem curta de votos e na segunda com o voto de desempate da relatora. Após aprovação na Comissão de Constituição Justiça e Redação (CCJR), o projeto deveria ser encaminhado ao Senado, o que não foi possível por causa do recurso de um parlamentar solicitando sua apreciação no plenário da Câmara (VASCONCELOS, 2000).

A aprovação do projeto na CCJR da Câmara provocou reações no executivo. O ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, afirmou que pediria o veto do presidente caso a lei fosse aprovada, novamente com grande repercussão e crítica da mídia. Curiosamente é este ministro quem assina a resolução do CNS recomendando a assistência ao aborto legal no SUS, na véspera de sua exoneração, em março de 1998.

O debate no Congresso toma novo impulso quando em novembro de 1998 o Ministério da Saúde define critérios para o atendimento ao aborto legal. O deputado Severino Cavalcanti contesta o entendimento do MS, de que a lei, por ser clara na sua definição dos casos em que o aborto não era passível de pena, poderia ser aplicada sem necessidade de regulamentação específica e leva à Câmara Federal um projeto de Decreto Legislativo para sustar a aplicação da Norma Técnica de Atendimento ao Aborto Legal, 15 dias após sua publicação na Internet. Ele argumentava que o poder executivo estava sobrepondo-se ao poder legislativo, posto que o PL 20/91 não havia sido aprovado pelo plenário da Câmara nem pelo Senado. A proposta foi rejeitada em 25 de agosto de 1999, na CSSF, por 24 votos a favor e 16 contra. Em 13 de setembro de 2000, na CCJR, o parecer contrário do relator recebeu 23 votos a favor e apenas 03 contra. Além da pressão das feministas, de profissionais de saúde e de outros movimentos sociais que defendiam a assistência ao aborto legal, sobre os parlamentares, é pouco provável que o legislativo estivesse disposto a enfrentar um conflito aberto com o poder executivo por causa de uma norma técnica que recomendava o atendimento ao aborto secundário à violência

sexual, com o que a maioria dos deputados concordava, conforme indicam as pesquisas sobre o assunto (VASCONCELOS, 2000).

Ao nosso ver, o PL 20/91 perdeu força após a implementação da Norma Técnica de Atendimento ao Aborto Legal pelo MS, mesmo sendo superior à Norma Técnica, que não tem poder de lei e, portanto não obriga o gestor a prestar este atendimento na rede pública. É possível que ele não tenha sido reapresentado porque a correlação de forças para uma votação em plenário de um projeto que envolve o aborto é muito mais complexa, levando ao receio de sua desaprovação, o que significaria um retrocesso e questionaria a legitimidade da implementação do atendimento em curso. Apesar da importância dos instrumentos legais para a materialização das políticas, no caso do aborto, deve-se perguntar até que ponto uma lei obrigando o SUS a oferecer o aborto legal modificaria o ritmo com que este processo vem se dando. No momento atual, os debates no Congresso Nacional ocorrem em torno da proposta de lei levada à Câmara pela Comissão Tripartite, que propõe a descriminalização e a legalização do aborto, assunto a ser abordado mais adiante.

1.3 A busca de adesão da sociedade: campanha pela garantia de direitos

Em 1995, as feministas lançaram a campanha nacional **Pela vida das mulheres, nenhum direito a menos!**, iniciada quando estava sendo instalada a comissão para apreciação da PEC 25/95. Para definir as estratégias de defesa de direitos junto aos deputados, foi realizada pelo Cfêmea, uma pesquisa de opinião entre os deputados. Foram entrevistados 75% dos entrevistados, destes 73,4% eram favoráveis ao aborto nos casos previstos em lei. Já em relação à descriminalização do aborto 33,7% eram a favor e 33,5% eram contra. A situação encontrada parecia indicar que a PEC 25/95 não seria aprovada, no entanto, dado o poder de pressão da Igreja Católica as feministas temiam pela reação dos deputados e senadores – ameaçados pelos grupos religiosos de serem incluídos numa lista “contra a vida” a ser distribuída entre os eleitores - e investiram no trabalho direto junto a cada parlamentar e promoveram eventos públicos buscando romper a polarização “contra x a favor” para colocar o debate sobre o aborto no contexto dos direitos humanos e do cumprimento dos acordos internacionais (OLIVEIRA, 2001).

Em 1997 o Brasil preparava-se para a visita do Papa, que chegaria em outubro. Era tido como certo que ao falar aos fiéis ele condenaria o aborto, em qualquer circunstância, como forma de pressionar o Congresso contra a regulamentação do aborto previsto em lei.

Nos meses precedentes à sua chegada, este debate ganhou mais espaço na mídia e as Católicas pelo Direito de Decidir, divulgaram carta aberta à população criticando a posição do Vaticano na Conferência de *Beijing* contra os direitos reprodutivos. Este grupo, criado em 1993, com forte atuação no parlamento, expôs divergências no próprio campo da Igreja, o que até os dias atuais tem sido punido rigorosamente. Mas, este grupo por ser uma organização não governamental desvinculada da hierarquia Católica, não está sob domínio da Igreja e, portanto não pode ser punido. Assim, a Igreja limita-se a questionar a legitimidade de sua fala,

afirmando que se estas mulheres fossem “católicas” seguiriam as orientações de Roma. Com o que este grupo discorda. Com uma perspectiva de análise da religião católica diferente da alta hierarquia da Igreja, elas defendem os direitos da mulher católica manifestar-se conforme a sua fé e conforme os princípios cristãos da autodeterminação e do livre arbítrio.

Em meio aos debates a Rede Saúde em conjunto com as Católicas pelo Direito de Decidir, lançaram a **Campanha Nacional pela Regulamentação do Atendimento aos Casos de Aborto Previstos por Lei na Rede Pública**, como parte das atividades do Dia 28 de Setembro - Dia de Luta pela descriminalização e legalização do aborto na América latina e no Caribe, escolhido no V Encontro Feminista da América latina e do Caribe, em San Bernardo, na Argentina, em 1990 (OLIVEIRA, 2001).

Outra mobilização importante tem sido a do Dia 28 de Setembro. Anualmente, nesta data, realizam-se atividades coordenadas por 07 redes regionais, em cerca de 21 países. O Brasil, por meio da Redesaúde, participa desta campanha desde o seu lançamento. E, em 2004 lançou a consigna: “**Aborto: as Mulheres decidem, a Sociedade respeita e o Estado garante**”, ressaltando a necessidade de serviços de saúde, a redução da mortalidade materna, o cumprimento das leis e a liberalização das leis punitivas” (OLIVEIRA, 2001).

1.4 A articulação com a mídia

A mídia deu intensa cobertura à discussão sobre a PEC 25/95 no Congresso, pelo retrocesso que poderia representar e pelo caráter desumano dos argumentos utilizados em relação às mulheres em risco de vida por causa da gestação ou vítimas de violência sexual. Segundo feministas da área de comunicação, esta atuação da mídia foi fator determinante para que a proposta da PEC não fosse adiante. No depoimento a seguir aparece também a idéia da modernidade como valor para a sociedade brasileira, o que parece ter sido um aspecto importante na formulação da lei em 1940.

(...) Nós podemos dizer que esta PEC foi derrotada no debate público. Ela não foi derrotada no Congresso. Ela foi derrotada no espaço de mídia. E isso aconteceu porque nós tivemos o apoio dos grandes meios de comunicação no Brasil, dos grandes jornais, das grandes emissoras de televisão e das principais revistas. Esses veículos junto com os seus principais jornalistas se posicionaram contra a PEC. Por que? Porque era muito retrógrada, era muito atrasada, e esses veículos têm por trás de si o prestígio de serem modernos. No Brasil, ser moderno é um valor muito importante, muito forte. Quando Severino Cavalcanti colocou aquela PEC tão retrógrada, a gente falava que ia voltar 55 anos. E nós tivemos os grandes articulistas dos principais veículos de comunicação do Brasil, escrevendo artigos, por iniciativa própria, contrários à PEC (...) Eu não quero falar nomes porque sinto falar porque eu vou esquecer de algum. Todos os dias saía algo contrário à PEC, isso ajudou muito porque estes jornalistas são muito informados, são pessoas que têm uma capacidade ímpar de análise e essas pessoas se deram ao luxo de escrever artigos inteiros e colunas inteiras contrárias à PEC 25/95 Corroborando, de alguma maneira os argumentos feministas (Entrevista Nº 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

Esta posição demonstra uma grande mudança em relação às décadas anteriores. Para Ardaillon (1997, P. 31), a polêmica do aborto na imprensa impõe uma periodização:

Até 1975, o aborto é um drama social, uma questão de saúde pública essencialmente. De 1975 a 1988, assiste-se ao início da demanda efetiva de legalização do aborto, passa-se para o âmbito mais asséptico da lei. Finalmente de 1998 até agora, reina a argumentação contemporânea a respeito da saúde reprodutiva e dos direitos reprodutivos.

Essa nova perspectiva de atuação levou a mídia a ser vista pelas feministas como um dos sujeitos mais importantes na defesa do direito ao aborto legal na sociedade brasileira. Isso representa uma grande mudança em relação à abordagem do problema em décadas anteriores.

Se nós olharmos a mídia de 95 para cá, nós vamos ver que a mídia tem muito claro o direito ao aborto legal. Se a sociedade não tem isso consolidado, não sabe desse serviço, isso você não encontra na mídia. O profissional da mídia, o profissional médio, ele sabe que o serviço existe, ele sabe que isso é um direito, ele tem opinião formada sobre esse tema (...) Eu não tenho dúvida de que hoje quando você sai à rua com uma pesquisa do Ibope, uma pesquisa de grandes institutos, de datafolha, sobre aborto legal e 87% da população fala que não só conhece e que é a favor desse tipo de aborto, é porque tem a ver com a postura da mídia. Tem a ver com esse período de mídia de cobertura intensa e de esclarecimento [durante a discussão da PEC 25/95]. Quando tinha um argumento favorável ele era liquidado através da mídia, e não precisava ser liquidado somente pelas vozes feministas. Aí nós já tínhamos muitos parceiros e um dos parceiros foi a mídia (Entrevista N° 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

Para Ardaillon (1997) a mudança de posição e a atuação da mídia favoreceram o exercício da democracia, democratizando o próprio feminismo brasileiro e evidenciando a fraqueza dos fundamentalismos.

A Igreja católica defende que a vítima de estupro tenha o filho e após o parto entregue a criança recém nascida para uma instituição Estatal. Ela não considera o sofrimento aí envolvido, como se a gravidez fosse algo desprovido de significados, afetos e consequências para a vida das mulheres. Argumento distante da vida real, revelado por artigos e editoriais publicados nos grandes jornais. Estes artigos foram escritos tanto por feministas, médicos, advogados, quanto pelos próprios jornalistas e diretores dos jornais.

A mulher deve ter, deve levar a gravidez a termo e depois., disse uma articulista da Folha, cria-se a “estuprobrás”, um espaço no Brasil para criar os filhos das mulheres estupradas. A Igreja trazia argumentos antigos, absurdos, mas ao mesmo tempo foi muito importante porque naquele momento o feminismo diante desses absurdos repensava os seus argumentos e foi um momento intenso de diálogo do feminismo com a sociedade, através da mídia. Acho que nós nunca renovamos tanto os argumentos nesse campo do aborto legal como naquele momento do debate público, onde a questão do aborto legal ficou nas primeiras páginas de jornal por mais de 35 dias (Entrevista N° 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

A PEC 25/92 foi derrotada pela Comissão Especial e pelo Plenário da Câmara dos Deputados, numa sessão que teve grande participação dos deputados. Inclusive com

recomendação de todos os líderes partidários, à exceção do partido do deputado Severino Cavalcanti, autor da emenda. Os resultados foram os seguintes: votos contra a emenda: 87,8%; votos a favor: 8,2%; abstenções: 4% (OLIVEIRA, 2001).

Para o movimento feminista foi tão importante a ação da mídia que a partir deste momento o trabalho de assessoria de imprensa avançou muito. A Rede Saúde e a Comissão de Cidadania e reprodução desenvolveram um projeto de ação junto aos meios de comunicação (OLIVEIRA, 2001) e até os dias atuais o monitoramento da mídia tem sido uma das principais estratégias do movimento para subsidiar suas ações.

1.5 As feministas elaboram sua proposta pela legalização do aborto

O acesso ao aborto legal ainda é um problema para a maioria das mulheres no Brasil. Mas, o fato de haver um processo em curso, no qual estão envolvidos não apenas grupos feministas, mas muitos outros sujeitos defendendo a assistência ao aborto legal, e que contabiliza avanços, a estratégia das feministas atingiu, ainda que parcialmente, seu objetivo.

Nos anos 2000 cresceram as parcerias entre governos estaduais e municipais e grupos da sociedade civil para a construção de redes de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. E, a eleição em 2002 de um presidente da república oriundo do PT gerou expectativas no movimento feminista quanto às possibilidades de revisão e ampliação da legislação, uma vez que se tratava de um partido alinhado com as demandas sociais, que parecia querer respeitar os acordos internacionais assinados pelo Brasil, que propõem políticas para a redução da mortalidade materna e adoção de medidas de prevenção do abortamento em condições inseguras.

Os parcos e lentos avanços na implementação do aborto legal, e a conquista de alianças, foi acompanhado de uma forte investida por parte dos grupos religiosos conservadores. O risco inclusive de um retrocesso legislativo em um congresso onde cresce a representação e a articulação de parlamentares vinculados às igrejas cristãs era um fato a ser considerado. Nesse contexto, ao avaliarem esta conjuntura as feministas decidiram que era preciso retomar o debate sobre o aborto em um outro patamar, radicalizar demandas, elaborar propostas e investir em novas estratégias. Cria-se então as **Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro**. Aqui, o fato novo é o movimento ter criado uma articulação, com mais de trinta grupos, voltada exclusivamente para a questão do aborto, com uma definição política clara de defesa da legalização. Os grupos que compõem as Jornadas se comunicam diariamente, por meio da Internet. Seu objetivo é a descriminalização e a legalização do aborto, mas sem perder a perspectiva de ampliação do acesso ao aborto legal. Sua estrutura inclui uma coordenação política, um grupo impulsor e uma secretaria executiva. As discussões subsidiam a tomada de decisão coletiva e cada grupo mantém sua autonomia para a execução dos seus projetos, mas são estimulados a incluírem em suas pautas de trabalho a discussão do aborto com grupos e populações específicas.

A secretaria executiva das Jornadas monitora diariamente o que é publicado sobre aborto na mídia, com o intuito de responder matérias positivas ou negativas, estimular que outros o façam e manter aceso o debate sobre. Além disso, este acompanhamento é fundamental para se ter informações sobre a opinião da sociedade sobre o assunto.

Uma das principais ações voltadas para a ampliação de aliados é feita por meio de “diálogos estratégicos”. Isso significa reunir representantes ou lideranças de algum setor da sociedade, por exemplo, médicos, juristas, jornalistas, estudantes com um grupo de feministas para dialogar sobre o tema do aborto na perspectiva de sensibilizar este grupo para que ele possa analisar o problema numa perspectiva diferente da estabelecida e possa vir a ser um aliado. A isso as Jornadas chamam: “ganhar mentes e corações”. Este trabalho também se dirige a grupos populares, o que representa um desafio ainda maior pelas ligações destes grupos com setores da Igreja, o que implica em maiores dificuldades para se discutir o aborto.

Agora, um dos grandes desafios que as Jornadas se colocam é “ganhar mentes e corações” de mulheres do meio popular que se identificam com o feminismo, que são feministas. Mulheres do meio popular, que estão em associações de bairros, que estão em outros tipos de movimento (Entrevista Nº 11. Psicóloga / mestre em sociologia / secretaria executiva das Jornadas).

As Jornadas incluíram o tema da legalização do aborto na I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres. Trabalharam nas conferências locais e foram organizadas para os grupos de discussão da Conferência Nacional conseguindo em todos eles a aprovação da proposta de revisão da legislação punitiva sobre o aborto e a inclusão no Plano da proposta de criação de uma Comissão Tripartite para coordenar esta revisão.

No seu conjunto esse trabalho representa um avanço nas estratégias das feministas, e isso surpreende suas próprias integrantes que ressaltam a disciplina, a capacidade de articulação e de estabelecer parcerias com outros grupos.

Eu acho que as estratégias do movimento de mulheres deram um salto com as Jornadas que honestamente, embora eu tenho feito parte de todo o processo e do grupo que coordenou o desenho das estratégias, eu não era capaz de imaginar que o movimento trabalharia de maneira tão orgânica e tão disciplinada com as suas estratégias como nunca eu tinha acompanhado no feminismo (Entrevista Nº 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

Esta disciplina e capacidade de organização são vistas como resultante do processo de acúmulo do movimento, tanto no aspecto político como teórico.

Eu acho que tinha um ambiente favorável porque o movimento trabalha com direitos reprodutivos e saúde há tanto tempo, tem tanta gente bem informada, bem equipada, e com o advento das Jornadas isso foi revelado. Tanto que com a criação da Tripartite, as Jornadas foram capazes de reunir um grupo de trabalho e gerar um anteprojeto de lei, o que parecia impossível. Quando eu vi, (eu faço parte da coordenação das Jornadas) quando o projeto chegou no meu e-mail e eu imprimi, eu chorei. Nós conseguimos! Não era possível um movimento ser a favor do aborto e não ter um projeto. E em três meses se tinha um projeto que não era só das feministas, mas de co-atores estratégicos, aqui e acolá (Entrevista Nº 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

A capacidade de trabalho e maturidade do movimento feminista no Brasil é reconhecida também por especialistas em saúde da mulher. Alguns afirmam que dentre as principais condições que propiciaram a oferta de serviços de aborto legal no país está a força e a ação sistemática deste movimento.

O que foi mudando no Brasil foi à força do movimento de mulheres organizadas. Eu costumo dizer quando viajo, que eu não conheço nenhum movimento de mulheres, em nenhum país do mundo, estou incluindo países desenvolvidos, que tenha um movimento de mulheres tão maduro, e tão bem organizado, como o do Brasil. E ele conseguiu uma força política que passou a contra-arrestar a força política de Igreja e dos movimentos mais conservadores que não iriam permitir algo como foi a implantação do serviço no hospital Jabaquara (...). Isso criou condições para que algumas pessoas, e aí eu me coloco como uma delas, começassem a trabalhar no meio médico (Entrevista Nº 04. Professor de obstetrícia; consultor permanente da OMS).

O anteprojeto de lei das Jornadas entregue em 2005 à Comissão Tripartite apresenta restrições à prática do aborto. Nesta proposta, a mulher tem o direito de abortar de acordo com os seus próprios motivos, mas salvo situações de risco de vida e malformações fetais graves irreversíveis ou incompatíveis com a vida extra-uterina, ela não pode fazê-lo em qualquer momento da gestação. Para algumas feministas a partir de um determinado momento da gestação, há sim, um conflito de direitos entre a mulher e o feto. Esta posição prevaleceu no debate que levou à formulação do anteprojeto de lei, embora haja questões a serem consideradas, como, por exemplo, abortar em um contexto de legalidade ou de ilegalidade, posto que nas duas situações são grandes as diferenças de oportunidades oferecidas às mulheres para a tomada de decisão e prática do aborto.

Para as Jornadas, a mulher pode decidir o aborto em qualquer situação, estupro, risco de vida, mal-formação fetal, doença grave incompatível com a vida, porque é pobre, porque não quer, porque não quer ser mãe, por qualquer motivo. Mas, o movimento tem uma posição moderada em relação ao tempo, mas não tem em relação ao motivo. Por outro lado eu também não vejo no movimento uma atitude acusatória de julgamento se por acaso a mulher fizer aborto, por exemplo, com 15, 16, 17 ou 20 semanas. Principalmente porque ela faz num contexto de clandestinidade. O movimento discute a limitação de tempo dentro de um contexto de legalidade, em que há acesso à informação, onde a mulher que ficou grávida pode detectar essa gravidez precocemente, tem onde procurar informação e tem acesso à interrupção. Então ela pode fazê-lo dentro do tempo proposto, o que não é o caso atual. Hoje a clandestinidade impede o acesso à informação e ao procedimento seguro (Entrevista Nº 11. Psicóloga / mestre em sociologia; secretaria executiva das Jornadas).

Com base numa discussão em que critérios éticos, técnicos e políticos foram discutidos exaustivamente, chegou-se a um anteprojeto que propõe a legalização do aborto sem restrições de motivos até 12 semanas. É provável que esta posição tenha sido influenciada por, pelo menos, três tipos de experiências ou posições.

Em primeiro lugar citamos (não por ordem de importância) a experiência de gestoras feministas na criação de serviços de aborto legal, que ao enfrentar a necessidade de definir

procedimentos técnicos para realização do aborto, por meio das normas técnicas de orientação aos profissionais de saúde, foram questionadas se há limites – de tempo gestacional - ou não para a tomada de decisão e para a interrupção de uma gravidez. E a resposta tem sido sim, há limites. Não parece viável política, moral e operacionalmente recomendar e orientar a interrupção de uma gravidez por estupro em qualquer momento da gestação.

(...) Eu acho que quando você começa a entrar num terreno novo, você começa com um certo grau de compreensão das coisas e depois isso vai se modificando (...) Eu admito que [a partir de 20 semanas de gestação] há um conflito de direitos, entre o direito da mulher, diante de sua própria vida, reagir diante de uma gravidez não planejada ou mesmo em caso de estupro, e o direito do feto. Eu acho que se a gente conseguir oferecer condições para que as mulheres objetivamente tenham acesso à interrupção precoce da gravidez e acolhimento em situações como essa, não se justifica que a gente vá além de 12 semanas (Entrevista Nº 14. Médica sanitária / gestora / coordenadora política das Jornadas).

A segunda experiência é a escuta da fala médica e das demais categorias da saúde, que em parceria com os gestores trabalharam na elaboração de normas técnicas e discutiram suas percepções, dúvidas, constrangimentos e certezas em relação à prática do aborto. A grande maioria dos médicos, mesmo aqueles que defendem o direito da mulher decidir por um aborto, estabelecem limites a esta prática.

Se aceita que o fim da vida acontece quando não há mais atividade cerebral. Então você poderia pensar que o início da vida é quando tem início a atividade cerebral. Se você aceita essa analogia, eu acho que é um bom motivo para aceitar 12 semanas como limite porque antes das 12 semanas não há nenhuma conexão entre neurônios que possa chamar-se de atividade cerebral. (...) Depois das 12 semanas, o feto começa a ter atividade cerebral. Por que 12 semanas, porque não 13, porque não 14? Eu acho que nunca vai ter duas pessoas que estejam de acordo de qual é o limite. Mas como eu te disse antes: eu tenho muito claro que uma célula não tem direitos e que um feto de 40 semanas tem muitos direitos. Em que momento deixa de ser ético não sei. Agora o que eu entendo é que as circunstâncias variam. No caso do risco de vida para a mãe, entre a vida da mãe e a vida do feto eu tenho que eleger a vida da mãe (Entrevista Nº 04. Professor de obstetrícia; consultor permanente da OMS).

Uma terceira possível influência é a opinião da população brasileira. Segundo pesquisas de opinião, a sociedade é sensível e aprova a interrupção da gravidez em circunstâncias como o estupro, por exemplo, e esta opinião foi sendo construída nas últimas décadas, com a visibilidade que a questão adquiriu.

A sociedade brasileira teve que aprender nos últimos 15 anos, primeiro conhecer essa possibilidade do aborto legal e formar opinião e já formou. Ela é favorável ao aborto em caso de estupro. Aliás, ela é favorável numa média de 80%, inclusive entre católicos (Entrevista Nº 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

Em resumo, a sociedade brasileira não parece inclinada a aprovar a legalização do aborto de forma ampla e irrestrita. O movimento feminista, ao propor um projeto de legalização para as mulheres brasileiras não pode desconhecer esta realidade. Mesmo sem o consenso de todas as feministas, o anteprojeto das Jornadas atende em parte essa demanda social, pois

não restringe motivos para a decisão da mulher, mas apresenta restrições no tempo gestacional – 12 semanas por qualquer motivo; 20 semanas em caso de estupro; sem limites de tempo em caso de risco de vida para a mulher e malformações fetais irreversíveis, graves, ou incompatíveis com a vida extra-uterina, como tem sido feito na maioria dos países onde o aborto é legalizado.

Nós temos agora o que dizer à sociedade (...) nós não vamos dizer que a mulher deve ter direito ao aborto, basta ela querer. Nós vamos dizer a mulher deve ter direito ao aborto com muitas restrições e quais são as restrições. É com esse discurso que nós vamos tocar mentes e corações, porque liberou geral ninguém vai querer, que essa sociedade não quer a liberação geral e nem nós queremos, nós temos restrições. O aborto só poderá ser feito até x semanas, em x condições etc e tal. Mas e o exercício da liberdade da mulher? A mulher tem x semanas para o exercício da sua liberdade, da sua autonomia. Não foi possível? Essa gravidez não pode ser mais interrompida. E o movimento só vai crescer se ele for capaz de dizer isso no seu diálogo com a sociedade, com a opinião pública, porque são esses corações e mentes que têm que mudar, para mudar o Congresso (Entrevista Nº 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

Com este projeto, encaminhado como contribuição ao trabalho da Comissão Tripartite, as feministas aproximam-se de seus parceiros e da opinião majoritária da população brasileira, reforçando a opinião daqueles que vêem no feminismo um “movimento dinâmico que renova suas estratégias no confronto com seus interlocutores, assim como a cada conquista ou novo desafio” (COSTA, 2005). Talvez com maior flexibilidade, o movimento feminista segue trabalhando com os mesmo objetivos: criar um marco legal afirmativo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos; eliminar as proibições e restrições legais ao exercício desses direitos; consolidar uma nova interpretação da legislação e traduzir em políticas efetivas, o direito legalmente previsto e os princípios dos direitos consolidados nacional e internacionalmente (OLIVEIRA, 2001, p 23).

2. Iniciativas institucionais e profissionais

2.1 Uma luta local: a experiência original do Hospital Jabaquara

Em 1989, publica-se no Diário Oficial do Município de São Paulo a regulamentação da assistência ao aborto legal pós-estupro. Experiência original que inspira gestores, profissionais de saúde e feministas de outras cidades e estados brasileiros, o Hospital Jabaquara tornou-se conhecido no país a partir deste momento. Sua equipe de profissionais de saúde viaja pelo Brasil apresentando o trabalho: os médicos falam da realização do aborto legal para platéias que embora sabendo tecnicamente como fazê-lo não queriam realizá-lo mesmo concordando com a sua legitimidade. A assistente social apresenta um modelo que todos conhecem, mas pouco se pratica: o atendimento em equipe, cada um com a sua função, atuações diferentes e complementares, fundamentais para a qualidade do atendimento.

O trabalho no Jabaquara foi resultado de uma iniciativa governamental. Naquele momento assumira a gestão de São Paulo a prefeita Luiza Erundina, então filiada ao Partido dos Trabalhadores. O Secretário de Saúde, Eduardo Jorge, médico, era favorável à implementação do serviço no âmbito do SUS e a coordenadora de saúde da mulher, uma militante feminista, tinha sido indicada para o cargo pelo movimento de mulheres.

O aborto legal era uma das ações contempladas pelo programa de governo e logo no início da gestão foi decidido que esta seria uma das prioridades. Decidiu-se dar materialidade ao direito instituído em 1940. Era uma ação nova. Nenhum gestor municipal tinha tomado para si a tarefa de implantar um serviço de aborto legal na rede pública, menos ainda de divulgá-lo, de criar normas de atendimento e de buscar o diálogo com a sociedade sobre um assunto tão polêmico. A melhor estratégia para por em prática esta ação ninguém sabia e mais do que seguindo um roteiro pré-estabelecido ela foi acontecendo e os obstáculos foram sendo contornados à medida que iam surgindo, pela equipe gestora. Foram realizadas visitas aos hospitais públicos, todos bastante refratários ao assunto, alguns diretores foram ríspidos a ponto de convidar a coordenadora do programa de saúde da mulher a se retirar do hospital.

Nós decidimos implantar o serviço de aborto legal em março de 1989. A prefeitura naquele momento tinha 13 hospitais com leitos de ginecologia e obstetrícia. E aí eu comecei a visitar os hospitais, maternidades, depois passei para hospitais que tinham leitos obstétricos. Em todos os outros hospitais eu não tive nenhum apoio. Eu ia pessoalmente, fazia uma reunião com o diretor de obstetrícia, pedia para o diretor chamar outras pessoas, o diretor chamava. Eu acho que eu devo ter visitado naquele momento seis a sete hospitais, o Jabaquara foi um deles (Entrevista nº 05. Médica sanitária / gestora).

No Jabaquara a equipe da prefeitura encontrou um ambiente amigável. Um diretor e uma equipe dispostos a discutirem o assunto com mais profundidade na semana seguinte. Formou-se um grupo e foram realizadas oficinas de sensibilização, discutidos os procedimentos assistenciais e a portaria a ser publicada pela prefeitura, por meio de uma metodologia participativa, com técnicas de psicodrama. Destas oficinas, participavam desde a enfermeira até o porteiro. Foram pelo menos seis meses de trabalho semanal, até que a equipe estivesse pronta para oferecer o serviço e para divulgá-lo ao público.

O atendimento do hospital Jabaquara foi amplamente divulgado, não só em São Paulo, mas em todo o Brasil e hoje é uma referência para a saúde da mulher. O hospital surpreendeu por fazer o que ninguém queria fazer, nem tinha ousado fazer, ou se fazia, não o divulgava. Sua equipe tem o mérito de ter enfrentado uma questão tabu, uma polêmica moral, religiosa, ética e política. Deve-se ressaltar que a tomada de decisão pelo governo local foi a condição básica, sem a qual este e outros serviços não teriam sido implantados.

Juntou a reivindicação do movimento feminista claramente colocada como pauta, uma prefeita sensível, um secretário de saúde completamente comprometido com as reivindicações dos movimentos sociais e uma coordenação de saúde da mulher também interessada e comprometida com fazer cumprir esta lei, não é? Eu acho que foi uma conjunção de fatores. É evidente que o movimento podia reivindicar o que ele quisesse e se não tivesse gestores públicos comprometidos com isso, a coisa não aconteceria, porque nenhum gestor é obrigado,

a não ser que o Ministério Público determine. Eu não tenho dúvida nenhuma que se fosse um secretário e um prefeito que não tivesse compromisso aquilo ali não tinha saído porque foi um momento de muita tensão (Entrevista nº 05. Médica sanitaria / gestora).

Apesar da reação conservadora ter sido muito forte, conforme relatado no Capítulo I, a equipe da prefeitura sentiu-se apoiada e fortalecida pela reação favorável ao trabalho realizado. Esse apoio veio de movimentos populares de base, e do movimento feminista do Brasil e de outros países, tanto da Europa quanto da América Latina.

Eu tive bastante apoio: do meu secretário, da prefeita Luiza Erundina, do Movimento de Mulheres, não só de São Paulo, mas de vários estados e de vários países também. As mulheres organizaram, através da Rede da Holanda, do Chile, da Rede de Direitos Reprodutivos, uma campanha de apoio. Realmente vieram muitas cartas para o Secretário de Segurança Pública de São Paulo, para Eduardo Jorge, reforçando a posição dele. A própria OAB Mulher, de São Paulo, na época era Norma Kiriacos que estava à frente, fez todo um movimento. Então eu me senti bastante apoiada. Em nenhum momento eu pensei: ah, eu fiz isso e agora eu to sozinha. Muito pelo contrário. As pessoas foram extremamente éticas, cuidadosas, o próprio movimento que tinha indicado meu nome para a Secretaria Municipal de Saúde apoiou o tempo todo, organizou debates em torno do tema (...) Os movimentos sociais da periferia e a Casa da Mulher do Grajaú, onde eu tinha trabalhado muitos anos, a Casa Lilith que tinha mais o movimento de base, elas deram um apoio bem interessante. Não só das mulheres do movimento feminista, essas outras mulheres dos bairros populares também (Entrevista nº 05. Médica sanitaria / gestora).

O apoio à gestão municipal se refletiu no hospital Jabaquara, assegurando a continuidade do trabalho mesmo em momentos críticos. O serviço resistiu às mais variadas pressões por parte de grupos contrários à prática do aborto legal, às mudanças de governo e de modelos assistenciais, às trocas na direção do programa etc. Além disso, sua equipe foi de tal forma marcada pela própria experiência que se tornou um ator fundamental para a expansão dos serviços no Brasil, assumindo uma liderança reconhecida no meio médico e nos meios de comunicação. A equipe do Jabaquara foi pioneira no ato de assumir publicamente que realizava abortos legais, vencendo o próprio preconceito e o medo da crítica entre os pares.

Um dos motivos para os médicos não realizarem abortos legais é a incompreensão e o preconceito dos colegas. Fazer abortos é visto como um serviço sujo, do qual ninguém quer falar às claras. Muitos ginecologistas e obstetras recusam-se a falar do assunto com suas clientes mesmo em consultórios particulares, outros indicam medicamentos ou apóiam a decisão da mulher se ela toma esta decisão e por vezes indicam pessoas que o fazem clandestinamente. Mesmo o aborto permitido em lei quase ninguém quer discuti-lo e menos ainda realizá-lo. Uma das estratégias adotadas no Jabaquara e em muitos outros projetos de implantação ou de humanização da assistência à mulher, em geral com a participação de feministas, foram os processos de reflexão coletiva, por meio de oficinas com profissionais de saúde. Nestes encontros tenta-se desmontar preconceitos em relação ao aborto analisando-se situações concretas e os possíveis motivos que as mulheres têm para tomar esta decisão.

Olha-se o problema em suas múltiplas dimensões: de saúde, econômicas, amorosas etc. Certamente as oficinas de reflexão e sensibilização no Jabaquara tiveram grande impacto na equipe, mas o fundamental foi a possibilidade de escuta e estabelecimento de vínculos da equipe com as mulheres vítimas de violência.

Eu fiz uma mudança na minha rota profissional porque eu era um médico completamente contra o aborto. Eu discutia com as mulheres que queriam fazer aborto dentro do meu consultório, dentro do serviço público de saúde. Eu não sabia entender a necessidade dessas mulheres em relação aos seus direitos. Depois eu fui sofrendo uma modificação na medida em que eu comecei a trabalhar com mulheres que sofreram violência sexual e quando a gente começou a trabalhar no programa de aborto legal, no Hospital de Jabaquara. Aí, a partir disso, eu passei a olhar a questão de uma maneira diferente, passei a sentir mais o que as mulheres queriam realmente, e hoje eu trabalho nessa questão do aborto com muita tranquilidade. Hoje tenho uma visão diferenciada, olho para o lado da mulher, e ajudo essas mulheres fazendo os abortos legais do hospital Jabaquara. Tenho uma posição bastante favorável com relação a isso (Entrevista nº 06. Médico obstetra / Febrasgo).

No âmbito da categoria médica, em particular dentre os ginecologistas e obstetras, os depoimentos desta equipe contribuíram para derrubar barreiras e facilitar a abordagem do problema do aborto numa perspectiva não meramente clínica ou epidemiológica, mas também numa ótica de defesa dos direitos da mulher.

Este processo parece ter influenciado a postura de outros profissionais de saúde e de outras equipes, que vêm contribuindo para a implementação de projetos de sensibilização, capacitação e formação de redes, dentre os quais o exemplo de maior visibilidade nacional é a atuação do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas – Cemicamp que coordena o projeto do Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto em Lei. Outras experiências também têm sido levadas a termo em âmbito regional e local, como é o caso do Centro de Saúde Amauri de Medeiros – CISAM, em Recife, que tem trabalhado na capacitação de pessoal em diversos estados do norte e nordeste e de vários médicos(as) que individualmente se destacam na promoção destas ações em suas áreas de atuação.

2.2. Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto em Lei

A lei que permite o aborto pós-estupro existe, mas os médicos podem dizer: não pratico o aborto por objeção de consciência. Protegidos pela ética médica, ninguém pode obrigá-los ao contrário. Muitas vezes atrás da objeção de consciência está a convicção religiosa de que o aborto é pecado, que a ninguém é dado interferir no processo natural de evolução da vida; está também a dificuldade de lidar com uma situação para a qual não se foi preparado, e quem sabe, o medo de enfrentar os próprios conflitos e as divergências que vão surgir com os

demais colegas, a preocupação com a crítica, ou com a possibilidade de um processo criminal etc.

Estas questões têm sido motivo de debates acalorados entre feministas e profissionais de saúde. Para as mulheres se o Estado atuasse de forma mais incisiva, se a decisão de implementar esta política fosse clara e firme, os médicos teriam outra atitude, e mesmo que um deles alegasse razões de consciência para não fazer o aborto, com suporte institucional, outros o fariam. Critica-se também este argumento porque ele pode esconder uma dupla moral. Ou seja, as razões de consciência para não fazer o aborto são sustentadas em público, mas outra posição pode ser adotada no âmbito privado, seja profissional ou pessoa. Essa posição fortalece o preconceito em relação ao aborto e com quem o pratica, mesmo dentro da lei e isso resulta em prejuízo para as mulheres que necessitam do atendimento. Qual a melhor estratégia para enfrentar o problema? Para alguns, o Estado deve assumir a sua responsabilidade, para outros, é preciso trabalhar com muita paciência para conquistar aliados na categoria médica.

Quando os médicos não querem isso [o aborto legal] não acontece. Não é questão de lei ou da direção do Hospital. Eles se protegem na objeção de consciência e pronto, não fazem. Então era preciso dentro do próprio *medical establishment* começar a trabalhar. E trabalhar com muita paciência, e com muita consciência mesmo (Entrevista Nº 04. Professor de obstetrícia; consultor permanente da OMS).

Esta foi a principal razão que motivou a criação do Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto em Lei, em 1996, proposta de Aníbal Faundes, médico, professor titular de ginecologia e obstetrícia da Universidade de Campinas. Do lugar de quem tem o maior número de publicações científicas em sua área, este professor pelo respeito que adquiriu, pode levar aos titulares de ginecologia e obstetrícia de outras universidades brasileiras a proposta de que eles escutassem as mulheres e o movimento feminista, para que discutissem a questão do aborto na perspectiva da mulher. Sua intenção é demonstrar que ninguém é a favor, nem gosta de praticar um aborto, mas muitas vezes, para evitar que a mulher se exponha ao risco de morrer numa clínica clandestina, o aborto em condições seguras deve ser praticado.

O Fórum mudou de nome ao longo dos anos. No quarto encontro, chamou-se Fórum Interprofissional sobre Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual. Esta mudança tem pelo menos dois sentidos: ampliar a abordagem do problema, pois sempre que se discute o aborto pós-estupro emergem as demais questões envolvidas na violência sexual, e é uma forma indireta de sensibilizar as equipes de saúde em relação ao aborto, pois na discussão sobre a atenção integral à vítima de estupro, inevitavelmente chega-se ao questionamento do que fazer quando a gravidez acontece, e as pessoas são instadas a tomar uma posição. O processo de implementação do aborto legal na Paraíba, por exemplo, só avançou quando as feministas começaram a reivindicar a assistência à mulher vítima de violência sexual, do que o aborto faz parte na perspectiva da assistência integral. A palavra aborto, com todo preconceito que existe em torno dela, afasta de muitos profissionais de saúde do debate.

Anualmente é grande a demanda de participação no Fórum por parte de profissionais de saúde e de gestores, o que demonstra que o tema adquiriu relevância para as categorias da

saúde que trabalham com saúde reprodutiva e sexual. O Fórum é reconhecido como uma instância de atualização de práticas, que produziu normas para a assistência ao aborto legal antes do Ministério da Saúde; discutiu o papel de cada membro da equipe; ampliou o debate para incluir a atenção às vítimas de violência sexual de uma forma mais ampla; discutiu a profilaxia do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis; alertou gestores para a importância da organização e coordenação das redes e do atendimento integrado; chamou atenção à necessidade de institucionalização desta política dentro dos serviços e no âmbito dos governos locais³⁵.

Em 2005, a coordenação do Fórum (Cemicamp, Febrasgo, Ministério da Saúde e a Rede Nacional Feminista de Saúde) convidou os conselhos profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social para discutirem sua participação no processo de implementação do aborto legal. Isso reforça o caráter político do Fórum e o compromisso de seus coordenadores relação ao aborto. Neste décimo encontro, que ocorreu no Rio de Janeiro na mesma data em que estava sendo discutido o projeto de Lei para descriminalização e legalização do aborto, na Comissão de Seguridade Social e Família, foi aprovada por consenso a seguinte declaração:

Os participantes do X Fórum Interprofissional sobre Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei declaram por consenso seu apoio à necessidade de modificação da legislação no sentido de descriminalizar o aborto, ampliando as atuais condições de acesso, dentro dos limites baseados em critérios técnicos e garantindo o aborto legal e seguro, conforme as recomendações de diversos acordos e convenções internacionais assinados pelo governo do Brasil.

Com esta declaração os participantes do Fórum defendem o direito da mulher decidir sobre a interrupção da gravidez, mas ressaltam a preocupação com a segurança da mulher. Mas para eles, não é a mesma coisa interromper uma gravidez no início, no meio ou no final da gravidez, o aborto é um procedimento de exceção e deve ter limites à sua prática.

2.3. Comissão de Aborto Legal da Febrasgo

A partir dos anos 1980-1990, feministas e médicos iniciaram um diálogo que se transformou numa parceria fundamental para a implementação da atenção à mulher em situação de violência sexual. A discussão sobre o aborto avançou especialmente no espaço da ginecologia e obstetrícia, nos anos 1990, por influência da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo.

Sem dúvida a Febrasgo, entre os atores, se destaca muito. Nesse período que eu estava monitorando a mídia, os profissionais de saúde vinculados à Febrasgo já falavam desse lugar de associação médica e isso dava um grande respaldo. Mas sem dúvida, também dentro da Febrasgo, o Professor Faundes foi uma grande influência (Entrevista Nº 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

³⁵ Informações mais detalhadas podem ser encontradas nos relatórios do Fórum, por meio da Febrasgo, nos endereços: <www.febrasgo.org.br>, ou <Publicações@febrasgo.org.br>.

A Febrasgo fez um movimento muito interessante. Ela tinha uma Comissão que se chamava de medicina psicossomática, de ginecologia psicossomática e eu fui chamado algumas vezes para dar aula nessa Comissão sobre as conseqüências da violência sexual e como este problema levava a doenças psicossomáticas nas mulheres: dores crônicas, alterações menstruais etc. O Coordenador desta comissão elogiou muito o trabalho. Já existia o programa no Hospital Jabaquara e algumas publicações a respeito. E aí, numa reunião da Febrasgo, ele convenceu o presidente, na época Dr. Hildoberto, que deveria ter uma Comissão de aborto legal (Entrevista N^o 06. Médico obstetra / Febrasgo).

No II Fórum realizado em Campinas, o assunto voltou a ser discutido. Pouco depois o presidente da Febrasgo tomou a decisão de criar a Comissão de Aborto Legal, sob coordenação ao Dr. Jorge Andalaft, um dos médicos que faziam parte da equipe do Hospital Jabaquara. Na gestão seguinte, assumiu a presidência da Febrasgo, Dr. Edmundo Baracat, que mantém a Comissão. Posteriormente ela muda de nome e passa a chamar-se Comissão de Violência Sexual e Aborto Previsto por Lei, sendo considerada hoje uma das mais ativas.

Nos Congressos nacionais promovidos por esta Federação são realizados cursos, conferências e debates sobre os casos previstos em lei, sobre malformações congênitas graves e irreversíveis e sobre o abortamento inseguro como causa de morte materna.

A atuação dos médicos tem sido fundamental para a implementação de serviços. Por um lado considera-se que esta atuação foi influenciada pelo movimento feminista, por outro, há quem veja na Febrasgo um sujeito responsável muitas vezes por pautar a discussão com as mulheres, exigindo o seu apoio para as ações desenvolvidas nos serviços de saúde.

Pelo que eu acompanhei (...) havia um grande investimento desse campo feminista com os profissionais da Febrasgo, porque ali tinha uma resposta à altura e muitas vezes, para ser sincera, os profissionais vinculados à Febrasgo é que incentivavam essa interlocução. Talvez ela não fosse tão intensa se da parte deles não houvesse tantos acenos. Veja bem, vou te contar uma conversa que eu ouvi há muitos anos atrás [entre membros da Febrasgo e a Coordenação da Rede Saúde] e um deles dizia: nós precisamos um ambiente como temos em Recife, onde existe uma gestora feminista que tem visão de saúde pública, mas tem um movimento que dá muito respaldo. Isso faz toda diferença na implantação do serviço. Em estados que nós não temos isso, onde o movimento não se coloca de forma atuante, com um diálogo importante com os profissionais de saúde que estão à frente do serviço, eles ficam muito sós e a tendência é recuar sempre (Entrevista N^o 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

Este cenário “ideal” para o desenvolvimento da política exige uma postura flexível dos profissionais de saúde e das mulheres, o que implica a superação de conflitos e ou preconceitos de ambas as partes. Uma das críticas das mulheres à corporação médica tem sido o controle do corpo, da sexualidade, o excesso de práticas intervencionistas como ocorre na assistência ao parto que tem um índice injustificável de cesáreas. As mulheres criticam os profissionais médicos que desconfiam da palavra da mulher quando esta afirma ter sido estuprada. A exigência de provas materiais por parte dos médicos, ou a realização de um boletim de ocorrência, para acreditar que houve uma violência sexual parece refletir a

desconfiança da sociedade em geral quando se fala deste assunto. Do seu lado, os médicos, mesmo aqueles que compreendem a posição das críticas feministas, nem sempre estão dispostos a aceitar plenamente os questionamentos das mulheres, porque, por vezes elas colocam-se pouco permeáveis ao diálogo, sem reconhecer as reais dificuldades, emocionais, éticas ou subjetivas, presentes na assistência ao aborto.

Ele dizia: Belém está dando passos largos e o movimento vai lá e cobra, fica de pé atrás com o serviço e não está percebendo que aqueles profissionais não estão precisando de gente com pé atrás e sim junto, dando respaldo etc. Então eu sinto que Rede Saúde entendeu que a Febrasgo era um parceiro estratégico, mas rapidamente eles perceberam que o feminismo era uma parceria estratégica pra eles também, para expansão dos serviços, para consolidação dos serviços e demandaram. Esses dois movimentos fizeram com que essa ação fosse mais fecunda. (Entrevista N^o 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

A Febrasgo realiza um grande trabalho de divulgação do problema da violência sexual e da atenção ao aborto legal entre seus associados. Os relatórios do Fórum são regularmente publicados pela revista da Febrasgo, normas têm sido elaboradas e distribuídas e o assunto tem sido pautado em todos os congressos organizados pela instituição a partir de 1997.

2.4. Categorias de profissionais de saúde na luta pelo aborto legal

Dentre as diversas categorias de profissionais da saúde, os médicos são os sujeitos mais visíveis na implementação desta política, embora sejam também alvo das maiores críticas por se recusarem a realizar o aborto legal. Para alguns esta situação reflete a organização das políticas de saúde que é centrada no médico, para outros, ela resulta do investimento das feministas na formação de alianças com esta categoria profissional porque, por razões estratégicas. Cabe perguntar se isto não reflete também uma visão da sociedade com relação à saúde, que materializa no planejamento das ações de saúde, na maior valorização de determinadas práticas em detrimento de outras, e conseqüentemente, no maior investimento na formação e contratação de determinadas categorias. É possível afirmar que para uma mulher estuprada o procedimento do aborto é imprescindível e que a assistência psicológica e social não o seja tanto? Por outro lado existem profissionais de enfermagem, psicologia e serviço social em número suficiente para cobrir as demandas da saúde? Independente da resposta a esta última questão, como o aborto legal tem sido implantado em serviços hospitalares, em praticamente todos eles existe uma equipe multidisciplinar.

Assistentes sociais, enfermeiras e psicólogas têm uma atuação de destaque dentro dos hospitais de referência para o aborto legal, o que não é visível no debate nacional. Em grande parte dos casos estas mulheres são as principais responsáveis pela organização do atendimento, pela recepção da mulher, pela primeira consulta, pelo acompanhamento da família, pelo seguimento dos tratamentos clínico e psicossocial.

Por exemplo, no hospital Jabaquara, todo mundo sabe que Tilde é a figura que deu continuidade ao serviço, porque chegavam novos profissionais de saúde, principalmente médicos e ela garantia a

continuidade. Ela é uma assistente social, aliás, uma voz pública importante dentro dos grandes jornais de São Paulo. E eu vou te dar um exemplo importante do trabalho dela. Ela foi a pessoa que ficou segurando na mão de uma mulher que sofreu violência sexual, um estupro, fez o aborto no Hospital de Jabaquara, e topou dar uma entrevista para as páginas amarelas de Veja. E ela só deu esta entrevista porque a Tilde estava ao lado dela o tempo todo. E essa entrevista é histórica. Foi num momento muito importante da disputa no debate público sobre aborto legal. E na hora que ela precisou tomar uma decisão de se expor tanto, numa revista semanal como a Veja, que é a maior revista do país, ela fez isso acompanhada da assistente social (Entrevista nº 08. Filósofa / mestre em Jornalismo / feminista).

Apesar de sua importância nos serviços, as assistentes sociais, psicólogas e enfermeiras, como categorias profissionais não têm, até o momento, uma ação pública em defesa da implementação do aborto legal. Representantes destas categorias reconhecem limites na sua atuação e acreditam que diversos fatores podem explicar a situação: envolvimento com outras políticas de seguridade social além da saúde; maior interesse ou prioridade atribuída a outras questões; maior investimento do movimento de mulheres na sensibilização da categoria médica; e maior valorização dos médicos na organização do trabalho em saúde por parte dos gestores de políticas, em detrimento das outras categorias.

Como sou psicóloga eu tenho uma visão muito crítica com relação à ascendência do médico em relação à equipe de saúde. A saúde mental e o enfoque psicossocial não são valorizados nos programas, apesar do discurso sobre a importância desse atendimento para a mulher violentada. Tanto que a Norma Técnica de 1999 não teve um tópico só para isso. Isso é simbólico do que é a saúde mental no Brasil e do que é o papel do psicólogo numa equipe de saúde [...]. Prioridade, quando se tem pouco dinheiro, é médico e enfermeira. No aborto, eu não tiro a especificidade do médico. Acho que diante da complexidade que envolve o tema, o médico tem um papel diferenciado. É ele quem vai fazer o procedimento, quem vai ter um contato mais direto com toda essa polêmica. Por isso o movimento de mulheres investiu numa articulação mais direta com o médico, e não é só o movimento feminista brasileiro não. O movimento feminista do Uruguai, por exemplo, investiu pesadamente no médico porque sem médico não tem aborto e sem psicóloga tem, sem assistente social tem e sem enfermeira tem. A gente tem que reconhecer o papel diferenciado, mas isso não significa que as outras categorias não são prioritárias. É um grande erro não dar prioridade à assistente social e à psicóloga, pela complexidade do atendimento, pelo estado emocional em que as mulheres ficam (Entrevista Nº 11. Psicóloga / mestre em sociologia; secretaria executiva das Jornadas).

Esta discussão tem aparecido nos fóruns organizados sob a coordenação do Cemicamp. Como resultado, no X Fórum, realizado em 2005, os conselhos profissionais de enfermagem, psicologia, serviço social e medicina foram convidados justamente com o objetivo de ampliar o debate sobre sua participação na implementação do aborto previsto em lei no Brasil. Resta saber se a assinatura conjunta da declaração do Fórum realizado em 2005, em defesa da assistência ao aborto, significará, pelo menos, a introdução do tema nos debates internos dos referidos conselhos e demais associações destas categorias.

3. A gestão federal na implementação do aborto legal

3.1. O papel do Ministério da Saúde

3.1.1. A normatização da assistência ao aborto legal no SUS

As mulheres vêm conquistando nas últimas décadas direitos sociais que a história e a cultura reservaram aos homens durante séculos. No entanto, ainda permanecem relações significativamente desiguais entre ambos os sexos. Essa situação dá origem a sérios problemas, sendo o mais grave deles a violência sexual contra a mulher. É dever do Estado e da sociedade civil delinear estratégias para terminar com esta violência. Ao setor saúde compete acolher as vítimas, e não virar as costas para elas, buscando minimizar sua dor e evitar outros agravos. O braço executivo das ações de saúde no Brasil é formado por estados e municípios e é a eles que o Ministério da Saúde oferece subsídios para medidas que assegurem a estas mulheres a harmonia necessária pra prosseguirem, com dignidade, suas vidas. Ministro José Serra.

Com esta apresentação, o Ministério da Saúde assume que existe uma dívida social a ser resgatada com as mulheres e disponibiliza na Internet, em novembro de 1998, a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que inclui o atendimento ao aborto pós-estupro. O documento, distribuído em todo o Brasil em 1999, demarca o início das ações do governo federal para materialização do direito ao aborto legal, 59 anos depois da publicação do Código Penal.

Naquele momento não havia ainda uma estratégia definida para a implementação das ações na área de violência contra a mulher pelo Ministério da Saúde. Na realidade, esta normatização deu-se em resposta à demanda do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que no uso de suas atribuições como definidor da política nacional de saúde pedia a implantação do aborto legal no SUS por meio da Resolução Nº 258, de 06 de novembro de 1997. D.O.U. 01/04/1998. Para isso, o CNS ofereceu os seguintes argumentos como justificativa:

- o benefício para as mulheres, obrigadas a buscar tratamento na clandestinidade, em condições inseguras e com alto risco de mortalidade materna. Situação vivida particularmente pelas mulheres de baixa renda que não têm condições de arcar com os custos do abortamento clandestino em clínicas de boa qualidade. A medida significaria um passo adiante na democratização do acesso ao aborto permitido em lei;
- a aprovação de demanda semelhante pela X Conferência Nacional de Saúde, fórum máximo para definição das diretrizes políticas norteadoras do SUS;
- a necessidade de o Estado garantir condições para que as mulheres tivessem acesso ao que estabelecia o artigo 128 do Código Penal Brasileiro sobre o aborto em casos de risco de vida da gestante e pós-estupro;

- a recomendação de cumprimento dos acordos firmados pelo Brasil em Conferências Internacionais no Cairo, 1994 e em *Beijing*, 1995.

Esta resolução foi resultado de uma grande mobilização no Conselho Nacional de Saúde, iniciada na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU, órgão assessor do CNS, composta, como o Conselho, de representantes do governo e da sociedade civil.

Em 1998, a CISMU estava sob coordenação de uma representante do movimento feminista. A proposta de levar uma resolução para aprovação no CNS partiu das feministas que reclamavam do Estado o cumprimento da Lei do aborto legal e o resgate desta dívida perante as mulheres brasileiras desde 1940. A experiência dos estados que tinham produzido regulamentações próprias, como São Paulo e Pernambuco, entre outros, levavam a crer que era necessário uma normatização no âmbito do SUS. Esta resolução foi considerada como uma das mais importantes trabalhos de articulação promovidos pela CISMU, pois tanto na Comissão quanto no próprio Conselho a oposição da Confederação dos Bispos do Brasil – CNBB, era muito intensa e o debate foi muito acirrado.

Os debates mobilizaram muitos sujeitos políticos. Além do Ministério da Saúde, participaram a Febrasgo; a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); as duas centrais sindicais, CUT e a Força sindical, e os Conselhos de Secretários Estaduais e de Secretários Municipais de Saúde (Conass e Conasems). Na oposição estavam a Igreja por meio da CNBB e seus aliados, os empresários da saúde. A CISMU foi responsável pela mobilização de sujeitos que não participavam dessas instâncias de controle social, mas levaram suas contribuições para o debate. Foram ao CNS deputados envolvidos com o Projeto de Lei nº 20/91, médicos e juristas para esclarecimento de dúvidas relativas à aplicabilidade Lei e para falar da importância de uma normatização pelo SUS tanto no aspecto jurídico como para a prática dos médicos ginecologistas e obstetras. A CISMU também mobilizou pessoas influentes junto ao governo para discutirem o assunto nas esferas mais altas do poder executivo.

Estas pessoas fortaleceram a discussão. E a aprovação pelo CNS foi tão importante por que? Porque dela as forças se dividiram, quer dizer, as forças conservadoras ligadas à Igreja se mobilizaram a partir daí cada vez mais para tentar derrubar a resolução nas Conferências de Saúde, e por outro lado mobilizou não só o movimento de mulheres, mas mobilizou uma parceria muito sólida que eu considero que é a parceria com a Febrasgo e com a Abenfo. Também destaco pessoas como Faundes, o Juiz Torres e Elza Berquó. Eu destaco estas três pessoas porque eles não eram sujeitos de outros movimentos sociais muito próximos a nós, as mulheres. E deram uma contribuição muito grande, tanto para esta moção quanto depois ao longo do processo de implantação da própria norma. Eles sempre foram parceiros muito fortes (Entrevista Nº 09. Socióloga / feminista / ex-membro da CISMU/CNS).

Do outro lado, a força da Igreja se fez presente. A maioria dos conselheiros era favorável à resolução, mas o debate foi muito acirrado. A representante da CNBB, Dra. Zilda Arns, levou ao Conselho o Padre Lodi, que posteriormente passou a coordenar a campanha nacional contra a Norma Técnica e um parlamentar contrário à proposta.

Foi um debate muito acirrado. Nós tínhamos a maioria, mas a Igreja tinha um poder de força, de mobilização e de barulho muito grande. Foram quatro reuniões do CNS e foi aprovada na 5ª. Teve um dia muito tenso. Mas nós ganhamos com bastante folga. Os votos contrários foram da CNBB, das [entidades] filantrópicas, dos [representantes] dos índios, e dos empresários da saúde. A disputa com a CNBB foi acirrada e voltou para a CISMU. Lá, a CNBB teve como agenda principal a derrubada da resolução, sobretudo quando percebeu que a resolução levou a uma aceitação maior do aborto na categoria médica. A resolução vem dar na norma, mas ela teve um impacto na categoria médica (Entrevista Nº 09. Socióloga / feminista / ex-membro da CISMU/CNS).

Em abril de 1998 foi dado início ao processo de consulta a especialistas para confecção da Norma Técnica. Não havia naquele momento uma política de atenção à mulher vítima de violência delineada, nem se avaliou o tamanho e a agressividade da reação dos opositores a esta publicação. A política foi sendo implementada a partir de uma aproximação da Área Técnica de Saúde da Mulher com os estados e municípios com interesse em implantar a prevenção e assistência à mulher em situação de violência, e com a articulação com profissionais de saúde e representações do movimento feminista.

Entre 1999 a Área Técnica de Saúde da Mulher compôs a Câmara Técnica sobre a Violência Doméstica e Sexual, com profissionais de saúde e representantes de organizações feministas. Esta Câmara não chegou a ser oficializada em Diário Oficial, mas reuniu-se entre 1999 e 2001, tendo produzido as diretrizes que foram levadas ao Comitê que elaborou o Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicado no DOU nº 96, por meio da portaria MS/GM nº 737/5/01, e que subsidiaram as ações sobre violência contra a mulher naquela gestão.

Em 2001, o MS publica a Cartilha Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar, para os Agentes Comunitários de Saúde (com o Ministério da Justiça) e em 2002 publica o Caderno de Atenção Básica nº 08, com Orientações para a Prática em Serviço sobre Violência Intrafamiliar, dirigido à Atenção Básica. Neste ano foi amplamente discutido e posteriormente divulgado pela Coordenação de DST-Aids/MS o anexo da Norma Técnica sobre a profilaxia do HIV nos casos de exposição sexual.

Paralelamente a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde ofereceu assessoria técnica e financeira a estados e municípios, por meio de convênios, para criação de redes e serviços. Foram investidos R\$ 629.123,00 no período entre 1999 e 2002. Este montante representava apenas 0,02% dos recursos gerenciados pela Área Técnica de Saúde da Mulher³⁶. Os recursos eram poucos se comparados a outros investimentos, mas teve um caráter inovador e indutor de políticas num contexto pouco favorável, pois a violência sexual não fazia parte das prioridades estabelecidas pela maioria dos gestores municipais.

Na construção das redes de atendimento à saúde das mulheres em situação de violência, o Ministério da Saúde foi um dos últimos atores a entrar em cena – antes vieram os

³⁶ Demonstrativo de Aplicação de Recursos Financeiros em Saúde de da Mulher – Período 1998-2002. Documento elaborado pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Brasília, dezembro de 2002.

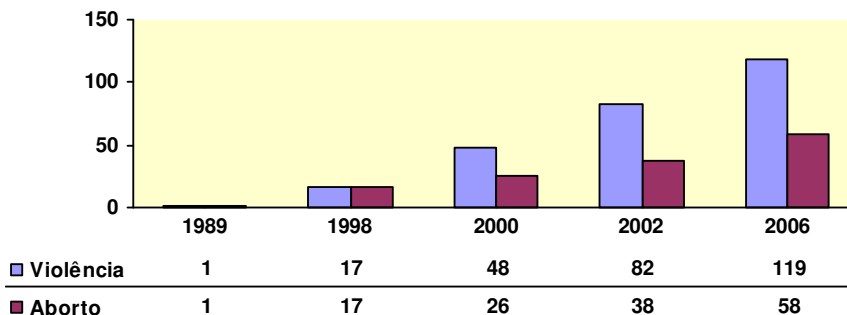
grupos de mulheres, gestores locais, profissionais de saúde, professores de ginecologia e obstetrícia, advogados, juizes e entidades científicas. Todos os envolvidos contribuíram para o incremento da assistência às mulheres vítimas de estupro. Mas, a mudança no ritmo de implantação de serviços de referência para o aborto legal a partir de 1998, parece indicar a relevância do papel do gestor federal neste processo.

Eu acho que teve uma grande importância o lançamento da Norma Técnica para consolidar a assistência ao aborto no Brasil. Na pesquisa que eu publiquei no caderno de saúde pública [...] a gente percebia claramente que existia dificuldade dos médicos em relação a questão do aborto. Então eu falava, se existe essa dificuldade por que você faz? E uma das coisas que eles diziam é que eles faziam porque é legal. Porque é uma determinação do Ministério. O Ministério teve um papel muito importante de legitimar a ação desses profissionais. A autoridade máxima da saúde no país legitima e define como deve ser feito dando parâmetros. Esses parâmetros deram segurança aos profissionais. Isso foi fundamental, como o investimento de recursos financeiros para acompanhar a implantação, a expansão dos programas e a constituição de redes. Além do movimento feminista dizendo tem que fazer, em alguns momentos a gente trouxe médicos que davam seu depoimento, que ajudavam a organizar, tinha o Ministério da Saúde oferecendo supervisão e normas técnicas (Entrevista Nº 11. Psicóloga / mestre em sociologia / secretaria executiva das Jornadas).

3.1.2 A implantação dos serviços de atendimento ao aborto legal

Em maio de 2006, levantamento da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde demonstra a existência de 119 hospitais / unidades básicas de saúde que atendem mulheres em situação de violência e 58 hospitais que oferecem a assistência ao aborto legal pós-estupro, em todo o Brasil. Isso significa um incremento de aproximadamente 45% no número de serviços de assistência à mulher em situação de violência e 53% nos serviços de assistência ao aborto legal, com relação à situação encontrada em novembro de 2002.

Evolução do nº de serviços de atenção às mulheres que sofrem violência sexual e nos casos de aborto legal pós-estupro. Brasil. 1989-2006



Analisando o gráfico acima, chega-se à conclusão que a velocidade de implementação do número de serviços de aborto legal que experimentou, entre 1999 e 2002, um incremento

de aproximadamente 123% caiu para 53% nos últimos quatro anos. As causas desta queda não são evidentes, uma vez que esta política continua sendo prioridade do governo federal.

Nos últimos quatro anos manteve-se a assessoria aos gestores municipais e estaduais; foram atualizadas e produzidas novas normas técnicas; foram distribuídas orientações jurídicas de suporte às equipes de saúde para que assistam a mulher em segurança e ampliados os recursos financeiros. Cresceram não apenas o apoio aos estados e municípios por meio de convênios, como o também o interesse dos gestores locais em capacitações para a organização do atendimento às mulheres vítimas de violência.

Em 2005 foram aprovados 22 convênios, perfazendo um total de R\$ 839.508,00. Um volume muito baixo em comparação com o aplicado em outras ações, mas bem superior ao investido em 2003, quando se aprovou apenas um projeto, no valor de R\$ 22.000,00. Uma possível crítica ao Ministério da Saúde pelo parco investimento deve levar em conta a recusa de alguns gestores municipais em receber financiamento para a implantação do aborto legal. Para evitar juízos apressados, este assunto merece uma análise cuidadosa, tanto em relação às medidas adotadas, quanto à pertinência das estratégias e as possíveis resistências nos três níveis da gestão pública e da sociedade em geral.

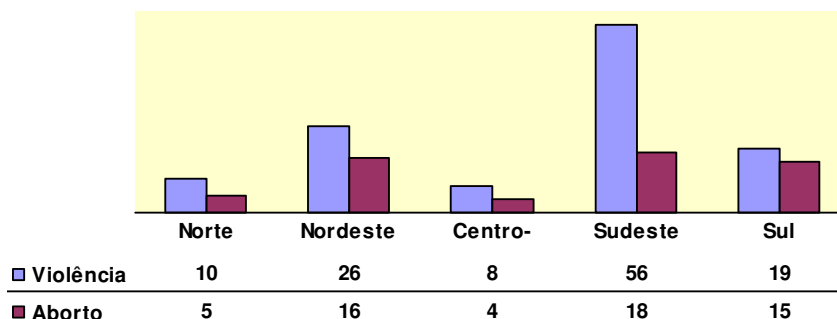
Nesta gestão foram mantidas as estratégias da gestão anterior. Mas se aumentou o número de convênios e os valores repassados. E, no contato com os gestores locais vemos um aumento da receptividade para o atendimento da mulher vítima de violência, mas eles alegam que a sociedade é muito fechada, conservadora, tem a Igreja contra, e não aceita o aborto (Entrevista nº 15. Assistente social. Funcionária pública / ATSM/MS).

É possível que o aborto legal não tenha o mesmo apelo junto aos gestores, como tem a violência sexual. Neste campo os gestores são mais sensíveis em relação à necessidade de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e, da Aids em particular, assim como para a necessidade de oferecer o apoio social e psicológico às vítimas e suas famílias. Também deve contribuir para este interesse a ampliação do debate na sociedade brasileira sobre a violência contra crianças, sobre o abuso na infância. Como demonstram as pesquisas, a sociedade rejeita a violência e o estupro, mas, há uma barreira muito forte quando se trata de garantir o direito ao aborto.

A assistência ao aborto legal não é consenso na sociedade brasileira e à ação do Ministério da Saúde contrapõe-se a reação organizada e forte dos grupos contrários. Por isso não se pode garantir que esta política esteja consolidada ou que será prioridade de governos posteriores, pois em gestões mais permeáveis à ação de grupos conservadores caminha-se no sentido oposto à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos numa perspectiva de igualdade de gênero e liberdade de escolha.

As dificuldades de implementação da assistência ao aborto parecem ser maiores em determinadas regiões. Disso resulta uma distribuição desigual dos serviços especializados, com mais de 50% concentrados no Sul e Sudeste.

Distribuição dos serviços de atenção às mulheres que sofrem violência sexual e nos casos de aborto legal pós-estupro, segundo regiões. Brasil - 2006



Existem condições diferenciadas de acesso das mulheres aos direitos legais em cada região, e isto pode estar associado, entre outros fatores a graus diferentes de compromisso dos gestores, abertura dos profissionais de saúde, mobilização dos grupos de mulheres e de seus parceiros, assim como à maior ou menor articulação e oposição de grupos conservadores.

Se levarmos em conta que o aborto legal pós-estupro está no Código Penal de 1940 e que existem mais de 5.000 maternidades no Brasil, o número de serviços especializados é insignificante. Além disso, a maior concentração em algumas regiões não significa que ali todas as mulheres tenham acesso fácil ao atendimento. Quando analisamos a relação entre o número de serviços e a população feminina de cada região, fica evidente a carência deste tipo de assistência em todas as regiões.

Senão vejamos, considerando a população feminina do Censo de 2002 e as informações da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde em 2006, existe um serviço de atendimento à mulher vítima de violência sexual para 636.715 mulheres do norte; 935.685 no nordeste; 729.465 no centro-oeste, 660.470 no sudeste e 668.746 no sul. A situação é mais grave em relação ao aborto legal pós-estupro, com um serviço de referência para 1.273.430 mulheres no Norte, 1.520.487 no Nordeste, 1.458.931 no Centro-oeste, 2.054.796 no Sudeste e 847.078 no Sul.

Em sua maior parte os serviços localizam-se nas capitais dos estados. Dentre os serviços identificados pelo Ministério da Saúde em 2006, estão localizados nas capitais 76,5% dos hospitais atendem vítimas de violência e 79,3% dos que realizam abortos legais. Com esta distribuição pode-se afirmar que as mulheres residentes nas pequenas cidades do interior, nas áreas mais afastadas das capitais e nas zonas rurais possivelmente não têm acesso aos procedimentos recomendados pelas normas técnicas do Ministério da Saúde. É provável que muitas mulheres, mesmo que cheguem a ter informações, não tenham como chegar aos serviços especializados em tempo hábil para que possam receber os cuidados necessários.

O panorama atual da atenção à vítima de estupro que decide abortar, demonstra que a política de assistência às mulheres vitimadas pela violência sexual não atende as necessidades da maior parte da população feminina do país. As condições políticas, somadas às dificuldades estruturais, organizacionais e operacionais da rede de saúde, apresentadas no Capítulo III, não sugerem uma mudança radical da situação em curto ou médio prazo.

3.2. O papel da secretaria especial de políticas para mulheres

3.2.1. A revisão da lei punitiva: demanda das mulheres, resposta do Estado

Em resposta à demanda formulada na I Conferência de Políticas para Mulheres, para revisar a legislação punitiva sobre o aborto, foi criada pela presidência da república a Comissão Tripartite, com representação da sociedade, do governo, e do legislativo.

A formação desta Comissão provocou um amplo debate, publicado nos jornais de circulação nacional. A proposta do governo não incluía representantes de grupos religiosos, por entender que não havia espaço para indicação de todas as religiões existentes no Brasil, e que não seria democrático chamar uma Igreja para representar a todas quando não há consenso entre elas sobre o tema. Além disso, havia questionamentos acerca da adequação desta participação num país que em sua Constituição afirma o caráter laico do Estado.

Quando discutíamos a representação da sociedade civil, em determinado momento da discussão foi pensado que era importante ter uma representação que trouxesse para a Comissão alguns aspectos da religiosidade, de como as religiões interferem, ou historicamente se posicionaram sobre esta questão. E nós nos deparamos com uma dificuldade muito grande, que era: quem pode falar na medida em que as religiosidades são muitas, múltiplas, e que todas nós devemos nos pautar pelo respeito absoluto a todas elas, entendendo que isso faz parte de uma opção absolutamente pessoal. E o outro aspecto é que a nossa Constituição diz que o Estado Brasileiro é laico, portanto quando nós fazemos a revisão de uma legislação punitiva em relação ao aborto, nós estamos aí fazendo uma discussão de como devemos construir uma política que responda à necessidade do atendimento à mulher nessa situação de abortamento. Então nós estamos no campo de uma responsabilidade governamental, no campo da necessidade de construir uma política pública que venha a assegurar um direito à mulher, e eu estou falando no caso da ampliação desses dois e limitados direitos que a mulher tem, que é quando a gravidez é fruto do estupro e quando ela põe em risco a saúde (Entrevista Nº 12. Secretária adjunta da SPM; militante política / ex-deputada federal).

A Igreja Católica, com o argumento de ter o maior número de fiéis em relação a outras religiões, pretendia ter assento na Comissão. O governo discutiu com o Conselho Nacional de Igrejas Cristãs - CONIC, cogitando aceitar uma representação desta instituição. Porém, reconhecendo que há diferentes opiniões sobre o aborto dentre estas Igrejas, em carta enviada à Secretaria Especial de Políticas para Mulheres - SPM, responsável pela coordenação do trabalho da Comissão Tripartite, o presidente deste Conselho declinou do convite.

O CONIC procede conforme seu estatuto: quando as igrejas sentam, discutem um tema e chegam a um consenso, então sim, o CONIC pode falar em nome das igrejas. Esse foi o problema. Nós nunca tínhamos sentado para discutir a questão do aborto. Até porque a gente sabia que esse é um tema difícil e onde nós temos divergências (...). No fundo as igrejas concordam. Por exemplo, concordam na indissolubilidade do casamento, mas sabemos qual é a realidade e temos que fazer o que é possível. Concordam todos com a promoção da vida e a proteção à vida, só que quando se chega à questão do aborto, algumas igrejas admitem os dois casos previstos em lei. Por exemplo, a luterana admite (...) Todos somos a favor da proteção à

vida, da vida que está por nascer, mas tem casos onde tem que ser feito uma escolha (...) A igreja católica, era a que mais queria estar nessa Comissão, os grandes jornais de São Paulo trouxeram isso dias a fio. Mas eu tinha que dizer isso mesmo que eu disse para a senhora também, que nós não temos um posicionamento comum e que não podemos então falar em nome das igrejas. As igrejas nesse caso não reconheceriam nossa fala, nossa autoridade (Entrevista Nº 07. Membro do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs).

Em relação à participação do legislativo, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) propôs ao então presidente da Câmara, deputado Severino Cavalcanti, que indicasse os/as parlamentares escolhidas pela bancada feminina no Congresso. Mas como autor da PEC 25/95, projeto de lei que propõe que o aborto seja um crime hediondo e líder da luta pela revogação da Norma Técnica do Ministério da Saúde para assistência ao aborto legal, Severino Cavalcanti não surpreende, e desrespeitando as indicações da bancada feminina, envia à Comissão Tripartite nomes alinhados com as suas posições ideológicas.

A Comissão Tripartite, sob a coordenação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, foi composta por três deputadas, uma senadora e dois senadores. Pelo executivo, participaram o Ministério da Justiça, o Ministério Saúde, a Secretaria Especial de Direitos Humanos, a Casa Civil, e a Secretaria Geral da Presidência. Pela sociedade civil a representação foi discutida e decidida pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM, sendo indicadas a Rede Feminista de Saúde, a Articulação de Mulheres Brasileiras - AMB, a Associação de Mulheres do Mercosul, a Central Única dos Trabalhadores – CUT, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo.

A partir do momento que a Comissão definiu a sua linha de trabalho e deixou claro que o projeto a ser encaminhado ao Congresso seria de legalização do aborto, os(as) parlamentares contrários(as) ao direito ao aborto deixaram de comparecer às reuniões. O resultado final formulado em termos de um anteprojeto de lei, não representa, portanto um consenso de seus representantes. Mas sua legitimidade está assegurada pela forma como foi proposta a sua constituição e a sua finalidade.

A I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres discutiu o tema do aborto nos oito grupos de trabalho e em todos eles foi aprovada a proposta de revisão da lei do aborto. Participaram desta Conferência 02 mil mulheres provenientes de todo o Brasil. As Conferências locais envolveram mais de 120 mil mulheres, e apenas no estado de Minas Gerais não foi tirada a resolução de revisão da lei.

E entre essas mulheres estavam os movimentos feministas, estavam os movimentos de mulheres mais ligadas aos movimentos sociais, às lutas de reivindicações mais populares, estavam as militantes na área direito da mulher à saúde. Então a Conferência era por si um espaço de muita representatividade e em todas as conferências estaduais este tema foi abordado e de lá veio já indicação da discussão que deveria ser feita em âmbito nacional. E, o único estado brasileiro, que não aprovou na sua conferência estadual, a revisão da legislação sobre o aborto, foi Minas Gerais. E, eu não estou dizendo que o estado de Minas é contra, mas aqueles e aquelas que participaram da Conferência estadual em Minas não tiraram a resolução favorável à

revisão que foi tirada nas outras conferências, entende? Então considerando que essa discussão já veio de baixo, ela chega à Conferência Nacional, que indica essa necessidade. E foi respeitando o próprio universo da conferência, que o executivo, por meio da SPM, teve o entendimento que a discussão sobre a revisão deveria ser feita com a constituição de uma comissão que resgata a sociedade civil que estava na conferência, traz o governo porque a iniciativa é do governo, a coordenação da Comissão é do governo (...) e o Congresso Nacional, a quem cabe e tem a competência de revisar a legislação. Então, nós estamos aprofundando uma discussão e fazendo uma proposta que vai ao Congresso Nacional, e com toda a certeza, aí sim, vai ser o palco de discussão desse tema (Entrevista Nº 12. Secretária adjunta da SPM; militante política / ex-deputada federal).

3.2.2 Um projeto do poder executivo para legalização do aborto no Brasil

O projeto elaborado pela Comissão Tripartite foi apresentado em nome do executivo, pela Ministra Nilcéa Freire, em novembro de 2005, à Comissão de Seguridade Social e Família. A proposta foi incluída no substitutivo elaborado pela deputada Jandira Feghali, do PL 1135/1991. A este projeto foram apensados 14 projetos, sendo 08 favoráveis ao aborto e 06 contrários. A partir das audiências públicas realizadas em 22 de novembro, foram acatadas várias propostas feitas pelos deputados. Assim, na redação final do substitutivo propõe-se a revogação dos artigos do Código Penal que definem o crime do aborto (124, 125, 126, 128), à exceção daquele que trata do aborto sem o consentimento da gestante. Considerando que o aborto deve sair da esfera criminal para ser tratado no âmbito da saúde pública, acrescenta caber ao poder público assegurar o atendimento à mulher por meio do SUS, com assistência multidisciplinar, incluindo a interrupção da gravidez.

Este substitutivo foi alvo de intensos debates, tanto nas audiências públicas convocadas pela relatora, em 22 de novembro, quanto duas vezes em que foi colocado em pauta de votação, em 31 de novembro e em 07 de dezembro de 2005. O projeto foi retirado de pauta pela relatora, na primeira ocasião e por meio de um requerimento votado na Comissão, pois devido ao acirramento das posições contrárias, à turbulência dos debates e à ausência de vários deputados favoráveis, ele poderia não ser aprovado.

A Igreja Católica mobilizou grupos religiosos que levaram ao Congresso cartazes contra os defensores do projeto chamando-os de assassinos, matadores de criancinhas e nazistas. Os parlamentares contrários ao projeto encaminharam petições aos seus pares reivindicando a explicitação dos votos previamente, o que foi entendido como ato de coerção ao direito dos parlamentares expressarem livremente suas posições. Qualquer manifestação favorável de um parlamentar era interrompida aos gritos de “vida sim, aborto não”. O presidente da sessão ameaçou interrompê-la várias vezes caso os debates fossem impedidos. Seguranças do Congresso, ligados aos grupos religiosos, chegaram a agredir fisicamente manifestantes feministas. As feministas presentes revidaram gritando “vida sim, para as mulheres!”. Dado o calor dos debates nesta Comissão, é provável que em 2006, por ser um

ano eleitoral, o projeto não volte a ser discutido, pois os grupos religiosos ameaçam divulgar a votação para os eleitores e fazer campanhas contra os parlamentares que aprovarem a lei³⁷.

Além desta Comissão, da qual fazem parte muitos parlamentares da área de saúde, o projeto deverá ser analisado na Comissão de Constituição e Justiça antes de ser encaminhado ao Senado Federal e ao plenário, se assim for proposto. Considerando-se estas dificuldades e morosidade do processo, há críticas ao governo por encaminhar ao Congresso Nacional uma proposta de legalização ao invés da ampliação de permissivos, o que, conforme diversas as pesquisas indicam, tem maior aceitação da opinião pública.

Eu acho que foi politicamente equivocado. Nenhum governo poderia acreditar que o Brasil tem hoje condições de aprovar um projeto de lei que legalize o aborto [...] Eu acho a Ministra tomou o partido das mulheres e ela é uma pessoa íntegra, que de fato está querendo avançar, mas não vai passar tudo aquilo. Então eu acho a estratégia política foi incompetente. Nesse momento, a Tripartite deve avançar como instância organizada a partir do governo, numa proposta que possa passar. E o movimento social deve ter a proposta mais avançada. De modo que a gente tenha no Congresso Nacional, um espaço de negociação [...] Agora, na hora que o governo e o movimento social, os dois, têm uma proposta impossível de passar, nós não temos margem de negociação, nós só vamos marcar posição. O movimento social tem que marcar posição, porque é ele que faz avançar, mas o governo tem que operar, conseguir implementar avanços, essa é a tarefa do governo. Assim como se conseguiu um avanço com a norma do aborto legal, este governo perdeu a chance de ampliar os permissivos para o aborto legal no Brasil [...] E um avanço em termos de permissivos para as mulheres pobres, é um avanço. A gente não pode imaginar o que custa para uma mulher que tem um feto anencéfalo, passar por toda essa desgraça que elas passam, não é? [...] Eu acho um equívoco misturar posição política com tarefa de governo que é executar mudanças, e vai ser em parte responsável por a gente não conquistar ampliações (Entrevista Nº 14. Médica sanitária / gestora / coordenadora política das Jornadas).

Neste depoimento percebe-se que a antiga discussão sobre as melhores estratégias de luta pela legalização do aborto dentro do movimento feminista não está resolvida. Estas diferenças de pensamento não foram objeto desta pesquisa, mas há elementos que nos levam a pensar que, entre outros fatores, a experiência das mulheres feministas que fizeram ou fazem parte da gestão de programas de saúde em órgãos de governo, que estão no interior da máquina administrativa, lidando cotidianamente com todos os impasses técnicos, financeiros, operacionais e políticos, pode influenciar a posição acerca da melhor forma de avançar na luta pela legalização do aborto.

Outro aspecto a ser considerado é que a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, responsável pela coordenação dos trabalhos da Comissão Tripartite, não tem uma função executiva plena. Seu enfoque como indutora de políticas, assessora de outros órgãos de governo, talvez lhe induza a trabalhar com propostas mais avançadas politicamente. Esta posição não pode ser assumida por outros Ministérios, como o Ministério da Saúde, por

³⁷ Estes debates foram gravados como material de referência para esta pesquisa, nas audiências públicas. Além disso, observamos e tomamos notas dos fatos aqui citados, nas duas tentativas de votação, na Câmara Federal dos Deputados.

exemplo, que tem a responsabilidade de materializar a política, de transformá-la em condições materiais que permitam à população usufruir os seus direitos.

Para membros da Comissão Tripartite foi instituído um processo de debate que tentou sair da polarização entre ser contra ou a favor do aborto, centrou-se nos aspectos de saúde, mas também nos direitos e liberdades individuais, buscando coerência com a Constituição de 1988 e com os acordos assinados internacionalmente pelo Brasil.

A crítica à posição do governo faz sentido, mas ao mesmo tempo pode-se questionar se uma proposta de ampliação de permissivos legais não provocaria o mesmo tipo de reação negativa, posto que para os grupos contrários, o aborto deve ser proibido em qualquer situação, sem exceções. Ao nosso ver além a força da oposição é tanta que provoca movimentos ambivalentes na própria esfera executiva.

Enquanto a Comissão Tripartite, criada pelo governo federal, tentava colocar o debate sobre o aborto, no campo do direito, referindo-se à Constituição do país e outras legislações menores, outras ações do governo federal seguiam na direção contrária. O presidente da república se declarava “pessoalmente” contrário ao aborto, e se dividia entre as demandas das feministas e aquelas da Igreja Católica, favorecendo na prática o lado da Igreja. Ao mesmo tempo em que foi capaz de criar a Comissão Tripartite para revisão da legislação, o presidente Luiz Inácio envia a seguinte mensagem à CNBB:

(...) nesse sentido quero, pela minha identificação com os valores do Evangelho, e pela fé que recebi de minha Mãe, reafirmar minha posição em defesa da vida em todos os seus aspectos e em todo o seu alcance. Os debates que a sociedade brasileira realiza, em sua pluralidade cultural e religiosa, são acompanhados e estimulados pelo nosso governo, que, no entanto, não tomará nenhuma iniciativa que contradiga os princípios cristãos, quando expressamente mencionei quando recebi a Direção da CNBB no Palácio do Planalto³⁸.

Esta carta fere o princípio constitucional de independência do Estado em relação à Igreja, faz o país retroceder aos tempos do Brasil-Império quando a religião católica era a religião oficial do Estado, sendo considerado crime atentar contra os seus princípios e professar outras religiões. Em que pese o respeito às convicções religiosas, e, portanto pessoais, do presidente, sua carta à CNBB coloca os valores da Igreja acima do Estado e dos direitos das mulheres, cidadãs brasileiras.

Pode-se ver nesta carta, a exemplo de um dos entrevistados, um pedido de ajuda, de apoio político aos bispos, posto que foi enviada logo após começarem as denúncias de desvio de dinheiro e de corrupção contra membros do alto escalão do governo.

Eu penso que nesta situação de crise em todos os níveis do governo, a carta é uma maneira também de acalmar os bispos, uma maneira de dizer olha, no que eu puder estamos caminhando juntos, pelo amor de Deus não me abandonem (Entrevista Nº 07. Membro do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs).

Além de ferir expectativas do movimento feminista em relação ao aborto, a carta do presidente revela quão frágil é o respeito à cidadania das mulheres, que segundo os interesses

³⁸ Trecho da Carta enviada à CNBB, publicada no Jornal Folha de São Paulo, em 10 de agosto de 2005.

do governante, pode servir de moeda de troca em momentos de crise política. Na ocasião, o apoio da Igreja, com quem o PT mantém vínculos históricos, para sustentação política do governo era mais importante do que o respeito aos compromissos assumidos de levar adiante as recomendações da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres.

Considerando esta ambigüidade, com a Comissão Tripartite propondo o pleno exercício do direito sexual e reprodutivo e o presidente da república afirmando que não tomaria medidas contrárias à fé cristã, tendemos a concordar com a idéia de que o projeto levado ao Congresso Nacional pelo executivo não será aprovado, pois não terá da parte do governo o empenho necessário para que isto aconteça.

A busca de igualdade, de direitos e de cidadania das mulheres é um processo instável, não linear, e no caso do aborto as conquistas de hoje podem ser derrotadas amanhã se houver mudanças na correlação de forças. A luta política e os métodos utilizados pelos diversos sujeitos envolvidos na questão por vezes são muito desiguais. Nem sempre estes processos têm a visibilidade necessária para que a população possa se fato participar e tomar um posicionamento livre de coerção. Concordamos, pois com Bandeira e Vasconcelos quando afirmam que “a formulação e elaboração de políticas públicas no Brasil constituem-se como um processo extremamente complexo, com pouca visibilidade, de difícil mapeamento das autorias, dos interesses e das materialidades envolvidas” (2002, p. 37). Nesse contexto, os resultados desta pesquisa devem ser lidos na sua incompletude e de maneira aberta à crítica.

CONCLUSÃO

Durante mais de trezentos anos, enquanto o Brasil foi regido pelas ordenações portuguesas, o aborto não era proibido. Mas, a partir do momento em que é concebido como crime, a legislação é cada vez mais rígida em relação ao aborto.

No Brasil, o aborto torna-se crime a partir de 1830, com a promulgação do Código Criminal do Império. Nesta legislação são passíveis de pena a prática ou tentativa de aborto por terceiros; ocasionar o aborto sem o consentimento da gestante; fornecer, com conhecimento de causa, drogas ou outros meios abortivos, com penas maiores para quem pratica as artes médica, cirúrgica ou farmacêutica. Neste Código, não há referência ao aborto praticado pela mulher grávida. Esta prática é tipificada como crime, sessenta anos depois, em 1890, pelo Código Penal da República, mas neste caso, a pena é diminuída se o ato for praticado para ocultar desonra. Também neste momento, de modo indireto, a legislação introduz o aborto legal ou necessário, para salvar a gestante de morte inevitável, ao estabelecer o aumento da pena para médicos ou parteiras que provocarem a morte de uma mulher, por negligência, ao tentar salvá-la.

No Código Penal de 1940 o aborto é um ato criminoso, mas o aborto por risco de vida é claramente permitido pelo artigo 128, assim como a interrupção de gravidez, com consentimento da mulher, em caso de estupro. Estes permissivos podem ser compreendidos como uma proteção à mulher, mas esta flexibilidade é só aparente, pois logo a seguir, em 1941 a Lei das Contravenções Penais, no artigo nº 20 do Capítulo “Das contravenções contra a Pessoa” reforça o caráter criminoso do aborto ao estabelecer multa para o anúncio de processo, substância ou objeto abortivo, assim como a propaganda e a fabricação de anticoncepcionais. Este artigo permaneceu em vigor até 1979, perdurando mesmo após a franca disseminação dos métodos anticoncepcionais no país.

Concorrem para as mudanças na legislação vários fatores. Em um primeiro momento, merece destaque a luta da Igreja Católica para manter-se no papel de regulador da moral e dos costumes, o que foi profundamente ameaçado com a instalação da república, quando o Estado declara-se laico, a religião católica perde o lugar de religião oficial do Estado e a legislação penal não mais acata os crimes relacionados aos atentados à fé e aos princípios cristãos. Segundo, nas primeiras décadas do século XX, o Estado precisava garantir mão de obra saudável para levar adiante o projeto de desenvolvimento do país, de expansão da indústria nascente e do capital. Para isso era fundamental conter a mortalidade infantil, as epidemias e aumentar o número de nascimentos. Neste contexto não cabia anticoncepção nem aborto.

Outro fator a ser considerado é de ordem política. A ditadura Vargas impôs durante sua vigência, o fechamento do Congresso Nacional e dos poderes legislativos locais. O governo pretendia transformar o Brasil em uma nação moderna, desenvolvida tecnologicamente, mas com paz social. Para isso, os movimentos sociais foram reprimidos duramente e o movimento de mulheres que floresceu na década anterior, chegando à conquista do voto no início dos anos 1930 e à eleição de feministas militantes para a Câmara Federal, como Bertha Lutz,

perdeu força e expressão política. Em um contexto antidemocrático, não havia condições para que demandas populares pudessem ser debatidas amplamente. Além disso, o aborto, além de não fazer parte das reivindicações das mulheres organizadas daquele período, que demandavam basicamente o direito ao voto e à educação, nunca foi uma questão apoiada amplamente pela população ou pelas mulheres brasileiras.

De acordo com o espírito instituído pelo Estado Novo, o Código Penal de 1940 foi elaborado por uma comissão de juristas renomados. Tidos como profundos conhecedores da legislação europeia, eles acreditavam que o desenvolvimento do país exigia uma legislação moderna e afinada com o direito e com as leis internacionais e assim foi feito. No que se refere ao aborto pós-estupro, o texto de 1940 está de acordo com o que vinha sendo discutido internacionalmente nas primeiras décadas do século e repete, com pequenas mudanças, o que prevê o Código Penal da Suíça de 1916.

Nas décadas precedentes à elaboração do Código Penal em vigor, a mulher não era reconhecida plenamente como um sujeito de direitos, haja vista que a legislação civil e penal brasileira, até a Constituição de 1988, não atribuía à mulher a mesma autonomia e direitos que atribuía aos homens, subordinando-a ao pai, marido, ou irmão. A moral sexual era rígida, não havia liberdade sexual para a mulher, muitas vezes obrigada a casar contra a própria vontade, nem havia possibilidade de escolhas reprodutivas, posto que até a divulgação de informações sobre anticoncepcionais era proibida. A honra era um valor importante, sobretudo para as moças de família, que não saíam à rua sozinhas, não trabalhavam fora de casa e deveriam permanecer virgens até o casamento. Aos homens cabia protegê-las, zelar pela sua honestidade, sustentá-las financeiramente e conseqüentemente determinar o que podiam ou não fazer de suas vidas. A rigor, aos homens era atribuída a tutela das mulheres, em particular na relação de casamento. Neste contexto a permissão para o aborto pós-estupro não poderia representar o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres por parte do Estado.

Seria então o aborto pós-estupro o reconhecimento de uma demanda dos homens para levar ao aborto gestações que não pretendesse assumir, como aventaram algumas pessoas entrevistadas? Nos documentos pesquisados não encontramos informações que permitam esta inferência, e aqui não me eximo da responsabilidade de não ter esgotado as fontes sobre o assunto, mas, dado o poder que detinham de registrar ou não os seus filhos, dadas as condições estabelecidas para este registro, limitadas ao casamento, e as relações de subordinação das mulheres no relacionamento amoroso, mesmo nas relações extraconjugais, os homens não precisavam de uma lei para garantir o “seu” direito ao aborto.

Mas, é possível afirmar que os permissivos legais para o aborto garantem um certo tipo de proteção à mulher. Na época de sua formulação a lei protege a mulher e sua família da humilhação de ter que enfrentar e dar satisfação à sociedade sobre o nascimento de um bastardo, de um filho ilegítimo; protege a mulher de enfrentar a convivência com o filho de um estupro; protege a família e a sociedade dos fantasmas relacionados às possibilidades de transmissão genética da criminalidade ou do caráter doentio atribuído aos estupradores;

permite, sobretudo às mulheres abastadas, a prática do aborto dentro da legalidade e com a segurança da assistência médica particular.

A lei não garantiu, porém a igualdade de acesso de todas as mulheres a este direito. Mas ao contrário estabeleceu a desigualdade entre elas. Em um primeiro momento, porque não havia uma rede pública de saúde organizada, descentralizada e acessível a todos os cidadãos e cidadãs. As políticas de saúde não tinham ainda abrangência nacional, a saúde pública voltava-se às grandes endemias e epidemias, ao controle dos portos, e à proteção de mão de obra para garantir o desenvolvimento econômico do país. A assistência aos pobres era feita pelas casas de misericórdia, sob responsabilidade da Igreja Católica, e esta, em razão de seus princípios não permitiria a realização do aborto em suas dependências. Assim, as mulheres agredidas sexualmente que não podiam pagar a assistência médica privada, se engravidassem e decidissem abortar, teriam que fazê-lo com recursos próprios, utilizando-se de chás abortivos e outras práticas de risco como a introdução de instrumentos pontiagudos no interior do útero, ou ficavam expostas aos riscos do aborto clandestino, realizado em geral por pessoas com baixo grau de qualificação técnica para execução deste procedimento.

A lei caiu no vazio e no silêncio da omissão do Estado e da ausência de reivindicação social. A Igreja Católica reagiu negativamente à permissão ao aborto em 1940, mas não teve nenhum trabalho para impedir que sua prática fosse implantada no país. Primeiro porque o Estado não criou condições que garantissem o usufruto desse direito logo após a promulgação da lei; segundo porque a sociedade brasileira viveu em regimes ditatoriais quase sem interrupção durante várias décadas e nesse contexto não houve nenhum tipo de reivindicação popular em relação ao aborto; terceiro porque quando os movimentos sociais se reorganizam na década de 1970, momento no qual emerge a segunda onda do movimento feminista do Brasil no século XX, a luta contra a ditadura unificou demandas em torno das liberdades políticas relegando a um segundo plano os direitos individuais e as reivindicações das mulheres em relação à sexualidade e ao aborto. Até então o aborto era considerado crime, não se discutia o aborto em público e a população não tinha conhecimento da lei que permitia a interrupção da gravidez pós-estupro.

Nos anos 1970 surge um novo sujeito político: o movimento de mulheres, do qual faz parte o movimento feminista. Estes movimentos entrelaçados em muitas lutas atribuíram a si a tarefa de mudar a história, de revelar a participação das mulheres em todas as esferas da sociedade, politizaram questões privadas, incluíram na política uma nova forma de agir, organizando-se com autonomia, tomando decisões coletivas de forma não hierarquizada, buscaram a aceitação e deram visibilidade à sua diversidade, procuraram socializar o saber e criaram mecanismos de trocas entre mulheres do meio popular e mulheres intelectuais, de classe média, professoras universitárias, entre outras.

Este novo sujeito foi o responsável pela mudança de rumo que começou a ocorrer no Brasil a partir do final dos anos 1980 em relação à materialização da lei que permite o aborto. Em primeiro lugar, após a derrubada da ditadura as feministas levaram à público a demanda pelo direito ao aborto. Segundo elas reinterpretaram a lei com base em novos conceitos,

práticas e comportamentos, quais sejam: a revolução sexual, a disseminação do uso dos anticoncepcionais, a construção de um arcabouço teórico sobre direitos humanos, e posteriormente sobre direitos sexuais e reprodutivos, a conceituação da violência contra a mulher, a denúncia das diversas formas de violência, a elaboração conceitual e prática de uma proposta de atenção integral à saúde da mulher. Tudo isso permitiu que nos anos 1980, o artigo 128 do Código Penal fosse compreendido como um instrumento de proteção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o que foi transformado numa consigna política: o estado tem o dever de reparar uma dívida social de meio século com as mulheres: a oferta de serviços de aborto legal.

Esta leitura foi trazida a público de forma estratégica pelo movimento organizado de mulheres feministas, que subvertendo a ordem estabelecida na qual o aborto era crime e ponto final, as feministas afirmaram: no Brasil existe o aborto legal. Sendo legal, o Estado tem o dever de criar condições para que todas as mulheres possam realizá-lo em segurança. Não apenas as mulheres em condições de pagar clínicas privadas, mas todas as mulheres que precisarem deste atendimento. Esta reivindicação foi fortalecida com a Constituição Federal em 1988 que assegurou a igualdade das mulheres em relação aos homens; garantiu a seguridade social como direito de todos e dever do Estado e criou o Sistema Único de Saúde. A implantação do aborto legal o Brasil é, portanto fruto, sobretudo do trabalho do movimento feminista, que definiu estratégias claras, conquistou parcerias, ocupou lugares estratégicos no espaço público das instituições do Estado, em particular na gerência e na assessoria de programas de saúde da mulher no âmbito municipal, estadual e federal.

À ação das mulheres correspondeu uma forte reação dos grupos religiosos. A Igreja Católica passa a demonstrar o peso e a importância desta instituição que ao se estabelecer, diferenciando-se dos cultos pagãos, estabeleceu como princípio a valorização da vida e a repressão ao aborto. Esta é uma questão estrutural para a Igreja Católica, e para outras Igrejas Cristãs. Mesmo que a instituição como um todo não tenha o mesmo pensamento em relação ao aborto, a proibição ao aborto impõe-se e adquire um caráter dogmático e esta posição tem sido disseminada em todas as regiões do Brasil, para toda a sociedade. A pressão da Igreja Católica se exerce também e de modo articulado junto aos poderes executivo e legislativo.

O Estado por vezes assume a responsabilidade de garantir os direitos conquistados pelas mulheres e previstos em lei, e por vezes age no sentido contrário, retrocede, atendendo os interesses dos grupos religiosos. Este movimento pendular favorece os interesses dos grupos conservadores, que também têm conquistado muitos parceiros na sociedade. O resultado é a manutenção de um padrão de assistência cuja cobertura dos serviços não atende em absoluto as necessidades da população feminina, sobretudo das mulheres residentes nas pequenas cidades e nas zonas rurais. As mulheres pobres, que representam a maior parcela da população feminina, em sua grande maioria, continuam à mercê da própria sorte. Ou são obrigadas a levarem a termo as gestações decorrentes da violência sexual ou a se submeterem à violência da assistência clandestina, de má qualidade, pondo em risco as suas

vidas. Por várias razões, acreditamos que não há perspectiva de mudança desta realidade em curto prazo.

A reação dos grupos religiosos amplia-se tanto no sentido de disseminação de idéias quanto na brutalidade de suas ações. Foram criadas associações e lançadas campanhas de abrangência nacional contra o aborto, contra a anticoncepção de emergência e mesmo contra o uso de métodos anticoncepcionais não naturais. E os grupos favoráveis ao direito ao aborto são chamados de assassinos, matadores de criancinhas, déspotas e sanguinários. As feministas e seus aliados não dispõem da mesma estrutura que a Igreja Católica e não usam os mesmos métodos agressivos, que parecem dar resultado, a exemplo do que acontece nas audiências e votações de projetos relacionados ao aborto, realizadas no Congresso Nacional.

Outro aspecto problemático diz respeito ao tipo de assistência que deve ser prestada às mulheres vítimas de estupro. Este conjunto de medidas demanda a integração de diferentes serviços, alguns sob gestão municipal, como os centros de saúde e hospitais, e outros sob responsabilidade dos governos estaduais, como as defensorias públicas, delegacias e institutos médico-legais. A integração destes serviços é difícil tanto por questões práticas, como a falta de capacitação dos técnicos e a carência de recursos materiais, quanto por problemas decorrentes das disputas políticas entre governos estaduais e municipais.

Além disso, a rede pública de saúde, uma das principais portas de entradas das mulheres vítimas de estupro, enfrenta dificuldades gerenciais, financeiras, operacionais e políticas que impedem a implantação da assistência integral à saúde da mulher. A maioria dos municípios não oferece sequer ações básicas para a assistência à saúde materna, à anticoncepção, à prevenção do câncer ginecológico e às doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, os profissionais de saúde, de um modo geral, oferecem uma grande resistência à prática do aborto. Muitos deles, pela influência religiosa e outros pela falta de capacitação e pelo preconceito, por acharem que as mulheres podem falsear as informações, afirmando que foram estupradas para receberem o benefício do aborto legal.

Por fim, a sociedade brasileira, no seu conjunto não parece inclinada a apoiar uma proposta ampla de legalização do aborto. Os preconceitos de gênero, os preconceitos contra a mulher ainda são muito arraigados e embora as pesquisas de opinião mostrem que a sociedade condena a violência contra a mulher, este é um problema de grande magnitude, demonstrando uma grande distância entre o que se diz e o que se pratica. O estupro é um crime que afronta a moralidade das famílias, das mulheres e dos homens. São comuns os relatos em que os acusados de estupro são torturados e sofrem violências sexuais nas prisões do país. Parece fazer parte da cultura brasileira a não aceitação do crime de estupro e talvez este seja um dos motivos que leva a população a apoiar a mulher que não quer ter o filho de um estuprador. Mas se esta sociedade aceita o aborto pós-estupro e considera justa a implantação dos serviços assistenciais, o problema não a mobiliza levando-a a exigir do Estado que cumpra a sua responsabilidade diante do problema. Esta posição coloca o Estado numa posição confortável de oferecer aqui e ali algumas migalhas de direito, ou um direito despedaçado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOUSENNA, M. *Cultura árabe e secularização*. 2003. Disponível em: <<http://kplus.cosmo.com.br/matéria.asp?co=94&rv=direito>>. Acesso em 30 maio. 2006.

AGUIRRE, L. P. *Aspectos religiosos do aborto induzido*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2000. (Coleção Cadernos; nº 5).

ARDAILLON, D. O lugar íntimo da cidadania de corpo inteiro. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 1997a.

_____. *Cidadania de corpo inteiro: discursos sobre o aborto em número e gênero*. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997b.

_____. As “indivíduas”, cidadãs paradoxais. Resenha sobre SCOTT, J. Only paradoxes to offer: french feminists and the rights of man. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1-2, 1999.

ÁVILA, M. B.; CORREA, S. Premissas do Movimento pela Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 1999.

BANDEIRA, L.; VASCONCELOS, M. *Equidade de Gênero e Políticas Públicas: reflexões iniciais*. AGENDE Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento. Brasília, 2002.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAER, W. *A Economia brasileira*. 2. ed. São Paulo: Nobel, 2002.

BEAUVOIR, S. *O segundo sexo*. 6. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BEHRING, E. R. Reforma do Estado e Seguridade Social no Brasil. *Ser Social*, Brasília (DF), n. 7, 2000.

BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília (DF): Ed. Universidade de Brasília, Linha Gráfica Editora, 1991. v. 1.

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1981.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988*. 35. ed. ampliada. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília (DF), 1985.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01. *DOU [Diário Oficial da União]*, Brasília (DF), nº 96, Seção 1 E, 18 maio 2001.

_____. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília (DF), 2003. (Caderno de Atenção Básica, n. 8).

_____. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília (DF), 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Princípios e diretrizes*. Brasília (DF), 2004a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Plano de ação*. Brasília (DF), 2004b.

_____. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. Brasília (DF), 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ). Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). *Pesquisa Nacional sobre as Condições de Funcionamento das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres*. Brasília (DF), ([s.d.]). [Não publicado].

BUARQUE DE HOLANDA, S. *Raízes do Brasil*. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMPOS, A. *Balanço da bossa e outras bossas*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

CASTRO, R. *Chega de saudade, a história e as histórias da bossa nova*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CABRAL, S.; JAGUAR; CASTRO, T. de *et al.* Leila Diniz: Entrevista publicada originalmente no jornal *O Pasquim*, em novembro de 1969. In: ALTMAN, F. (Org.). *A arte da entrevista*. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2004.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CAULFIELD, S. *Em defesa da honra: moralidade, modernidade e nação no Rio de Janeiro: 1918-1940*. Campinas (SP): Unicamp, 2000.

CENTER FOR HEALTH AND GENDER EQUITY (CHANGE). *Population reports*. Baltimore, Maryland, USA: The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 1999. v. 27, n. 4.

COÊLHO, M. R. S. *Atenção Básica à saúde da mulher: subsídios para elaboração do Manual do Gestor Municipal*. 2003. Dissertação (Mestrado) – ISC/UFBA, Salvador, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Legislação do SUS*. Brasília (DF), 2003.

CONVENÇÃO de Belém do Pará: Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. In: CEPIA. *Instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos*. Rio de Janeiro, 1999. (Traduzindo a legislação na perspectiva de gênero, v. 1).

COMTE-SPONVILLE, A. *Pequeno tratado das grandes virtudes*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

CORRÊA, S.; FREITAS, A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 1997.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. *Área técnica de saúde da mulher: balanço 1998-2002, aspectos estratégicos, programáticos e financeiros*. Brasília (DF), 2003. [Não publicado].

COSTA, A. A. A. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. *Labrys: Estudos Feministas*, Brasília (DF), jan-jul, 2005. Disponível em: <<http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys7/liberdade/anaalice.htm>>. Acesso em: 26 jul. 2006.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

COSTA, S. G. Movimentos feministas, feminismos. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, nº especial, p. 23-36, set./dez. 2004.

DELUMEAU, J. *A história do medo no Ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia da Letras, 1989.

DINIZ, D.; RIBEIRO, D. *Aborto por anomalia fetal*. Brasília: Letras Livres, 2004.

DOYAL, L.; GOUGH, I. *Una teoria de las necesidades humanas*. Barcelona: Içaria-Fuhem, D. L., 1994.

DUARTE, M. F. Evolução histórica do direito penal. *Jus Navigandi*, Teresina, 1999. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=932>>. Acesso em: 29 ago. 2005.

DURANT, W. *A história da filosofia*. Trad. Luiz Carlos do Nascimento Silva. São Paulo: Nova Cultural, 2000. [Primeira edição 1926: *The story of Philosophy*].

ECO, U; MARTINI, C. *Em que crêem os que não crêem?* 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

ESPING-ANDERSEN, G. *Fundamentos sociales de las economias postindustriales*. Barcelona: Ariel, 2000.

FALLACCI, O. Dom Hélder Câmara: entrevista publicada originalmente no Jornal *L'Europeo*, em agosto de 1970. In: ALTMAN, F. (Org.). *A arte da entrevista*. 2. ed.. São Paulo: Boitempo, 2004.

FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. *O drama do aborto: em busca de um consenso*. Campinas: Komedi, 2004.

FAUSTO, B. *História concisa do Brasil*. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 2001.

FEIX, V. Incontestável missão histórica. *Jornal Fêmea*, Brasília (DF), v. 13, n. 145, jun. 2005. (Impresso Especial).

FERREIRA, J. F. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. São Paulo: Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – Hospital Pérola Byngton, 2000.

FOLHA. BANCO DE DADOS. *Voto feminino*. Disponível em: <http://almanaque.folha.uol.com.br/Brasil_12mai1928.htm>. Acesso: 23/07/2006.

FORNA, A. *Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

GARCIA MARQUES, G. *O amor nos tempos do cólera*. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 1985.

GARCIA-MORENO, C. Violência contra la mujer. In: OPAS/OMS; HARVARD CENTER FOR POPULATION AND DEVELOPMNT STUDIES. *Gênero y equidad en la salud*. 2000. (Publicação ocasional, nº 06).

GASQUEZ, A.; PENTEADO, J. de C. *Grandes juristas brasileiros*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GRUPO CERES. *Espelho de Vênus: identidade sexual e social da mulher*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

GRUPO HERA. *Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres: idéias para a ação*. Disponível em: hera@iwhc.org.

GUTIÉRREZ, R. *O feminismo é um humanismo*. Rio de Janeiro: Antares; São Paulo: Nobel, 1985.

HAHNER, J. E. Educação e Ideologia. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, 1994.

HEISE, L, PITANGUY, J, GERMAIN, A. *Violence against women*. Washington, D.C.: The World Bank, 1994.

HESSINI, L. Global progress in abortion advocacy and policy: an assessment of the decade since ICPD. In: *Reproductive Health Matters*, 2005. Disponível em: Revista eletrônica de saúde sexual e reprodutiva: www.ipas.org.br/index.html. Acesso em: 19 ago. 2006.

HIRIGOYEN, M. F. *Assédio moral: a violência perversa no cotidiano*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

HUNGRIA, N. *Comentários ao Código Penal*. Rio de Janeiro: Forense, 1955. v. 5.

HUNTINGTON, D.; PIET-PILON, N. J. (Ed.) *Postabortion care: lessons from operations research*. New York: Population Council, 1999.

HURST, J. *Uma história não contada: a história das idéias sobre o aborto na Igreja Católica*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 1999.

IPAS BRASIL. *Pesquisa opinião médica sobre mulheres vítimas de estupro*. 2002. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br>>. Acesso em: 19 ago. 2006.

LEGENDRE, P. *O amor do censor: ensaio sobre a ordem dogmática*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, Colégio Freudiano, 1983.

LEOCÁDIO, E. M. A. *Relatório do Projeto Aborto Pós-Estupro: o discurso na primeira pessoa*. Brasília, 2002. [Não publicado].

MAGUIRE, D. C.; PEGORARO, O.; MEJÍA, M. C. *Aborto: descobrindo as bases éticas para decidir com liberdade*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 1999. (Coleção Cadernos; 3).

MALIN, M. *Francisco Campos*. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.cpdoc.fgv.br/comum/htm/>>. Acesso em: 23 jul. 2006.

MARCÃO, R. F. O aborto no anteprojeto do Código Penal. *Jus Navigandi*, Teresina, 2002. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2961>>. Acesso em: 28 ago. 2005.

MARIANO, R. *Secularização do Estado, liberdades e pluralismo religioso*. Disponível em: <http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/Ricardo_mariano.htm>.

MINAYO, M. C. de S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, suplemento 1, 1994.

MONTEIRO LOBATO. Negrinha. In: MORICONI, Ítalo (Org.) *Os cem melhores contos brasileiros do século*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2000.

MORAIS, F. *Chatô, o rei do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

MORI, M. *A moralidade do aborto: sacralidade da vida e o novo papel da mulher*. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 1997.

NOGUEIRA, M. A. *Em defesa da política*. São Paulo: Editora Senac, 2001.

NOSSO século: 1930/1945 – *a Era Vargas*. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

NUNES, E.; JACOBI, P.; KARSCH, U. S.; COHN, A. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.

OLIVEIRA, G. C. de. *Direito ao aborto no parlamento*. Brasília (DF): Cfêmea, Rede Saúde, 2001.

PAPALEO, C. C. *Aborto e contracepção: atualidade e complexidade da questão*. Rio de Janeiro: Renovar, 1993.

PEREIRA, P. A. P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PITANGUY, J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

_____. J. Conferência Gênero, Violência e Direitos Humanos. In: OFICINA de Apoio Psicossocial a Mulheres em Situação de Violência. Brasília (DF): MS/OPAS, 2001. [Não publicado].

PITANGUY, J.; MIRANDA, D. As mulheres e os direitos humanos. In: O PROGRESSO das mulheres no Brasil. Brasília (DF): Unifem, Fundação Ford, CEPIA., 2006.

POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

RAGO, M. Os feminismos no Brasil: dos anos de chumbo à era global. *Labrys: Estudos feministas*, Brasília, jan./jul. 2003. Disponível em:

<<http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys3/web/bras/marga1.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2006.

REDESAÚDE. Disponível em: <www.redesaude.org.br>. Acesso em: jul. 2006.

RIBEIRO, M. Propostas revolucionárias. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 1995.

RIBEIRO, R. J. A Glória. In: CARDOSO, Sérgio et al. *Os sentidos da paixão*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

SABO, D. Comprender la salud de los hombres: um enfoque relacional y sensible al género. In: OPAS/OMS; HARVARD CENTER FOR POPULATION AND DEVELOPMNT STUDIES. *Gênero, equidad, salud*. 2000. (Publicación ocasional, n. 4).

SADER, E. S. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTIN, M. A. Aborto legal – igreja católica e o congresso nacional. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2000. (Coleção Cadernos; nº 6).

SARTI, C. A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 35-50, ago. 2004.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface, Comunicação, Educação*, Botucatu (SP), v. 3, n.5, 1999.

_____. *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, [s.d].

SCHUMACHER, S.; BRAZIL, E.V. *Dicionário mulheres do Brasil de 1500 até a atualidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Recife: SOS Corpo, Gênero e Cidadania. 1989.

SEVERIANO, J.; HOMEM DE MELLO, Z. *A canção no tempo: 85 anos de músicas brasileiras*. São Paulo: Editora 34, 1998. v. 2: 1958-1985.

SIMIONATTO, I. Reforma do Estado ou modernização conservadora? o retrocesso das políticas sociais públicas nos países do Mercosul. *Ser Social*, Brasília, n. 7, 2000.

SILVA, K. C. *Condições de funcionamento das delegacias especializadas no atendimento à mulher*. Brasília: CNDM/MJ, [s.d.].

SOARES, G. S. *Os significados simbólicos do abortamento: a intimidade compartilhada*. 1998. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal da Paraíba, 1998.

SOUTO-MAIOR, V. A. A intuição feminista do *Agitprop* no teatro brasileiro em fins do século XIX. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 1997.

TINOCO, A.L.F. *Código Criminal do Império do Brasil anotado*. Obra fac-similar. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2003

TORRES, J. H. R. Aspectos legais do Abortamento. *Jornal da Redesaúde*, São Paulo, n. 18, set. 1999.

THOMSON, J. Una defensa del aborto. In: FINNIS, John; THONSON, Judith Jarvis; TOOLEY, Michael. *Debate sobre el aborto: cinco ensayos de filosofia moral*. Madrid: Ediciones Cátedra, 1992.

VASCONCELOS, M. *Os significados do aborto: o labirinto de discursividades na Câmara dos Deputados*. 2000. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade de Brasília. 2000.

VELOSO, C. *Verdade tropical*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

YEHUDA, R. Pós-traumatic stress disorder: review article. *The New England Journal of Medicine*, England, n. 10, v. 346, Jan. 2002.

APÊNDICE: lista de entrevistados(as)

Nº	Formação / Inserção social	Data
01	Promotor de justiça; doutor em direito; pós-doutor direito e em medicina; responsável pela Promotoria Provida do Distrito Federal.	Agosto 2005
02	Doutora em direito; professora da Universidade Católica de São Paulo; membro do Comitê Cedaw / ONU; ex-coordenadora do Claden-Brasil.	Agosto 2005
03	Administrador; ex-assessor parlamentar concursado; presidente da Associação Nacional Provida Profamília; consultor do Pontifício Conselho para a Família e membro da Pontifícia Academia Provida.	Agosto 2005
04	Médico obstetra; professor titular da Unicamp; Coordenador do Fórum Interprofissional de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual e Implementação do aborto legal; consultor permanente da OMS.	Julho 2005
05	Médica sanitaria; feminista; coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde; ex-coordenadora de saúde da Mulher no município de São Paulo.	Agosto 2005
06	Médico ginecologista e obstetra; presidente da Comissão de Aborto Legal da Febrasgo; membro da Comissão Tripartite; membro da equipe de aborto legal do hospital Jabaquara de ao Paulo.	Julho 2005
07	Pastor da Igreja Luterana; Secretário Executivo do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs.	Agosto 2005
08	Filósofa; mestre em Jornalismo; ex-coordenadora de comunicação da Rede Feminista de Saúde e de Direitos Sexuais e Reprodutivos.	Julho 2005
09	Socióloga; professora da Universidade Federal de São Paulo; feminista; ex-membro da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde.	Agosto 2005
10	Administradora; funcionária pública aposentada; militante feminista; fundadora da organização não governamental Cfêmea.	Agosto 2005
11	Psicóloga; mestre em sociologia; feminista militante; coordenadora do Cunchã: Coletivo feminista; secretaria executiva das Jornadas.	Julho 2005
12	Assistente Social; socióloga; secretária adjunta da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres; militante política, ex-deputada federal.	Julho 2005
13	Diretora de programas da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; coordenadora do programa de combate à violência contra a mulher.	Junho de 2005
14	Médica sanitaria; ex-coordenadora Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde; coordenadora política das Jornadas.	Agosto 2005
15	Assistente social. Especialista em educação. Membro da ATSM / MS. Responsável pela implementação de serviços de aborto legal e redes de atendimento à mulher em situação de violência.	Julho 2005
16	Assistente social; feminista; ex-gestora do programa de saúde da mulher em Goiânia. Membro da ATSM / MS. Responsável pela implementação de serviços de aborto legal e redes de atendimento à mulher em situação de violência.	Agosto 2005