

VOLUME 02

Carla Batista
Márcia Larangeira
(Organizadoras)

Aborto:

Desafios da Legalidade



Aborto:

Desafios da Legalidade

 SOS CORPO é uma organização sem fins lucrativos fundada em 1981 como grupo de ação e reflexão sobre saúde, sexualidade e reprodução humana. O feminismo é a base de sua construção e a ação institucional está orientada para a transformação das relações de gênero com ênfase na cidadania das mulheres, tendo como referências a democracia e o desenvolvimento.



VOLUME 02

Carla Batista
Márcia Larangeira
(Organizadoras)

Aborto:

Desafios da Legalidade



SO 3ML

Aborto: Desafios da Legalidade é uma publicação do SOS CORPO.
A organização deste livro segue roteiro do Seminário Aborto: Desafios da Legalidade, realizado no Recife, em agosto de 1997,
sob a coordenação política do SOS CORPO - Gênero e Cidadania,
Grupo Curumim - Gestação e Parto e Centro das Mulheres do Cabo,
com apoio da International Women's Health Coalition (IWHC)
e colaboração da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos
(Rede Saúde).
Os textos originais foram gentilmente revisados e aprovados pelas/os autoras/es.
A estas/es os nossos sinceros agradecimentos.
As fotos da capa são do acervo do SOS CORPO, em vários momentos do nosso trabalho.
Agradecemos a/os fotógrafo/os e as pessoas que nelas aparecem.

Edição e Organização de Textos
Carla Batista e Márcia Larangeira

Revisão
Fátima Ferreira

Revisão Final
Carla Batista

Produção Executiva
Solange Rocha e Taciana Gouveia

Projeto Gráfico
Fernando Vasconcelos

Layout
Ute Feldmann

Transcrição de Fitas
Angela Araújo

Tiragem
300 exemplares

Gráfica
GCL

Apoio
IWHC

Fundação MAC ARTHUR

Recife, julho de 1998

Índice

Prefácio	5
-----------------------	----------

I Ética E Aborto 9

Ética Privada e Responsabilidade Pública <i>Francisco José Galvão Bruno</i>	11
--	----

Compromisso Ético dos Homens <i>Humberto Costa</i>	18
---	----

A Ética do Ponto de Vista das Mulheres que Abortam <i>Eleonora Menicucci</i>	23
---	----

2 Os Significados da Legalidade 31

Implantação dos Serviços Legais na Perspectiva dos Direitos Reprodutivos <i>Maria José Araújo</i>	33
---	----

Significados Históricos e Políticos da Regulação da Fecundidade <i>Maria Isabel Baltar da Rocha</i>	41
--	----

Legalidade, Cidadania e Direitos Humanos: Antigas e Novas
Questões no Debate sobre Aborto
Sonia Corrêa

77

3 Responsabilidade Social e Aborto 85

O Papel do Estado
Josefina Cláudia Zírpoli

86

O Papel dos Partidos Políticos
Dilson Peixoto

92

4 O Aborto no Âmbito da Assistência à Saúde . . 97

Atendimento Humanizado e a Cidadania das Mulheres
Elcylene Leocádio

99

A Tecnologia Empregada no Atendimento ao Aborto
Eugênio Pitta

104

O Atendimento do Aborto em um Contexto de Legalidade
Jorge Andalaft Neto

110

Autoras/es 123

PREFÁCIO

Em agosto de 1997, instituições feministas sediadas no Recife - SOS CORPO - Gênero e Cidadania, Grupo Curumim - Gestação e Parto e Centro das Mulheres do Cabo - promoveram o Seminário Aborto: Desafios da Legalidade. A iniciativa ocupou espaço importante, uma vez que o debate em torno do aborto no país vinha sendo aquecido com novos fatos políticos que viriam logo a seguir: a vitória do Projeto de Lei nº 20/91 - que determina a obrigatoriedade do atendimento ao aborto nos casos previstos por lei - na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados em Brasília; a declaração do então Ministro da Saúde, Carlos Albuquerque de que pediria ao presidente da república o veto ao projeto de lei; a proposta do Ministro do Supremo Tribunal Federal, Celso Mello, de ampliar os casos legais no Brasil, a proximidade da visita do Papa João Paulo II ao Brasil e a Campanha em defesa do Atendimento ao Aborto Previsto em Lei, promovida pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, a Rede Saúde. Sendo assim, o contexto não poderia ser mais propício, já que um dos propósitos do seminário era, justamente, o de fomentar o intercâmbio de informações e intensificar o debate sobre o assunto com outras/os parceiras/os no Nordeste. Não por acaso dentre o público, encontravam-se pessoas oriundas do Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas e Bahia.

A leitura deste conjunto de textos - apresentados pela primeira vez nesse seminário - permite avaliar que o debate sobre a prática do aborto, na atual conjuntura, está sendo feito a partir de um novo patamar, proporcionado pelas diferentes experiências da prática legalizada que acontece atualmente em alguns estados brasileiros. Da mesma forma, esta conjuntura também propicia o aparecimento de novos atores

sociais num cenário tradicionalmente ocupado pelas mulheres que têm sido as principais - quando não as únicas - protagonistas reveladas dessa história. E torna possível ver, assim como ouvir abertamente, tantos outros personagens que lidam cotidianamente com a questão - juristas, médicos/as, enfermeiras/os, parlamentares, jornalistas, ou mesmo os companheiros das mulheres que abortam - muitos dos quais talvez se sentissem, até então, constrangidos de emitir opiniões sobre o assunto.

Com estes/as atores/atrizes, vêm à tona experiências concretas relacionadas ao aborto - são novos dados e elementos que tanto enriquecem a discussão quanto possibilitam renovadas análises sobre o tema. São estas experiências pessoais, no caso dos homens que acompanham suas parceiras, parentes ou amigas nesse momento; ou profissionais, como no caso dos/as médicos/as que passam a utilizar tecnologias mais humanizantes ou então os juristas que devem legislar frente a casos não previstos pela legislação, por exemplo, quando a formação fetal é incompatível com a vida.

Passado um ano, os textos deste livro conservam sua atualidade, já em uma nova conjuntura, marcada por avanços relacionados ao campo da saúde e dos direitos reprodutivos. Em primeiro lugar, a expansão do serviço de aborto previsto em lei na rede pública - no prazo de seis meses (dezembro/97 a maio/98) o número de cidades que contam com o serviço aumentou de 05 para 07; e o número de hospitais credenciados subiu de 10 para 13)¹ - que atesta a ampliação concreta de um direito das mulheres, o que, não se pode esquecer, é resultado da ação política das mulheres organizadas em movimentos pelos direitos reprodutivos.

Ainda no campo das políticas públicas em nível nacional, o atual Ministro da Saúde, José Serra, ao tomar posse reafirmou que a saúde das mulheres é prioritária no seu plano de governo à frente do Ministério e reiterou o compromisso de efetivar o atendimento ao aborto previsto por lei na rede pública.

¹Fonte: Jornal da Rede n°s 14 (dezembro/1997) e 15 (maio/1998).

Ética e Aborto

Neste capítulo, o juiz Francisco Bruno apresenta a relação entre ética privada e responsabilidade perante o aborto. Defende a ética como o campo da filosofia que se ocupa do bom e do mau, do certo e do errado e que, dada a sua natureza, é sempre social. Afirmar, porém, que a ética não se restringe apenas à teoria, sendo também normativa e de uso prático, e que o uso que se faz dos conceitos éticos é que se caracteriza como individual. Para Bruno, devido à complexidade da questão ética, esta não pode ser usada como justificativa para se punir alguém pela realização de um aborto.

O deputado Humberto Costa optou por abordar o aborto do ponto de vista do direito individual, tratando a questão sob o ponto de vista dos homens e a partir, também, de sua experiência pessoal frente a situações concretas de aborto.

Já a socióloga Eleonora Menicucci traz ao centro do debate a ética das mulheres frente ao processo de abortamento - da descoberta de uma gravidez indesejada à sua interrupção. Como fonte de inspiração, Menicucci apresenta relatos de uma pesquisa realizada em São Paulo com mulheres que abortam; seu parâmetro para reflexão é a interpelação entre ética e corporalidade. Dessa forma, a autora considera que estar no mundo a partir do corpo implica que as experiências de vida compreendem elementos para além da objetividade. Neste sentido, Menicucci constrói

a sua análise a partir da fala das mulheres pesquisadas e seus dilemas frente ao aborto; o senso de responsabilidade não compartilhada sobre a gravidez e a decisão do aborto; o peso da experiência familiar sobre a decisão; a influência do espelho da mãe.

Ética Privada e Responsabilidade Pública

Francisco José Galvão Bruno

Como ponto de partida para abordar a relação entre ética privada e responsabilidade, é preciso esclarecer alguns aspectos a respeito do conceito de ética. Acredito que seja um conceito mais generalizado, contudo é com ele que trabalho. Falar de ética privada pode levar a alguns equívocos porque, a rigor, ética nunca pode ser usada no privado; os conceitos éticos podem, talvez, ser individuais, porém, por sua própria natureza, ética é sempre social.

A ética - ou filosofia moral - é o ramo da filosofia que se ocupa com o bom e o mau, o certo e o errado. Assim, sem se lhe negar o caráter eminentemente teórico, deve-se reconhecer que a reflexão filosófica que se ocupa da ética é também prática, como já reconheceu o filósofo que foi um dos fundadores de seu estudo sistemático, Aristóteles. Esclarecendo: é óbvio que todo aquele que se ocupa de problemas éticos, faz isso de uma forma teórica, especulativa. Outro aspecto da ética, porém, é ser normativa, ou seja, ela se ocupa em identificar condutas que possam ser consideradas boas, justas e corretas. Quer dizer: ela se ocupa de individualizar os bens reais e verdadeiros e de mostrar de que maneira nós devemos conduzir nossas vidas de forma a participar efetivamente desses bens. Como todas as questões filosóficas realmente importantes, a ética jamais logrou, sequer, um nível mínimo de concordância quanto às respostas dadas pelos estudiosos. Teorias teleológicas, deontológicas, utilitaristas, epicuristas ou cognitivistas naturalistas - são inumeráveis as teorias éticas a disputar a atenção dos estudiosos, para não falar de um simples cidadão, como eu, que gostaria apenas de entender a razão dessa impossibilidade de atingir um nível mínimo de consenso a respeito da ética.

Porém, no tocante à possibilidade do conhecimento das normas éticas, a dissensão é menor. Pode-se dizer que existem basicamente duas ou três correntes à nossa

disposição a respeito da possibilidade de conhecer ou não as normas éticas gerais. Seriam as opções absolutistas, relativistas, e, naturalmente, as opções intermediárias.

Os absolutistas morais acreditam numa única verdade e, além disso, acreditam que detêm essa verdade e que detêm o conhecimento dessa verdade. Os exemplos mais evidentes dos absolutistas são as diversas religiões. Os cristãos, por exemplo, acreditam sinceramente, que são detentores da verdade revelada; outros grupos existem, porém, que são também absolutistas. Os mais conspícuos deles - ao menos até recentemente - eram os marxistas ortodoxos, que acreditavam ser detentores de todas as verdades morais e científicas e da chave do seu conhecimento, ou seja: a História. Hoje o exemplo mais notável de absolutismo moral - até porque é um dos únicos, se não o único que leva a sua crença às últimas conseqüências - é o fundamentalismo islâmico. Para este, a verdade revelada pelo profeta Maomé no século VII é indiscutível e suficiente, nada há que acrescentar. Mas, a verdade revelada constitui não apenas as diretrizes da fé e da moral, ela representa também o sistema jurídico da sociedade islâmica, daí porque Ernest Gellner, muito apropriadamente, chama os mestres da fé islâmica - lá não há sacerdotes - de teólogos-juristas.

No extremo oposto encontramos as diversas formas de relativismo moral. Para os que defendem essa posição a verdade não existe; cada sociedade, cada cultura, cria a sua própria verdade. Não existem fatos; existem interpretações, e ninguém pode ter a pretensão de conhecer a verdade, e muito menos de tentar impô-la, ou mesmo de convencer os outros dessa verdade. O relativismo é um fenômeno de certa forma recente; ele resulta, na verdade, do arrependimento provocado pela tomada de consciência dos pecados colonialistas. Filosoficamente a escola relativista teve várias correntes, como por exemplo a Escola de Frankfurt. Atualmente seu representante mais famoso é o estridente Movimento Pós-Modernista.

Os pós-modernistas levaram o relativismo ao seu absurdo, e talvez inevitável, ponto de chegada: não existem fatos, existem interpretações; a objetividade é totalmente impossível. Ao estudar um fenômeno, o cientista desde logo interfere nele, criando assim a realidade que pensa descrever. Portanto, ao descrever, digamos, uma soci-

idade estranha, o antropólogo, na verdade, está descrevendo suas próprias reações a essa sociedade. Não é difícil perceber que essa visão conduz, necessariamente, ao niilismo. Como bem nota o filósofo inglês John Finnis, o relativista nada mais é do que um absolutista desapontado. Para ele é tudo ou nada; ao perceber a dificuldade de decidir entre a inegável diversidade e avaliações morais existentes, ele resolve o problema da forma mais fácil: nega que exista um problema a ser resolvido.

Entre o absolutismo moral e o relativismo, porém, existe uma terceira possibilidade. Talvez ela não seja psicologicamente tão satisfatória quanto eles, mas é, sem dúvida, uma opção mais prudente e - eu acredito - a única que permite a tolerância sem cair no niilismo. É o reconhecimento de que existe uma verdade, sim, e é nosso dever buscá-la; porém, humildemente, nós devemos reconhecer que nenhuma sociedade, nenhuma pessoa jamais pode ter certeza de deter essa verdade em definitivo. O já citado Ernest Gellner chama essa atitude de fundamentalismo racionalista: a crença absolutista na existência da verdade e em determinados procedimentos para sua busca. Procedimentos estes baseados no modo de pensar característico, da civilização ocidental, portanto longe de ser universal, como Marx Weber já demonstrou; procedimentos, porém, cujo óbvio sucesso prático vem levando toda a humanidade a adotá-los em maior ou menor grau. Certeza quanto aquilo que se busca e a forma de procura, humildade quanto ao sucesso obtido - assim, acredito, pode-se evitar tanto o niilismo quanto a intolerância.

Pois bem, a essa altura já deve ser evidente aonde eu estou querendo chegar, no que toca ao aborto. As posições normalmente existentes em discussões a respeito do aborto representam, em geral, uma das duas posições extremas: absolutistas ou relativistas, de forma mais ou menos radical.

As posições relativistas são geralmente encontradas mais facilmente em países avançados como os Estados Unidos da América. Podem ser resumidas no seguinte trecho de um editorial do jornal *The New York Times*, de 1973 a respeito das decisões da Suprema Corte Americana, a Decisão *Roe versus Wade* e a Decisão *Doe versus Bolton*, que julgaram inconstitucional a proibição do aborto, porque nos Estados Unidos estão num passo muito mais avançado do que nós: lá já é proibido

proibir o aborto. Disse o New York Times: "Nada existe na forma de a Corte encarar o problema que possa ofender as pessoas que se opõem a qualquer aborto por questões de religião ou convicção pessoal. Elas podem continuar a defender seus princípios tão firmemente como sempre, desde que não tentem impedir a liberdade daqueles com pontos de vista diversos". Note-se: ele [o editorial] fala de "questões de religião ou convicção individual", como se fosse impossível opor-se ao aborto por ser um mal em si; enfim, por ser errado.

Os pontos de vista absolutistas, por sua vez, existem tanto dentre os que defendem, como dentre os que se opõem à descriminalização do aborto. A Igreja Católica Apostólica Romana, por exemplo, é a favor da punição penal de todo e qualquer tipo de aborto direto, ainda que para salvar a vida da mãe. Por outro lado, algumas feministas defendem o direito absoluto da mulher ao seu próprio corpo, e com a conseqüente conclusão de que o aborto deve ser permitido sempre e a qualquer tempo.

Pelo que vale, ambas as posições são igualmente inaceitáveis. No mínimo, deveria dar-se à vida da mãe o mesmo valor que se dá ao feto. A posição católica nega à mãe o direito reconhecido a todos de defender a própria vida, no que o Código Penal chama de "estado de necessidade". Por outro lado, enquanto não houver certeza científica a respeito do início da vida, o feto deve merecer o benefício da dúvida, e deve ser respeitado a partir da concepção. Falar no direito absoluto ao próprio corpo é levar a mentalidade capitalista às suas últimas conseqüências, o que é inaceitável de um ponto de vista ético. Porém, como o próprio Vaticano reconhece numa declaração sobre aborto de 1974, "não é exigível que o Direito cubra todo o campo da moralidade" - e, acrescento eu, não é desejável que o faça.

Assim, a questão que se coloca para aqueles que, como eu, entendem ser o aborto moralmente inaceitável, é a seguinte: aceita como verdade absoluta a sacralidade da vida, existe base suficiente para se punir com prisão os que entendem que esse princípio não se aplica ao feto? Se entendemos que a lei deve respeitar as opiniões culturais minoritárias, desde logo a resposta é não. Pois há muitas religiões e muitas culturas que não encaram o feto como pessoa e, portanto, não encaram o aborto como homicídio. É o caso por exemplo do judaísmo. Segundo a interpretação rabínica,

o aborto não é homicídio em nenhuma circunstância, embora só se admita por razões terapêuticas, por se tratar da destruição da vida em potencial. No Islã a opinião mais generalizada é de que o feto só recebe alma no quarto mês da gestação, sendo aceitável o aborto, portanto, até essa data. Entre os budistas há variações: em alguns países como o Japão e a Coreia do Sul o aborto é largamente praticado, noutros como Sri Lanka, Tailândia e Birmânia, ele é mais restrito. Não há, porém, proibição absoluta como no catolicismo. Para o hinduísmo o aborto é um grande mal, mas na Índia ele foi legalizado, foi descriminalizado em 1971. Mesmo dentre os cristãos, a questão não é pacífica. Os protestantes, embora opondo-se rigorosamente ao aborto, nem por isso deixam de entender a posição da Igreja Católica como por demais rigorosa. O grande teólogo Karl Barth, reconhecendo na posição da igreja romana "algo quase horivelmente respeitável", acrescenta: "não obstante, não pode haver dúvida de que a proibição abstrata pronunciada no passado e que ainda é a única contribuição do catolicismo romano nesta matéria, é por demais atemorizadora e estéril para ser de qualquer ajuda na solução do problema."

Mas respeito pelos critérios éticos alheios poderia ser entendido como fácil relativismo; assim, eu proponho que raciocinemos exclusivamente de acordo com a doutrina apostólica romana, sem esquecer, porém, que dentre os princípios da própria Igreja está a misericórdia, e tendo também em mente a admirável advertência de Hans Kelsen: "Os mais altos ideais morais foram comprometidos pela intolerância daqueles que os defenderam." Desde logo, devemos notar que a Bíblia não contém nenhum texto considerando o aborto como homicídio, ou seja, a morte de uma pessoa. Pelo contrário, em Êxodus, capítulo 21, versículos 22 a 25, vemos que o feto não era encarado como pessoa; a pena por causar aborto é pecuniária, e apenas se a mulher grávida também morre o delito se transforma em homicídio. Aliás, essa é a razão do protestantismo ser menos rigoroso do que o catolicismo em relação ao aborto. Para o protestante, o texto bíblico é muito mais importante do que a doutrina e tradição da Igreja. É verdade que o aborto sempre foi considerado pecado pela doutrina católica, desde a igreja primitiva, mas variou o grau da condenação, bem como o ponto a partir do qual o feto era considerado pessoa. Assim, por exemplo, para Tertuliano a morte por desmembramento do feto era permitida para salvar a vida da mãe, algo que hoje é terminantemente proibido pela Igreja. Por sua vez, Anselmo, Tomás de

Aquino e Alfonso Liguori entendiam que o aborto era sempre um pecado, mas só se tornava homicídio após o feto ter recebido a alma, e havia divergências sobre a ocasião em que isso ocorria. Assim, como aliás reconhecem alguns teólogos católicos, não se pode falar em uma única posição da Igreja Católica a respeito do aborto.

Embora poucos conheçam, a doutrina católica dispõe de um método para assegurar um certo pluralismo em questões de moral, o chamado “probabilismo”. Ele se aplica a questões, em que não existe consenso e as pessoas começam a duvidar em sua consciência da solução oficial. “Ubi dubium ibi libertas”, ou seja, “Onde há dúvida, há liberdade” esse é o princípio básico do probabilismo. Para aplicá-lo, a Igreja exige um rigoroso e sincero exame de consciência, e a existência de alguns teólogos respeitados que aceitem o ponto de vista dissidente. Isso se aplica, sem a menor dúvida, à questão de punir ou não o aborto. Em síntese: eu acredito que nem sequer do ponto de vista católico absolutista se justifica a defesa da pretensão de mandar mulheres e médicos que praticam o aborto para a cadeia.

A questão ética já é por si bastante complexa; querer basear-se nela para uma proibição jurídica é injustificável. Quero enfatizar que se me fixei bastante na posição católica é porque a grande adversária da descriminalização do aborto em todo o mundo, hoje, continua a ser a Igreja romana. E também porque sou católico, como a maioria dos brasileiros é, pelo menos formalmente. E acho que no Brasil, como aconteceu recentemente em Portugal, a Igreja Católica continua a ter força política suficiente para manter a pena de prisão para pessoas as quais, muitas pelo menos, não a merecem.² Isso, aliás, traz à mente uma afirmação do Bispo Católico Joseph Sullivan, de Nova York. Ele disse: “O maior problema da Igreja é interno, embora acredite que temos o direito de defender políticas públicas, nossa principal responsabilidade é ensinar a nossos fiéis. Como não temos feito isso, agora estamos pedindo aos políticos que façam o que não fomos capazes de fazer por nós mesmos.” Acredito que, dificilmente, se poderia ser mais verdadeiro. É uma grande conquista que em Recife haja a possibilidade de atendimento desses casos legais de aborto em

²No início de 1998 o aborto foi legalizado em Portugal.

hospital. Gostaria de lembrar que existe um terceiro tipo que hoje a jurisprudência considera legal também, que é o aborto quando o feto se torna inviável, o que é uma batalha que merece ser lutada também.

Para encerrar: o aborto representa uma questão de difícilíssima solução ética; por isso mesmo, não pode ser transformada em problema jurídico-penal. Enquanto houver parcelas ponderáveis e respeitáveis da sociedade a defenderem uma atitude, ela não deveria ser considerada criminosa. Chega a ser ridícula tal solução, e desmoralizadora para todo o Direito Penal. Ademais, o mínimo que se pode exigir de uma sociedade é um pouco de coerência. O que ocorre hoje, com a liberalização dos costumes (seja ela boa ou má), é que permitimos que o sexo fosse vendido quase que como uma obrigação, por todos os meios de comunicação, em todos os horários. E a auto-disciplina é motivo de chacota em todas as novelas, que exaltam a satisfação fácil e imediata de todo e qualquer desejo. Nós submetemos os nossos jovens de todas as camadas sociais e de todos os níveis de sofisticação a uma verdadeira exaltação do prazer fácil, sem freios, inconseqüente. Depois queremos puni-los com prisão, por ter acreditado no que ouviram. Em face de tudo isso não me admira que a antropóloga Margareth Mead, tenha dito: "O aborto é uma coisa horrível, mas nossa sociedade o merece". Infelizmente, isso é verdade.

Compromisso Ético dos Homens

Humberto Costa

A abordagem que me foi proposta é totalmente nova. Tenho participado de discussões sobre o aborto, sempre tratando assunto enquanto problema de saúde pública, que afeta os indicadores de saúde e revela o grau de atenção da sociedade para com a mulher. Da mesma forma, tenho participado do debate que trata essa questão no âmbito dos direitos individuais. Nesse sentido minha posição tem sido muito clara. Principalmente, considerando que o principal ângulo da questão é o da saúde pública.

O Brasil é um país onde se pratica largamente o aborto. Os números de casos estimados são divergentes - até porque não há estatística oficial sobre o assunto - mas todos falam de um país que, se não é aquele onde, proporcionalmente, mais se pratica o aborto no mundo, é um daqueles onde essa prática é mais corrente. Com o agravante de que, pelas condições precárias em que se realiza, as consequências são extremamente graves para a mulher: lesões, seqüelas e, quando não, a própria morte. Some-se a isso a repercussão sobre indicadores importantes como os de mortalidade materna.

O debate coloca em pauta, inclusive, a necessidade de que o próprio Estado assegure, em condições razoáveis, a realização do aborto nos casos admitidos em lei. Em 1995 e 1996, a discussão se acirrou no Congresso Nacional, quando da discussão do Projeto de Lei 20/91, do Deputado Eduardo Jorge (PT/SP) e Sandra Starling (PT/MG), que determina ao Sistema Único de Saúde (SUS) o atendimento na rede pública dos casos previstos no Código Penal - quando a gravidez representa risco de vida para a mulher e ou decorre de estupro. Mais recentemente, esse debate se estendeu aos casos em que há a inviabilidade do feto. O que assistimos no Congresso - como temos assistido sempre que esse debate se dá - é a tentativa, por parte de alguns segmentos da sociedade, em particular da Igreja Católica, de impor o seu ponto de vista contra o aborto e os seus conceitos morais à sociedade, sem compre-

ender a necessidade do respeito à individualidade e à pluralidade de concepções que existem dentro da própria sociedade. Essa é uma questão fundamental.

O segundo aspecto se refere ao direito individual. Isso está relacionado ao que mencionei anteriormente, isto é, há um respeito generalizado às concepções da Igreja - referenciadas na sua doutrina moral - de que o aborto é um pecado e que, portanto, não deve ser praticado pelos seus seguidores. Mas, imaginar que esse conceito é absoluto e deve ser aceito por todas as pessoas é uma clara manifestação de autoritarismo religioso.

O debate de hoje requer colocações mais pessoais. Não apenas na condição de homem que conhece as múltiplas concepções dos homens sobre o tema, mas também na condição de alguém que vivenciou como parceiro o drama pessoal do aborto.

É muito corrente entre os homens a idéia, também disseminada em toda a sociedade, de que a prevenção da gravidez indesejada compete única e exclusivamente à mulher. É comum a situação em que, diante de uma gravidez não planejada, o parceiro tenta minimizar sua responsabilidade dizendo: "Ora, o corpo é seu! Como eu posso saber o seu momento de fertilidade?" Isso já foi realidade comigo também. Para nós, homens, a preocupação quanto às medidas necessárias para se evitar a gravidez é naturalmente uma atribuição que cabe à mulher.

Quando se constata uma gravidez indesejada, dois tipos de posturas masculinas podem acontecer. A primeira delas refere-se às situações em que, mesmo que a decisão de ter o filho seja conjunta - e muitas vezes a responsabilidade por uma gravidez indesejada é colocada sobre a mulher - alguns homens entendem que trata-se de uma decisão em que o peso da opinião da mulher tem que ser igual ao peso da opinião do homem. Então, se fulana quer fazer o aborto e eu não quero, o peso da opinião tem que ser o mesmo; não interessa se é ela quem vai passar nove meses vivendo aquela situação; não interessa se, muitas vezes, é ela que vai assumir e exercer a responsabilidade maior pelo cuidado imediato (ou até pelo resto da vida) daquela criança que vai ser gerada. Este é um tipo de atitude muito comum, que geralmente leva a situações de conflito e, necessariamente, vai resultar num pro-

sobre o que essa decisão de fato representa, só podem ser superados ou por uma convicção bastante arraigada ou por um processo de racionalização e negação extremo, ou seja, é preferível nem pensar sobre isso para que se possa conduzir essa decisão até o seu final.

O receio pelo risco de vida é um outro componente importante que a solidão com toda certeza amplia. No Brasil, onde apenas as mulheres abastadas ou de classe média podem realizar o aborto com um mínimo de segurança, todas as outras condições representam absolutamente um risco, um voo cego. Esta precariedade é evidenciada nas estatísticas que existem, nas histórias que são contadas. O que uma mulher ouve sua amiga contar e as situações às quais elas sabem terão que se submeter, são geradoras de um receio muito grande pelo risco da própria saúde, quando não, e principalmente, o risco da própria vida.

Há um outro componente importante que é o receio pelas sanções legais, principalmente depois de uns anos para cá, onde uma das táticas desses segmentos que se opõem à descriminalização e a legalização do aborto exercem, é de promover o constrangimento direto. Já são vários os casos em que as clínicas que realizam aborto sofrem verdadeiras ações conjuntas da polícia com esses grupos e com a imprensa, o que, naturalmente, é um fator de geração de angústia, de receio muito grande da repetição dessa situação com cada pessoa que a ela se submete.

Eu creio que todas situações falam de uma realidade que eticamente deve levar os homens a assumir uma postura diferente diante do aborto. Primeiro, compreender que por mais que a concepção seja o resultado de um ato praticado por duas pessoas - até que a clonagem ou outras tecnologias venham a mudar isso -, e que a responsabilidade pela gravidez indesejada seja, de certa forma, pertinente às duas pessoas, é preciso se ter a clareza de que essa experiência é vivenciada de uma maneira diferente por cada um. Então, embora eu concorde plenamente com a idéia de que a mulher deve dispor do seu corpo da forma como achar melhor, eu creio ser necessária a compreensão de que os efeitos da gravidez indesejada, os efeitos do aborto, e os da gravidez que é levada a termo são extremamente diferentes para o homem e para a mulher. Por essa razão, eu entendo que o peso maior dessa deci-

são, embora deva ser discutida, deve ser da mulher. E que a postura do homem, que não apenas tem um envolvimento afetivo com aquela mulher, mas que procura ter uma postura ética razoável, deveria ser não apenas respeitar tal decisão, mas procurar formas de apoiá-la. Ainda que muitas vezes isso venha a contrariar seus sentimentos naquele momento (talvez ele não desejasse que aquela gravidez fosse interrompida, por exemplo), mas aí também é preciso pensar na outra pessoa envolvida, em como se sente a mulher que será obrigada a conviver com aquela situação durante nove meses e com seu resultado indesejado. Então, eu creio que há uma diferença no peso que essa decisão deve ter e compreendo que qualquer que seja ela - independente de haver o envolvimento afetivo ou não - é perfeitamente possível que esse compromisso se manifeste no mínimo pela solidariedade. Quero deixar claro que não concordo com outra visão, mais corriqueira, que sustenta a tese de que a responsabilidade, a obrigação, o compromisso, diante dessa situação, só deve acontecer se de fato houver um envolvimento afetivo.

Para finalizar, creio que se nós tivermos sucesso em fazer com que esse debate coloque em cena esse outro enfoque sobre a postura masculina diante do aborto, vamos conseguir dar um impulso maior ao debate sobre a descriminalização, mostrando que esta questão não é mais vista apenas como um problema de mulher, mas como um problema da sociedade, um problema dos homens, um problema dos companheiros. E, naturalmente, isso possa dar à essa discussão uma outra dimensão e um outro maior peso, até porque a sociedade ainda é, em muitos aspectos, patriarcal e machista. Fazer com que esse debate avance na sociedade vai permitir que a própria decisão da mulher de ter ou não ter um filho seja objeto de análises mais qualificadas e pautadas por questões objetivas e racionais e menos interessadas apenas em discernir o que vai ou o que não vai ser o ideal para a mulher. Eu creio - enquanto alguém que já viveu essa realidade e já pode se colocar de todas essas maneiras que eu falei - que essas análises permitam a construção de uma lição de vida objetivamente importante de ser passada e ser objeto da discussão entre as pessoas.

A Ética do Ponto de Vista das Mulheres que Abortam

Eleonora Menicucci

Tratar do aborto hoje significa ter como referência a justiça social e considerar os direitos de quem aborta e de quem exerce essa intervenção - mulheres e profissionais de saúde.

O tema do qual vou tratar é fruto de uma reflexão que venho fazendo há muito tempo e tem como uma das referências alguns resultados muito concretos de um projeto de pesquisa integrada sobre mulheres que abortaram, desenvolvido com profissionais de cinco universidades do estado de São Paulo - USP, UNIFESP/EPM, a Universidade de Ribeirão Preto e UNESP, de Araraquara.

Trata-se de uma pesquisa que, sob o título de "Aborto: da decisão à prática", traz contribuições para além de dados e estatísticas e se propõe a uma compreensão reflexiva junto com as mulheres participantes sobre como se dá esse processo, desde o momento em que as mulheres se diagnosticam como grávidas e afirmam o desejo de fazer o aborto, até a sua realização. Sendo assim, não vou citar dados e estatísticas, porque estes reafirmam informações que são do conhecimento geral; vou focalizar uma das abordagens dessa pesquisa que trata do "espelho da mãe" e seus significados para essas mulheres.

Todas as reflexões estarão pautadas em uma concepção de ética e corporalidade. E por que ética e corporalidade? Porque quando eu falo de corporalidade, eu penso para além do corpo, mas também tomando como referência o estar no mundo a partir do corpo, que implica numa experiência que se estende para além do objetivo, da objetividade. Eu me refiro a uma vivência inclusa nessa noção de corporalidade que, por sua vez, é a experiência subjetiva dos indivíduos. Assim, a relação entre ética e corporalidade para as mulheres, tem que ser pensada de forma diferente de como se apresenta para os homens, onde é preciso considerar os aspectos que

contribuem para fazer essa distinção, como por exemplo, os eventos da vida reprodutiva. É importante, para este fim, perceber que a noção de corporalidade difere da noção de corpo. Se considerarmos, por exemplo, como o corpo é pensado pela medicina, veremos que ele adquire uma dimensão de objeto, um corpo meramente biológico e passível de uma invasão, de um exercício sobre o qual não é necessária a autorização, o consentimento do outro/a, seja homem ou mulher.

Mas no evento da vida reprodutiva, são os nossos corpos de mulheres que o olhar da medicina transforma em objeto, por desconsiderar a noção da corporalidade e, conseqüentemente, a dimensão subjetiva aí implícita. Não há disponibilidade para escutar o sofrimento dessa outra pessoa. Assim, a história de vida das mulheres não interessa aos profissionais de medicina - eu me refiro aos profissionais de medicina de uma forma geral e ampla, dentro de uma percepção da construção da lógica hipocrática da Medicina. A noção de corporalidade aqui utilizada contribui para se compreender como as mulheres vêem e recontam a experiência de seu corpo.

Ao refletir sobre a fala das mulheres acerca de suas experiências pessoais, eu elenquei cinco questões: em primeiro lugar, para se pensar na questão da ética das mulheres que abortam, é preciso considerar a história de vida dessas mulheres, e ao fazer isso, é preciso pensar na nossa própria história de vida. Quando eu afirmo isso na Escola Paulista de Medicina, ouço críticas como esta: "Se todos os dias que a gente for lidar com um evento desses, a gente tiver que se colocar no lugar da outra ou do outro nessa relação de autoridade, não conseguiremos fazer nem mais uma cirurgia." E eu respondo que façam, sim, uma cirurgia; mas com atenção para com o corpo daquele ou daquela que está sendo cirurgiado/a, o que é qualitativamente diferente.

Nessas histórias de vida, quais são os eventos diretamente relacionados ao corpo da mulher? Da primeira menstruação ao exercício da sexualidade, da contracepção ao climatérico, a menopausa, bem como em todos os espaços de sociabilidade e nas práticas sexuais em que as mulheres estão envolvidas?

Tudo isso é fundamental, pois daí passamos para uma outra questão que é: que conhecimento as mulheres têm do funcionamento do corpo? Elas têm um conheci-

mento biológico ou elas têm informação adquirida e conquistada? Mas, o que significa esse conhecimento, esse funcionamento do corpo para as mulheres que abortam espontaneamente e para as mulheres que interrompem uma gravidez? Essa questão será abordada mais à frente, pois está intrinsecamente ligada ao espelho da mãe, isto é, à vida sexual e reprodutiva da mãe daquela mulher.

A segunda questão trata da história de vida familiar. A Elizabeth Lobo costumava dizer que nós não podemos pensar na mulher sem pensar na vida familiar dela, nas avós dela; o que mudou na vida geracional - que é a geração -, mas o que mudou de em relação à minha avó e à minha mãe. E nós já podemos falar também das mudanças de hoje para as nossas filhas, para as nossas netas.

Então, qual é a percepção que aquela mulher que aborta tem da sua família, de sua mãe e de seu pai, da relação de ambos enquanto casal e suas implicações para o cotidiano? Essa percepção, efetivamente, define um comportamento, um modo de a mulher se relacionar com a estrutura hierárquica da cronologia familiar. Porque até hoje não pensamos nesse aspecto, dado que se encontra na esfera da subjetividade, da corporalidade. E quando pensamos, não tornamos esse dado exequível na nossa relação com as mulheres.

A posição cronológica e hierárquica, do ponto de vista sexual, entre os irmãos: quem é aquela mulher na rede familiar? Ela é a primogênita? Se for, tem uma construção de responsabilidade diferenciada, se ela é segunda, tem outra; se ela é uma mulher no meio de uma rede masculina de filhos é passada para ela uma outra questão, permeada pelas mediações de gênero onde, sobremaneira, o lugar dos homens têm sido o lugar do mando.

Uma das mulheres que participou da pesquisa como entrevistada faz uma reflexão emblemática sobre o significado do descanso do corpo por ocasião do parto: "Descansar do ponto de vista do funcionamento biológico do corpo ou descansar das relações sexuais?" O que significa descansar para as mulheres? Aí ela dizia assim: "Ah! Mas a gente não descansa e de uma certa forma eu não tinha vontade de descansar sexualmente." Era muito confuso para ela, muito híbrido o descansar

biológico, pois a vida sexual era, mais que um desejo, uma necessidade. O descansar para esta mulher torna-se complicado, uma vez que no puerpério não se recomenda ter relações sexuais.

Isto nos remete a uma outra questão: se é necessário descansar sexualmente, isso significa que ela não pode contar com outra forma de contracepção. Então ela diz o seguinte: "Eu tenho que descansar sexualmente, mas eu não gosto de ter relação com mulher, então como é que eu vou fazer?" Em que lugar da esfera dessa história de vida familiar isso está posto? Aí ela diz o seguinte: "A minha mãe nunca descansou. Ela só descansou quando ela morreu ou meu pai morreu." Trata-se de um dado muito forte porque, o que conta para essa mulher? É o espelho da relação da vida familiar e da vida da mãe. E muitas disseram o seguinte: "Eu abortei com chás, mas foi a minha mãe que me ensinava a fazer os chás, porque ela já abortou com chás. Mas eu não posso dizer isso publicamente porque ela não assume que fez o aborto." ou "Minha mãe me ensinou que tais chás são abortivos. Ela me deu apoio, porque não quis ter os filhos que ela teve, mas foi obrigada a tê-los."

Esse espelho da mãe é fundamental para se pensar essa questão. Se uma determinada mulher tem uma história de vida familiar onde ela - ou mesmo algumas das mulheres de sua família - foi muito penalizada, muito punida no que toca a vivência da sexualidade, isso interfere muito na relação das mulheres. Assim, qual é a qualidade de vida familiar desta mulher, que interfere também na qualidade da vida afetiva e sexual com os homens com os quais essa mulher se relacionou? Outra mulher deu o seguinte depoimento: "Eu fui estuprada. Mas o estupro, por mais que eu tenha sofrido, por mais que tenha sido violentíssimo, me despertou para a vida sexual e para ser mais seletiva na minha vida sexual." Esta tem consciência de que o estupro foi uma violência sobre ela.

Uma outra dimensão que me tem chamado muito a atenção e com a qual estou procurando trabalhar mais, é a que trata da história da vida afetiva. Quando eu falo "vida sexual", eu não estou me referindo à "vida afetiva" das mulheres com os parceiros, com a família, com amigas e amigos.

O grupo de pesquisadores encontrou muitas mulheres com experiências diferentes sobre o aborto, e a entrevista lhes permitiu refletir sobre esses eventos em suas vidas. Dentre essas, encontramos várias que tinham vários parceiros; outras tantas que haviam abortado de parceiros diferentes e ainda outras que tiveram um parceiro só. Uma delas, por exemplo, havia tido cinco gravidezes das quais três resultaram em abortos: um provocado, um terapêutico e outro espontâneo. O que mais pesou na vida dessa mulher foi o aborto terapêutico, porque ela queria aquele filho. Dessa forma, o sentimento da perda e a tristeza foram muito fortes.

Então, quando considero a vida afetiva para refletir sobre o abortamento, é muito nítido que não são apenas as condições sócio-econômicas que levam as mulheres a abortar. É preciso desconstruir essa dimensão economicista do aborto no Brasil.

Mesmo considerando que este é um país de terceiro mundo, onde mais de 34 milhões de pessoas vivem em pobreza absoluta, o que se sobrepunha nas narrativas das mulheres no âmbito do projeto - o meu trabalho foi com mulheres sindicalistas da CUT - não eram as condições sócio-econômicas, mas sim, as condições afetivas em que se encontravam no momento em que se deu o evento do aborto. E do que estou falando? Da relação com os companheiros, a relação com os pais, os futuros pais, a solidão que ela estava vivendo e o reflexo do espelho da mãe e do pai naquele momento: "Eu não quero reproduzir a minha mãe e não quero sofrer o que minha mãe sofreu."

Muitas delas não contaram aos companheiros ou ao homem com o qual elas engravidaram que elas estavam grávidas; elas optaram por decidir sozinhas. E como essa decisão se expressava? Através da afirmação de que "O filho é meu, vou decidir". Uma depoente afirma: "Foi uma transa de final de noite, eu estava meio bêbada e fiquei grávida. Então, a responsabilidade é minha. Eu assumi isso sozinha, não tenho que dizer para ele que fiquei grávida, foi final de noite, engravidei." Outra entrevistada disse: "Eu sabia que não podia engravidar, mas ele tinha um p... tão bonito que eu não agüentei não ter a relação sexual naquele dia e eu engravidei."

Quando as mulheres silenciam o fato perante os homens, não é só apenas pelo fato de existir uma ética e noção de responsabilidade. A história dessas mulheres com o

mundo masculino as penaliza muito, deixando como questão até que ponto compartilhar ou participar a notícia com o outro mudará a qualidade do evento do aborto daquela mulher? Isso reforça a idéia de que a dimensão afetiva da história de vida deve ser levada em conta para se refletir sobre a questão do aborto.

Uma outra questão é a história do cuidado que nós mulheres temos com a saúde. Ela é aterrorizante, porque saúde tem sido sinônimo de doença, quando na realidade, se falamos em saúde, nós não estamos nos referindo à doença, mas sim à qualidade de vida. E para tanto, os serviços públicos de saúde, o SUS - do qual sou defensora incontestada - não tem respondido à altura. Uma vez que não oferecem um serviço qualificado de abortamento, significa que tem nivelado a cidadania por baixo - entendendo aqui cidadania do ponto de vista do direito ao serviço de qualidade.

E o que significa essa ética e corporalidade? Do ponto de vista das mulheres, significa ter como fazer esse aborto e do ponto de vista dos profissionais de saúde, como vale o cuidado com a saúde. Eu não me refiro apenas ao serviço de saúde, porque não existe serviço sem os/as profissionais de saúde; e não existem profissionais de saúde que não tenham passado por um curso de capacitação ou por uma universidade. O que é pior ainda, pois trata-se de um local onde não se toca nessas questões da corporalidade, da ética, da subjetividade, do direito à escolha e do direito de decidir, porque para isso tem que ser posto um leque de informações para que a mulher possa decidir com qualidade e saber sobre o que ela está se decidindo. E nessas práticas de saúde, nessa relação com cuidado à saúde, há também as diferentes práticas de saúde que as mulheres criam e constroem como estratégias de defesa e sobrevivência contra o serviço de saúde que não as vê, por mais que nós sejamos 80%, 85% das usuárias que frequentam o serviço de saúde.

Que redes de apoio são construídas para o exercício da solidariedade e para a prática de saúde com dignidade, com ética e com cidadania? São as mulheres que criam para resolverem seus próprios problemas? Eu creio que sim. Tomando como exemplo o evento propriamente dito do aborto: qual foi o contexto em que se deram aqueles abortos: o contexto (afetivo) com parceiro, o contexto com a contracepção? Que método anticoncepcional ela estava usando, ou que não estava usando e por

que não estava usando? O contexto da decisão: existiu alguma rede de apoio, de solidariedade para apoiar aquela mulher no ato da decisão? Com quem aquela mulher conversou? Com aquela família que eu mencionei anteriormente? Ou ela conversou com o médico?

Como exemplo há uma situação muito interessante: uma mulher procurou um médico e ele disse para ela abortar em um serviço público de saúde. Tratava-se de um aborto que poderia ser enquadrado em um dos casos previstos pelo Código Penal. Surpreendentemente, esse mesmo médico disse: "Se você quer abortar, traga um de seus filhos que eu dou um remedinho para ele morrer." Isso provocou na mulher a seguinte reação: "Eu nunca mais vou fazer um aborto". Então duplicou o sentimento de culpa dela e essa noção negativa do aborto junto com a penalização: "Eu nunca deveria ter feito isso, eu já tinha quatro filhos, tive condições de criar esses filhos, por que não crio mais um?" Então, o que se coloca em discussão aqui é o limite. O céu é o limite ou o inferno é o limite? E é só a dimensão ética que pode colocar a noção limítrofe nesta situação. A mulher é absolutamente poderosa? Ela tem que se achar absolutamente poderosa sem as menores condições ao nível de políticas de saúde, de política social, de relações de afeto? E depois há o conteúdo da decisão, ela decidiu solitariamente, ela decidiu determinadamente a fazer esse aborto? Quais são as implicações, do ponto de vista da esfera do desejo de abortar?

Há muitas mulheres que, ao engravidar, dizem: "Eu vou abortar" ou "Eu quero abortar" ou ainda "Eu não quero esse filho hoje; não quero essa gravidez hoje". Diversas entrevistas me chamaram a atenção pelo fato de que neste desejo estava implícita essa história de vida afetiva das mulheres em questão. E a vida afetiva não é para ela só negativa, uma vida afetiva positiva também pode levar a mulher a buscar estratégias para exercer esse desejo de não ter filhos. É importante lembrar que não ter filhos significa aqui não ter filhos nunca. Então, como é exercida a opção por não se ter filhos dentro desse contexto da decisão "gostaria, mas não posso" / "gostaria, mas não quero". Não quero por que? Não quero porque há uma sucessão de eventos que me levam a decidir, hoje, por não querer ter esse filho.

Então nesta situação, o sentimento de alívio é incontestável, se o aborto for realizado com respeito por essa decisão, com respeito pela mulher que aborta, a culpa é minimizada ou quase não existe. A mulher pode pensar, não na esfera da culpa; o fato fica gravado na esfera da subjetividade, onde a gente não alcança, não toca, não conta e que os números não dão conta. É por isso que essa noção de ética e corporalidade torna possível uma releitura do quadro epidemiológico do aborto no Brasil. Não me refiro a mudar os números de lugares, mas passarmos a dar qualidade a estes, porque escondem uma história de vida, um corpo, uma opção sexual, uma sexualidade, uma história de vida familiar, de vida afetiva no cuidado com a saúde.

Para finalizar, gostaria de abordar a questão do evento do aborto. Como é descrito esse evento do aborto e em que local a mulher foi realizá-lo? Isso nos remete para aquelas torturas que, todos/as nós sabemos, as mulheres vivenciam em busca do local. E quem indicou para essa mulher? Esses dados revelam uma rede que nem a Igreja, nem a medicina cartesiana, nem a moral judaica cristã nos tira e nos rouba, que são estratégias que nós construímos (o Cytotec® é um exemplo claro disso: o conhecimento, a informação sobre como usá-lo), e quais os sentimentos em jogo das pessoas que estiverem envolvidas. Muitas vezes, as mulheres tomam chás para se prevenir de enfrentar o evento clínico do aborto. Muitas vezes a gente pergunta: "Vocês estão com a menstruação atrasada ou é a gravidez que está instalada?"

Finalmente, eu creio que é fundamental para nós, que trabalhamos com a saúde da mulher, com direitos reprodutivos, direitos sexuais, a percepção que as mulheres têm a posteriori do evento do aborto. Tomando o universo de entrevistadas pela pesquisa - mulheres que fizeram aborto há muito tempo: usuárias do serviço de saúde, sindicalistas e, pela primeira vez, mulheres pacientes de clínicas particulares e não clínicas institucionalizadas como clínicas de aborto - o que ficou posteriormente em termos da vivência, o que ficou como experiência para essas mulheres? O que me resta dizer é que: a ética, do ponto de vista das mulheres que abortam, envolve a dimensão da subjetividade, envolve a dimensão do respeito às diferenças. Porque viver num mundo das diferenças é das coisas mais difíceis e conviver com a diferença significa recuperar a dimensão da tolerância que, para mim, só os sábios e as sábias têm.

Os Significados da Legalidade

Aqui, se encontram reflexões de Maria José Araújo sobre a importância de haver governos comprometidos com os movimentos sociais, para a definição de políticas públicas voltadas para as mulheres. Coordenadora do Programa de Saúde da Mulher da Prefeitura de São Paulo durante a implantação do primeiro Serviço de Atendimento ao Aborto Legal no Brasil, ela avalia o significado do pioneirismo da iniciativa municipal, abrindo passagem para que outros serviços fossem criados no país e, principalmente, para ampliar as discussões sobre os direitos reprodutivos das mulheres. Outros avanços concretos também são abordados pela autora, entre eles a implantação do Serviço de Atendimento a Mulheres e Crianças Vítimas de Violência Sexual. Resgata também os entraves enfrentados no processo de implantação do Serviço de Aborto Legal, destacando a utilização - principalmente por profissionais das áreas jurídicas e da saúde - de posições religiosas - e pessoais - para negar às mulheres um direito há muito garantido por lei.

Maria Izabel Baltar constrói um painel dos debates entre parlamentares do Congresso Nacional e atores políticos e sociais sobre o aborto - a partir dos anos 40 - e sobre o planejamento familiar - a partir dos anos 60 -, fazendo um paralelo concernente aos avanços e retrocessos relativos aos dois temas, à discussão na sociedade e à apresentação/aprovação de leis. Ilustra sua análise com um quadro construído a partir do acompanhamento de todo este processo, até fevereiro de 1998.

Sônia Corrêa faz reflexões sobre os direitos reprodutivos – no cenário nacional e internacional – tendo como referência o aborto, sob as perspectivas da legalidade e da cidadania. A autora revisita a trajetória do debate sobre o aborto nas últimas décadas, período em que a proposta de descriminalização do aborto no Brasil deixa de fazer parte apenas da agenda feminista, e entra na pauta do Congresso Nacional. No plano global, avalia a incorporação da temática do aborto nos novos consensos normativos, construídos nas últimas conferências da ONU, mais especificamente as de População e Desenvolvimento – Cairo/94, e sobre Mulher, Desenvolvimento e Paz – Beijing/95. Detecta nestas a prevalência do tratamento do aborto como problema de saúde pública, porém identifica as aberturas para inscrevê-lo na agenda dos direitos humanos. Identifica, também, as resistências e restrições à decisão reprodutiva autodeterminada, presentes nas distintas, e aparentemente dissociadas, arenas políticas: a global, nacional e a local.

Implantação dos Serviços Legais na Perspectiva dos Direitos Reprodutivos

Maria José Araújo

Desde o Código de Hamurabi - ano 2.000 AC - estabeleceu-se a responsabilidade do médico frente à sua paciente. A História se refere ao fato de que os médicos que trabalhavam com cirurgia na antiga Babilônia eram punidos ou premiados não só de acordo com seus esforços e competência técnica, mas também conforme a posição social da paciente. Quase 4.000 anos depois, se analisarmos a sociedade e a atuação dos profissionais de saúde no Brasil, concluiremos que eles continuam se comportando de forma muito semelhante aos médicos da Babilônia. As mulheres, especialmente aquelas das camadas mais pobres, são as mais penalizadas por essa ética classista que diferencia a saúde e os direitos reprodutivos entre as mulheres das classes populares e as mulheres ricas.

Há alguns anos atrás, organizamos uma reunião na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - onde fui coordenadora do Programa de Saúde da Mulher na administração de Luiza Erundina, de 1989 a 1992 - para discutir as altas taxas de cesáreas realizadas nos hospitais municipais. Um dos médicos presentes se referiu ao fato de que um dos critérios para a realização da cesárea é a paciente ser de consultório particular. Sem entrar na questão sobre o uso indevido da cesárea - que na grande maioria dos casos é técnica e eticamente incorreta -, no caso da paciente rica a explicação ética para a sua realização é a do princípio da ausência de risco, da solicitação, e da satisfação da cliente que paga e exige do médico o que é, falsamente, considerado como um bom atendimento. Já a ética que induz a realização de uma cesárea desnecessária nas mulheres pobres, tem como princípio diminuir o tempo que o médico gastaria no parto normal de uma paciente que não lhe dá lucro.

vistos e considerados como antiéticos, passíveis de julgamento médico e de punição por parte dos Conselhos Estaduais ou Federal de Medicina.

No que se refere aos direitos reprodutivos o aborto é uma das questões mais complicadas. A posição da maioria da sociedade, que decorre geralmente dos seus valores e crenças individuais, é considerada como norma, restringindo o exercício dos direitos das pessoas. E no caso específico do aborto, a situação ainda se torna mais complexa, porque envolve não só a questão do direito, como a da saúde, e porque não ser dramática e dizer: também da morte. Certamente que as mortes resultantes de um aborto provocado em precárias condições - sejam elas em consequência de gravidez por violência sexual, ou por outras razões - têm contribuído para engrossar as terríveis estatísticas de morte materna no Brasil.

A implantação de políticas públicas para mulheres, tanto nos estados como nos municípios, se deve sobretudo a presença de ativistas feministas nos postos de decisão, e ao compromisso de governos democráticos com as reivindicações dos movimentos sociais. A administração da prefeita Luiza Erundina em São Paulo ilustra bem essa combinação de vontade política e a presença do movimento feminista em um lugar estratégico de implementação de políticas públicas. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, desde o início da gestão do Partido dos Trabalhadores, contou com a Assessoria de Saúde da Mulher que, em sintonia com as políticas globais para o município, criou uma linguagem institucional na procura de se infiltrar, até mesmo nos setores mais resistentes às idéias feministas.

Em 1989, a partir de uma ampla consulta pública, foi criado o Serviço de Aborto Legal no contexto do PAISM. Com o objetivo de cumprir um direito legal das mulheres e ao mesmo tempo atender às suas reivindicações, esta ação se inseria numa estratégia para reduzir os coeficientes de mortalidade materna no município de São Paulo. Concretizava também uma antiga demanda do Movimento Feminista. O Serviço de Aborto Legal do município de São Paulo se constituiu como primeiro serviço do aborto previsto por lei no Brasil. Muitos anos já se passaram e, com seus avanços e limites, esta experiência é rica em lições sobre a importância da implementação

serviços de saúde. Em São Paulo aquele era o momento da criação da Lei Orgânica do Município e o Código Sanitário do Município - que contou com a participação ativa do movimento de mulheres na sua formulação -, o que contribuiu para a discussão em torno de se criar, ou não, uma lei municipal para a questão do aborto, o que significaria uma regulamentação da lei maior que é a nacional. Após discutir com vários juristas afirmo que isso não é necessário. É só mais uma forma encontrada, entre outras, para dificultar o acesso das mulheres a um serviço que lhes é de direito.

Por decisão política nenhum desses argumentos foi considerado no momento da implantação do serviço do Hospital Municipal de Jabaquara, no entanto, essas são questões que ainda impedem, a nível nacional, que planejadores e profissionais de saúde cumpram com os seus deveres para com a população feminina que necessita desse serviço.

Voltando ao tema da ética, todos esses argumentos resultam de que os penalizadores do aborto ou dificultam ou se recusam a discutir, às vezes sequer aceitam a existência de uma perspectiva diferente, legítima, que é a de incorporar os direitos reprodutivos e a visão das mulheres - não só as feministas -, que são as cidadãs que engravidam e abortam.

Na área da saúde, o Serviço de Aborto Legal teve repercussões importantes, abrindo, entre os profissionais do setor, um novo debate que ultrapassou os limites do Hospital de Jabaquara e do município de São Paulo. O processo de escolha do local aonde seria realizado o serviço, por si só, levou o debate para outros hospitais do município, do estado e do país. - É importante frisar que, apesar de respeitar o código de ética médica que garante ao profissional o direito de não realizar o aborto por questão de consciência, enquanto instituição pública, a Secretaria Municipal de Saúde assumiu a posição de garantir o atendimento às mulheres nos casos previstos em lei -. Encontramos resistências por grande parte dos profissionais de saúde dos hospitais visitados, o que resultou numa peregrinação da Assessoria de Saúde da Mulher, em busca daqueles que estavam sensibilizados e dispostos a assumirem a proposta. As razões apresentadas sempre diziam respeito a questão da legalidade - o medo e a culpa têm muito a ver com a questão da legalidade -, e o receio de serem incriminados.

Em raros momentos se considerou o direito da mulher, a responsabilidade masculina diante de uma gravidez, ou a obrigatoriedade do cumprimento da lei. A ideologia que responsabiliza a mulher, e exime os homens de qualquer responsabilidade na questão da contracepção e da maternidade, não se modificou entre os profissionais de saúde, inclusive entre as mulheres trabalhadoras da área. A idéia que predominava, e que ainda persiste, é a da responsabilização da mulher pela gravidez, mesmo nos casos de violência sexual ou de risco de vida.

Esta discussão sobre o aborto legal deu início à implantação paralela de um outro serviço, que também era uma antiga reivindicação do movimento de mulheres: O Serviço de Atendimento a Mulheres e Crianças Vítimas de Violência Sexual. Estes dois serviços passaram a funcionar de forma integrada.

Para o atendimento a mulheres e crianças em situação de violência, nós priorizamos sobretudo duas áreas: a do Hospital de Jabaquara, que abrange a região sudeste e sul do município, e a região oeste, que também era uma das regiões aonde, do ponto de vista epidemiológico, apareciam mais mulheres em situação de violência sexual e doméstica. A implantação desse serviço também permitiu colocar em discussão a questão do aborto legal nas unidades básicas de saúde.

Nesse primeiro momento o Serviço de Violência já passou a utilizar a pílula do dia seguinte para as mulheres vítimas de violência sexual. Havia médicos que diziam: "Eu só dou a pílula do dia seguinte para uma mulher, se ela trazer o boletim de ocorrência". Vejam em que ponto pode chegar a falta de responsabilidade pública de alguns profissionais, que no fundo acabam misturando questões éticas, de consciência, com a questão da responsabilidade do Estado. Este foi um momento muito importante, porque trouxe muitos temas para discussão; e ousou afirmar que a partir daí a discussão do aborto legal está definitivamente inserida na agenda dos profissionais de saúde, não só os da rede pública, como também os da privada.

O significado pedagógico da implantação do primeiro Serviço de Aborto Legal, para os profissionais da área da saúde, foi sobretudo de demonstrar que é possível - quando existe vontade política e determinação - avançar em questões consideradas

polêmicas. Esse exemplo do cumprimento da lei, sem ter as conseqüências esperadas, sem ninguém ter sido penalizado até agora - apesar de algumas histórias de profissionais que tiveram as suas casas ameaçadas com ovos jogados e coisas escritas nos muros -, foi um exemplo marcante o bastante para estimular outras implantações desse serviço, inclusive determinando algumas implantações a nível nacional. Por essas razões considero o Hospital de Jabaquara como um efeito demonstrativo, do mais alto significado, para o avanço do exercício da cidadania das mulheres.

Atualmente já foram ou estão sendo implantados serviços de aborto legal em Pernambuco, Distrito Federal, Minas Gerais, Goiás, Bahia, Rio Grande do Sul, e está começando o processo de implantação em Santa Catarina. Em menos de dez anos estamos vendo uma grande mobilização e implantação de outros serviços, foi um avanço muito grande! Apesar dos limites existentes, podemos afirmar que para as mulheres brasileiras a existência desse serviço serviu não só para abrir o acesso ao atendimento humanizado e tecnicamente correto, como também para evitar o aumento da morbi-mortalidade materna, e para que as mulheres pudessem ter reconhecidos alguns dos seus direitos de cidadania.

Considerando os reais limites do Hospital de Jabaquara, depois de ter acompanhado todo este processo, um dos mais importantes foi, e é, a exigência de documentos que não estão referidos no código penal. Na realidade isso significa não só dificultar o acesso ao serviço, mas sobretudo, confirmar que as mulheres não estão usando os permissivos do Código Penal para fazer um aborto clandestino. Isto significa a persistência de idéias do tipo: "Será que as mulheres vão mentir? Será que é verdade? Como é que nós vamos ter garantias?". Como se, em algum momento da sua vida, o ser humano pudesse ter uma profunda garantia ou certeza de alguma coisa. Havia profissionais que procuravam estimar o número de mulheres que correriam ao serviço. Eles pensavam que ia haver uma fila gigantesca na porta, e o hospital não iria conseguir dar conta da demanda. Essa é mais uma demonstração de que a voz das mulheres não é ouvida, nem quando se trata de seus direitos. Creio que já podemos, passados alguns anos, avaliar o que realmente aconteceu.

Se por um lado a exigência de tantas provas tem sido um problema encontrado pelas mulheres para terem seus direitos reconhecidos, o serviço abriu a possibilidade para o atendimento de mulheres em processo de abortamento espontâneo e provocado. Após a sua instalação, aumentou a demanda de usuárias que buscavam o hospital por outras causas. Em 1991, dois anos depois de implantado o serviço, concluiu-se - através de um diagnóstico epidemiológico - que o aborto provocado era a primeira causa de internação, considerando que, para o município de São Paulo, o Hospital de Jabaquara é uma referência em politraumatizados. Esse dado nos dá o exato significado da dimensão do aborto clandestino no Brasil. Eu creio que essa demanda se deve a uma necessidade real das mulheres. O fato deste hospital ter aberto um precedente, e as mulheres saberem da existência dessa possibilidade, leva a pensar que esse atendimento diminuiu o coeficiente de mortalidade materna no município de São Paulo naquele momento.

O valor da experiência do Hospital de Jabaquara se torna mais relevante pelo fato dela ter sido democrática, participativa e sobretudo pública. Foi o primeiro serviço que ousou a se expor publicamente. Acredito que para todos os outros que vieram depois, e já encontraram uma janela aberta, foi possível avançar mais rapidamente, sem os fantasmas que acompanharam os profissionais do Hospital de Jabaquara e também aos seus dirigentes, e eu me coloco também nesse lugar.

Esperamos que as nossas próximas reuniões sejam para refletir sobre os direitos das mulheres decidirem plenamente sobre a sua saúde e a sua sexualidade, em um contexto político nacional mais democrático e acolhedor, sem o risco da permanência ao recurso ao aborto clandestino, com seus efeitos perversos, que vão além do risco sanitário e da injustiça social. E aqui eu acrescentaria que a criminalização do aborto é uma violência contra as mulheres, que as torna duplamente alienadas: por um lado, as reduz a contemplar passivamente as disputas das instituições que se arvoram competência de tutelar suas vidas, em nome de um hipotético bem-estar; e por outro, leva ao que eu chamaria de, a esquizofrenia da experiência do aborto, que geralmente é solitária, e acontece à parte de outras experiências da vida das mulheres. Gostaria então de prestar uma homenagem ao Hospital de Jabaquara. Todos nós reconhecemos seu profundo valor.

Significados Históricos e Políticos da Regulação da Fecundidade

Maria Isabel Baltar da Rocha

Este texto é fruto dos estudos que venho realizando na área, há alguns anos, como pesquisadora do Núcleo de Estudos de População - NEPO/UNICAMP.

Tratam-se de pesquisas que procuram analisar o processo político de discussão e decisão sobre a questão da regulação da fecundidade, mais especificamente, sobre os temas planejamento familiar e aborto provocado. Nesta análise, detenho-me, sobretudo, no debate que vem ocorrendo no Congresso Nacional, palco este onde ressoa grande parte da discussão política a respeito do assunto. Focalizo um amplo período deste debate no Parlamento, na realidade, desde quando ele ali se iniciou até os dias de hoje. Ou seja, a partir dos anos 40, quanto à questão do aborto, e a partir dos anos 60, quanto à questão do planejamento familiar (Rocha, 1993 e 1996)³.

É interessante salientar, que ambas as questões são parte de uma área temática mais ampla - que diz respeito à política de população, à saúde reprodutiva, ou mesmo, à regulação da fecundidade - mas, que apesar disto, elas não caminham necessariamente juntas. De fato, estas questões são muitas vezes inspiradas em orientações distintas do ponto de vista ético e/ou político, como será possível observar na análise do caso brasileiro.

Para melhor situar a discussão em foco, achei oportuno fazer um breve resumo sobre a legislação, bem como sobre as políticas públicas referentes ao planejamento familiar e ao aborto provocado. Neste resumo, e daqui por diante, iniciarei sempre a

³Assistente de Pesquisa - Tânia Margatto

exposição pelo tema planejamento familiar, cuja discussão se intensificou no Parlamento, na realidade, anteriormente ao debate sobre a questão do aborto.

Assim, quanto à legislação sobre planejamento familiar, a principal referência é a Constituição do Brasil, datada de 1988. Em seu parágrafo 7º do artigo 226, ela considera este planejamento um direito do casal, cabendo ao Estado oferecer informações e recursos para o exercício deste direito. Veda, porém, qualquer tipo de imposição neste área, proibindo coerções de entidades públicas ou privadas em relação a esta matéria (Brasil, 1988). Mais recentemente, em 1996 e 1997, este dispositivo constitucional foi regulamentado, através de lei que apresenta uma visão de atenção integral à saúde e, neste contexto, uma visão abrangente de planejamento familiar, inclusive enfrentando a questão da esterilização cirúrgica. No Quadro I, em anexo, bem como no fim do próximo item, encontram-se algumas informações sobre o conteúdo e o processo político de formulação desta lei.

Quanto à política pública sobre planejamento familiar, esta é parte integrante do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), formulado em 1983 e regulamentado em 1986, pelo Ministério da Saúde. Busca atender à saúde da mulher, de modo integral, em todos os momentos da sua vida, contemplando, inclusive, a questão da concepção e da anticoncepção, e não apresentando objetivos demográficos em relação à fecundidade (Brasil. Ministério da Saúde, 1984). É importante ressaltar, no entanto, as dificuldades na implementação deste Programa, que não somente tem atingido uma quantidade relativamente pequena de mulheres, como também as vem atendendo de maneira limitada, em relação à sua proposta (Costa, 1993).

Quanto à legislação sobre aborto: O Código Penal, em sua Parte Especial datada de 1940, considera crime a prática do abortamento provocado, mas dispõe a respeito da não punição desta prática em duas situações. Ou seja, nas situações do denominado aborto necessário - se não há outro meio de salvar a vida da gestante - e do aborto de gravidez que resulta de estupro (Delmanto, 1981). Registre-se que, apesar do teor desta lei, o Poder Judiciário vem autorizando, em algumas ocasiões, já nos anos 90, a interrupção da gestação em casos de anomalia fetal grave.

Quanto às políticas públicas sobre aborto, estas vêm-se concretizando no âmbito de alguns Estados e Municípios, através da criação de serviços de atenção ao aborto previsto no Código Penal. De fato, estes serviços foram constituídos em alguns hospitais públicos do País, no fim dos anos 80, aumentando relativamente sua quantidade a partir de meados dos anos 90. Dentre este conjunto de serviços, o Hospital Municipal Jabaquara, de São Paulo, teve um importante papel pioneiro, criando o Programa de Aborto Legal, em um quadro político de um Executivo Municipal progressista (Andalaft e Rocha, 1998). Mais recentemente, neste primeiro semestre de 1998, o Ministério da Saúde vem trabalhando no processo de normatização do referido dispositivo legal.

É neste contexto de leis e de políticas públicas referentes às questões do planejamento familiar e do aborto provocado, que as discussões e decisões sobre estes dois temas desenvolvem-se no Congresso Nacional, conforme será observado nos próximos itens. Ressalte-se, a propósito, que este debate ocorre, em grande parte, relacionado à difícil situação da saúde reprodutiva no País, atestada, dentre outros indicadores, pela elevada prevalência de esterilização cirúrgica, pela grande percentagem de partos cesáreos, pela alta taxa de aborto inseguro e pelo elevado coeficiente de mortalidade materna (Brasil.Fibge,1991; The Alan Guttmacher Institute,1994; Bemfam & Macro International, 1997; Brasil. Ministério da Saúde,1997).

Planejamento Familiar

A discussão sobre planejamento familiar iniciou-se em 1967 e continua na agenda do Congresso Nacional até os dias de hoje, atualidade esta que pode ser observada no Quadro I, em anexo.

É possível dividir esta discussão em quatro etapas 1-fase inicial, abrangendo o período do fim da década de 60 até meados da década de 70, com projetos de lei apresentados apenas pela Câmara dos Deputados; 2-fase de aquecimento, abrangendo o período de meados da década de 70 até início da década de 80, com uma participação, ainda restrita, de atores políticos e sociais, mas com atuação da Câmara e do Senado; 3-fase de intensificação, abrangendo o período correspondente à

década de 80, quando entra na cena política novos atores políticos e sociais, que também atuam no âmbito da Assembléia Nacional Constituinte; 4-fase de maior intensificação, abrangendo estes oito anos da década de 90, com a liderança de setores progressistas, havendo uma séria tensão ética entre estes setores e as religiões e, por fim, etapa de importantes decisões sobre a matéria.

Em todo o período analisado foram apresentados setenta e três projetos de lei, a maior parte na Câmara dos Deputados. Foram, também, realizadas três Comissões Parlamentares de Inquérito: a primeira na Câmara, em 1967; a segunda no Senado, em 1983; e a terceira uma Comissão Mista das duas Casas Legislativas, em 1992.

Até o início dos anos 90, foram apresentados 46 projetos de lei e, neste conjunto, a grande maioria refletia uma visão antinatalista (72%). Aliás, com esta visão fora aprovada uma única proposição, neste amplo período, em 1979. Originária do Senado Federal, permitia a divulgação dos meios anticoncepcionais, fundamentando esta permissão, em parte, com uma argumentação favorável ao controle da natalidade. Sua aprovação ocorria em um clima de preocupação do Poder Executivo com a taxa de crescimento demográfico e em um ambiente de forte atuação da Bemfam no Congresso Nacional, que trabalhara por esta aprovação durante doze anos.

Pode-se afirmar que nestes quase vinte e cinco anos de discussão, abrangendo as três primeiras fases anteriormente referidas, o eixo central do debate situava-se na questão: controlismo versus anticontrolismo.

Ressalte-se, no entanto, que a década de 80 foi um período de transição, com a entrada no debate de novos atores políticos e sociais, sobretudo o início da influência do movimento feminista. Na segunda metade desta década, realizou-se a Assembléia Nacional Constituinte, durante a qual foi formulado o dispositivo constitucional sobre planejamento familiar. Sua formulação recebeu, sobretudo, a influência da Igreja Católica, do movimento feminista e mesmo, de alguma maneira, das entidades privadas de planejamento familiar.

No caso da participação da Igreja Católica e do movimento feminista, vale salientar que durante o processo constituinte ambos apresentavam uma visão crítica ao antinatalismo mas, por outro lado, apresentavam visões distintas quanto à decisão sobre procriação. De fato, a Igreja trabalhava com o conceito de paternidade responsável e com a idéia da defesa da vida desde o momento da concepção, ao passo que as feministas trabalhavam com o princípio de autonomia na decisão sobre este assunto.

Esta discussão no âmbito do processo constituinte reflete o aparecimento de uma nova polarização, além do eixo controlismo "versus" anticontrolismo. Trata-se da polarização em torno da questão ética referente à validação ou não da autonomia individual para decisões nesta matéria. Questão esta, a propósito, que representa a principal tensão no debate sobre o assunto aborto.

Por fim, nos anos 90, a discussão sobre o tema se acentuou ainda mais, como pode ser observado no Quadro I. Somente nesta ocasião, os parlamentares apresentaram vinte e sete projetos de lei, 37% do total das proposições analisadas. O interesse em regulamentar o dispositivo da Constituição sobre planejamento familiar esteve presente durante todo o tempo e, nesta regulamentação, em grande medida, a preocupação com a normatização da esterilização cirúrgica, buscando coibir os abusos na área. Aliás, foi esta preocupação o principal motivo da realização da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, em 1992, inclusive do projeto de lei decorrente desta Comissão.

A discussão política que mais se destacou neste período, no entanto, ocorreu em torno do projeto de lei 209/91 (Câmara) e 114/94 (Senado), conforme também pode ser visto no Quadro I. Apresentado, propositadamente, para liderar esta discussão, logo no início da legislatura que começou em 1991, este projeto foi muitas vezes objeto de polêmicas discussões na Câmara e no Senado - além de objeto de um veto parcial do próprio Executivo - sendo finalmente aprovado e promulgado como lei, em sua totalidade, em agosto de 1997.

A discussão deste projeto de lei se destacou, portando, porque foi uma iniciativa política de parlamentares progressistas e identificados com as idéias do movimento

feminista, que se dispuseram a enfrentar os abusos relativos à esterilização cirúrgica no país. Destacou-se, também, porque foi objeto de intenso debate relacionado a vários aspectos, mas, sobretudo, à questão ética da esterilização. Ou seja, ao buscar normatizar esta questão, para proibir os excessos cometidos na área, seus proponentes depararam-se com objeções morais da Igreja Católica, relativas ao uso deste procedimento anticoncepcional.

Por fim, a discussão deste projeto destacou-se, ainda, porque depois de todo um processo com sérias discordâncias e concessões, esta proposição foi aprovada pelo Congresso Nacional, mas vetada em parte pela Presidência da República, exatamente nos artigos referentes à esterilização. Em um segundo momento, este veto foi rejeitado pelo Parlamento, como resultado da pressão do movimento organizado de mulheres e da bancada feminina do Congresso e, inclusive, com o aval da Presidência da República, que considerou que cometera um equívoco (Fêmea, 1997).

Neste contexto, então, foi regulamentado o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal. Esta nova lei, dentre seus principais aspectos, determina que o planejamento familiar é um direito assegurado a todo cidadão, e deve ser entendido como constituição, limitação ou aumento da prole. Será promovido no âmbito da atenção integral à saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), sem objetivo de controle demográfico. Prevê a esterilização cirúrgica para homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos ou, pelo menos, com dois filhos vivos. Deve ser observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico e, nas situações de exceção a este dispositivo, consideram-se o risco de vida da mulher ou do futuro conceito. E, por fim, veda a esterilização durante os períodos de parto ou abortamento, a não ser nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores (Brasil. Congresso Nacional, 1996).

Aborto

A discussão sobre a questão do aborto iniciou-se em 1949 e continua na agenda do Congresso até os dias de hoje, atualidade esta que pode ser observada no Quadro II, em anexo.

De modo semelhante à questão do planejamento familiar, é possível dividir esta discussão em quatro etapas: 1- fase inicial, abrangendo o período correspondente ao fim da década de 40 até começo da década de 70, com um debate ainda incipiente, mas que se inicia buscando suprimir os dois permissivos do Código Penal, com a reabertura do Congresso depois do Estado Novo; 2-fase de aquecimento, abrangendo o período do começo da década de 70 ao começo da década de 80, com uma participação ainda restrita dos atores políticos e sociais; 3-fase de intensificação, correspondente à grande parte da década de 80, com a participação mais ampla daqueles atores, inclusive no âmbito da Assembléia Nacional Constituinte; 4-fase de maior intensificação, abrangendo estes oito anos da década de 90, com várias iniciativas de parlamentares sensíveis às idéias do movimento de mulheres, bem como algumas iniciativas e muitas contestações de congressistas vinculados às religiões.

Em todo o período foram apresentados cinquenta projetos de lei e uma proposta de emenda constitucional, iniciativas que tiveram uma maior participação da Câmara dos Deputados, como em relação aos projetos sobre planejamento familiar. Realizou-se, ainda, uma Comissão Especial para apreciar a referida proposta de emenda à Constituição.

Até o início dos anos 90, foram apresentados trinta projetos de lei e, neste conjunto, a grande maioria refletia uma posição contrária à permissão da prática do aborto. Com esta visão, uma única proposta fora aprovada em 1979, aliás a mesma proposta que também tratava sobre planejamento familiar, referida no item anterior. É necessário ressaltar, no entanto, que esta proposição não se situava no centro do debate sobre a questão do aborto, reiterando, apenas, um dispositivo já existente na Lei das Contravenções Penais, referente à proibição da divulgação daquela prática.

Ainda neste amplo período, anterior à década de 90, vale salientar que o tema aborto provocado foi considerado uma das questões polêmicas da Assembléia Nacional Constituinte - 1987/1988 - e, exatamente, relacionado a este teor polêmico, acabou não constando da nova Carta. O tema, inclusive, foi objeto de propostas da sociedade apresentadas aos parlamentares - as chamadas emendas populares.

No contexto da Constituinte, aparece, de modo transparente, as sérias divergências em relação a esta matéria, concernentes à defesa da vida desde o momento da concepção ou, diferentemente, à defesa do direito de decisão da mulher sobre este assunto. A primeira posição, influenciada pela Igreja Católica e pelas religiões de denominação evangélicas, enquanto que, a segunda posição, influenciada pelo movimento feminista.

O debate, intensificado nos anos 80 - sobretudo em torno deste eixo ético e entre estes atores políticos e sociais -, vai ter ainda maior ênfase nestes oito anos da década de 90. Conforme pode ser observado no Quadro II, os parlamentares apresentaram vinte projetos de lei, 40% do total das proposições analisadas, além de apresentarem uma proposta de emenda à Constituição - a PEC 25/95. Saliente-se, também, que dentre os projetos de lei, a grande maioria é, de alguma maneira, favorável à permissão do aborto, havendo deste modo uma virada na discussão.

Em relação a este período, é importante destacar três proposições: a primeira, é a única que até agora foi aprovada nos anos 90, embora não se encontre no centro do debate; a segunda, é a já referida proposta de emenda constitucional, que provocou muita controvérsia, mas que acabou sendo rejeitada; e, por fim, a terceira, é o projeto de lei que mais avançou na tramitação, gerando grande polêmica, e que ainda se encontra no Congresso.

A única proposta aprovada - Lei 8921/94 - é na área trabalhista e alterou o inciso II do artigo 131 da Consolidação das Leis do Trabalho: garante o abono para as faltas que acontecem em decorrência do abortamento, independentemente das circunstâncias em que este ocorra. Na realidade, o projeto possibilita o referido abono de faltas, mesmo quando o abortamento for ilegal, diferentemente da legislação anterior que somente o concedia no caso do aborto "não criminoso". Os parlamentares que apresentaram este projeto - de perfil político progressista e sensíveis aos direitos das mulheres - utilizaram uma estratégia política de atuar no espaço da legislação trabalhista, área na qual não se tem manifestado o confronto sobre a questão do aborto.

A segunda proposição citada é a PEC 25/95, que procurava acrescentar ao cabeçalho do artigo 5º da Constituição Brasileira o preceito da inviolabilidade do direito à

vida "desde a sua concepção". Esta proposta, se aprovada, provocaria como consequência a supressão dos dois permissivos legais previstos no Código Penal. Além disso, dificultaria a possibilidade de discussão e de mudança na legislação sobre a questão do aborto, uma vez que a sua proibição tornar-se-ia objeto de matéria constitucional.

Apresentada por parlamentar vinculado à Igreja Católica, esta emenda acabou sendo objeto de um polêmico debate, no âmbito da Comissão Especial criada para discuti-la. Houve, mais uma vez, uma forte atuação da Igreja Católica e do movimento feminista, com suas respectivas posições, dentre outros importantes atores políticos e sociais - para, finalmente, a proposta ser rejeitada na Comissão e depois no Plenário da Câmara.

Por fim, a terceira proposição dispõe sobre a obrigatoriedade do Sistema Único de Saúde (SUS) atender os casos de aborto previstos em lei. Na realidade, este projeto busca garantir um dispositivo legal que já consta do Código Penal. De autoria dos mesmos parlamentares do primeiro projeto citado, esta proposição foi bastante debatida na Comissão de Seguridade Social e Família, bem como na Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, da Câmara dos Deputados. Sua aprovação, nestas duas situações, ocorreu de modo muito apertado, particularmente na Comissão de Constituição e Justiça, quando foi necessário a relatora desempatar a votação.

Este projeto vem sofrendo objeções políticas da Igreja Católica, através de parlamentares vinculados à esta instituição, que pressionaram para que ele ainda seja votado pelo Plenário da Câmara, antes de ser remetido ao Senado. Em meio a este processo político-legislativo, inclusive, o Plenário da Câmara transformou-se em Comissão Geral para debater o assunto em audiência pública, diante de recurso apresentado por aquele grupo de parlamentares (Cfêmea, 1997). Por fim, é em torno deste projeto de lei, atualmente, que se concentram as atenções e as divergências dos segmentos políticos mais envolvidos com a questão do aborto - a Igreja Católica e o movimento feminista.

Ao encerrar esta exposição, é interessante comparar alguns aspectos do processo político de discussão e decisão das questões do planejamento familiar e do aborto provocado, no Congresso Nacional.

Em primeiro lugar, estas duas questões apresentam eixos políticos e éticos diferentes.

A discussão sobre planejamento familiar centrou-se, em seu início, basicamente, no problema político do antinatalismo "versus" crítica a este antinatalismo. Em seguida, nos anos 80, com a entrada do movimento feminista neste debate, esta discussão passou, também, a enfatizar o problema ético. Neste caso, sobre a questão da autonomia das pessoas nesta matéria, questão esta em relação a qual havia discordância com o pensamento oficial da Igreja Católica. Por outro lado, a discussão sobre aborto provocado nunca esteve relacionada às questões de política de população, no sentido de buscar manter, aumentar ou reduzir a fecundidade. Esteve sempre presente nesta discussão, isto sim, uma questão de natureza ética, a respeito da liberdade de decisão nesta área, situação em que há total discordância entre o pensamento oficial da Igreja e as idéias do movimento feminista.

Em segundo lugar, as alianças em torno destes dois assuntos também vêm ocorrendo de maneiras diferentes.

Em relação ao planejamento familiar, encontra-se uma visão crítica ao antinatalismo, tanto no pensamento oficial da Igreja Católica quanto nas idéias do movimento feminista. Esta afinidade não ocorre, como já foi visto, no que diz respeito à questão da autonomia de decisão nesta área. Em consequência, têm havido alianças (se é possível chamar assim), embora com limites, entre os referidos atores políticos e sociais, como, por exemplo, na formulação do dispositivo da Constituição Federal sobre planejamento familiar ou, mesmo, no projeto de lei que regulamentou este dispositivo legal. Por outro lado, em relação ao aborto provocado, a Igreja Católica oficial e o movimento feminista sempre apresentaram pensamentos completamente opostos, nesta discussão no Congresso.

Por fim, estes dois temas estão passando por diferentes momentos na discussão parlamentar.

A legislação sobre planejamento familiar já está definida em seus principais aspectos, depois de vários anos de discussão. Por outro lado, o debate sobre a questão do

aborto encontra-se em um momento de acentuada polêmica, e tudo indica que as mudanças legislativas, nesta área, ocorrerão de modo gradual.

Referências Bibliográficas

- ANDALRAFT, Jorge, ROCHA, Maria Isabel Baltar. Aborto legal no Brasil: legislação, decisões políticas e serviços de atenção à saúde. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 1998 (no prelo).
- BEMFAM & MACRO INTERNATIONAL. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.
- BRASIL. Congresso Nacional. Relatório n.1/96, da Comissão Mista incumbida de relatar o veto presidencial ao PLC 114/94. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1996.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988.
- BRASIL. Fundação IBGE. Anticoncepção 1986. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de uma ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. (Série Textos Básicos de Saúde,6).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade Brasil 1994. Brasília: CENEPI/Fundação Nacional de Saúde, 1997.
- COSTA, Ana Maria. PAISM: uma política de assistência à mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1993.(Cadernos CCR,1).
- DELMANTO, C.(org). Código Penal e Legislação Complementar. São Paulo: Saraiva, 1981.
- FÊMEA. Brasília, v.6, n.55, agosto de 1997.
- FÊMEA. Brasília, v.6, n.58, outubro de 1997.
- ROCHA, Maria Isabel Baltar. Política demográfica e Parlamento: debates e decisões sobre o controle da natalidade. Campinas: Núcleo de Estudos de População, 1993. (Textos NEPO,25).
- ROCHA, Maria Isabel Baltar. A Questão do aborto no Brasil: o debate no Congresso. IN: Estudos Feministas. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ – PPCIS/UERJ, vol.4, p.381-398, 1996.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Aborto clandestino: uma realidade Latino-Americana. Nova York: The Alan Guttmacher Institute, 1994.

Quadro I - Proposições sobre Planejamento Familiar: Congresso Nacional 1991-1998

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 48/91 19-02-91	Câmara	Robson Tuma	PL/SP	Institui o Fundo Nacional de Amparo ao Idoso e à Criança, no qual um dos objetivos é desenvolver projetos e programas de orientação e esclarecimento sobre a natalidade e suas consequências.	Comissão de Seguridade Social e Família. Apresentação de quatro emendas por João Paulo (06-11-91). Parecer contrário da relatora Fátima Pelaes (06-04-92). Prejudicado pela aprovação do PL 4100/93 (25-03-94).	Arquivado. Prejudicado pela aprovação do PL 4100/93 (06-05-94).
PL 209/91 06-03-91 (Câmara)	Câmara	Eduardo Jorge Jandira Feghali M. Luiza Fontenele Benedita da Silva Luci Choinacki Sandra Starling Socorro Gomes	PT/SP PC do B/RJ PSB/CE PT/RJ PT/SC PT/MG PC do B/PA	Estabelece normas e condições para o exercício dos direitos referentes à saúde reprodutiva e coíbe o atual processo de esterilização indiscriminada da população brasileira e determina outras providências. Determina que a regulação da fecundidade é um direito assegurado a todas as pessoas, e deve ser entendida como constituição, limitação ou aumento da prole. Será promovida no âmbito da atenção integral à saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), sem objetivo de controle demográfico. Admite a esterilização cirúrgica para homens e mulheres com 30 anos ou mais, observado um prazo de seis meses entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, excetuando-se as situações em que a gestação implique em risco à saúde da mulher ou do futuro conceito. Por fim, cerca todos estes dispositivos com um conjunto de cautelas – políticas e sanitárias – visando impedir os excessos na área.	Comissão de Seguridade Social e Família. Parecer favorável da relatora Fátima Pelaes com substitutivo a este PL e dos PLs anexados: 273/91; 1648/91; 3439/92; 3633/93; 3694/93; e 3891/93. Parecer reformulado após discussão. Aprovado nesta Comissão (26-08-93). Plenário ¹ (14-06-94). Líderes dos partidos solicitam urgência. Relator José Maria Eymael, em substituição ao parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. Parecer pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, com emendas. Substitutivo e emendas aprovados (21-06-94).	Remetido ao Senado (29-06-94).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PLC 114/94 01-07-94 (Senado)	Câmara	Idem	Idem	Regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Determina que o planejamento familiar é um direito assegurado a todo cidadão, e deve ser entendido como constituição, limitação ou aumento da prole. Idem, em relação a terceira frase em diante, excetuando-se as seguintes modificações: prevê a esterilização cirúrgica para homens e mulheres com capacidade civil plena; deve se observar o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico; e, nas situações de exceção a este dispositivo, prevê o risco de vida da mulher ou do futuro conceito.	Comissão de Assuntos Sociais. Parecer favorável do relator Lúcio Alcântara, com substitutivo. Aprovado nesta Comissão (03-05-95). Comissão de Constituição e Justiça. Parecer favorável do relator Roberto Freire, com duas subemendas ao substitutivo. Aprovado nesta Comissão (26-09-95). Plenário (28-09-95). Aprovado o substitutivo com uma subemenda (26-10-95). Plenário. Relator Renan Calheiros (31-10-95). Aprovação do substitutivo do Senado e de duas das três emendas do Plenário (23-11-95).	Enviado à Câmara (29-11-95).
PL 114/94 (Câmara)	Câmara	Idem	Idem	Idem, em relação a todas as frases, excetuando-se as seguintes modificações: prevê a esterilização cirúrgica para homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos ou, pelo menos, com dois filhos vivos.	Plenário (04-12-95). Parecer favorável ao substitutivo do Senado pela relatora Fátima Pelaes, em substituição à Comissão de Seguridade Social e Família. Parecer pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa ao substitutivo do Senado pelo relator Ibrahim Abi-Ackel. Aprovação do substitutivo do Senado (12-12-95). Comunicado ao Senado à remessa à sanção presidencial. Remessa à sanção, através da Mensagem 45/95 (21-12-95).	Transformado em norma jurídica, Lei 9263/96 (12-01-96). Vetado parcialmente. Mensagem 66/96 do Poder Executivo e Mensagem 85/96 do Congresso Nacional.

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Centeúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
Mensagem 85/96 Congresso Nacional	Presidência da República	Presidência da República	—	Veto aos artigos 10, 11, parágrafo único do 14 e, artigo 15 – todos relacionados à questão da esterilização. O artigo 10 estabelece as situações em que a esterilização é permitida; o artigo 11 determina que a esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do SUS; o parágrafo único do artigo 14 dispõe que só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que oferecem todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis; e o artigo 15 se refere a crimes e penalidades.	Plenário do Congresso Nacional. Designação de Comissão Mista para apreciação do veto. Senadores: Roberto Freire, Lúcio Alcântara e Bella Parg. Deputados: Fátima Pelaes, Ibrahim Abi-Ackel e Vilmar Rocha (29-02-96). Parecer favorável à queda do veto pela relatora Fátima Pelaes (13-03-96). Plenário do Congresso Nacional. Incluído e retirado da ordem do dia (17-04-96; 27-11-96; 13-03-97). Plenário do Congresso Nacional. Aprovação da queda do veto (12-08-97). Resultados: Câmara: 401 votos – SIM: 53, NÃO 344, Abstenções 4; Senado: 55 votos – SIM 04, NÃO 51. Remetido à promulgação (13-08-97).	Promulgado 08/97.
PL 211/91 06-03-91 (Câmara)	Câmara	Said Ferreira Delcino Tavares	PMDB/PR PMDB/PR	Acrescenta dispositivo ao inciso IV do artigo 18 da lei 8080, de 19/09/90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, encarregando aos municípios competência para execução dos serviços de planejamento familiar.	Comissão de Constituição e Justiça e de Redação pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa pelo relator Liberato Caboclo. Aprovado nesta Comissão (05-06-91). Comissão de Seguridade Social e Família. Parecer favorável do Relator Antonio Falcões, com substitutivo. Aprovado nesta Comissão (11-09-91). Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. Aprovada a redação final pelo relator Nilson Gibson (22-10-91).	

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PLC 100/91 01-11-91 (Senado)	Câmara	Said Ferreira Delcino Tavares	PMDB/PR PMDB/PR	Idem e acrescenta a proibição de qualquer tipo de correlação com metas demográficas; dispõe que as referidas ações de planejamento familiar devem ser parte insólvel do PAISM; coíbe a realização de convênios ou contratos de prestação de ações e serviços entre os órgãos oficiais do SUS e entidades privadas de planejamento familiar, devendo os recursos necessários às realizações dos mesmos serem alocados nos orçamentos federal, estadual e municipal.	Comissão de Assuntos Sociais. Relator Jutahi Magalhães. Emenda de Divaldo Suruagy, suprimindo a referência aos convênios e contratos (26-08-92). Pedido de adiamento do prosseguimento da tramitação do projeto, por Carlos Patrocínio (18-09-92). Plenário. Apreciação de requerimento de urgência pelo Colégio de Líderes (11-11-92). Plenário. Parecer oral do relator Jutahi Magalhães, favorável ao projeto, com emenda e contrária à emenda de Divaldo Suruagy (17-11-92). Plenário. Aprovado o projeto e a emenda de parecer favorável, rejeitada a emenda de parecer contrário (01-12-92). Plenário. Aprovada a redação final, relator Iram Saraiva (08-12-92).	Remetido ao Senado (31-10-91).
PLC 100/91 (Câmara)	Câmara	Said Ferreira Delcino Tavares	PMDB/PR PMDB/PR	Idem e Idem modificando a referência ao PAISM, por referência mais genérica – um programa de atenção integral à saúde da mulher do Ministério da Saúde, e acrescentando – assegurado a participação como indivíduo ou como casal.	Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. Aprovado o parecer do relator Paes Landim, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa (05-05-93). Comissão de Seguridade Social e Família. Parecer favorável do relator Nilton Baiano (20-05-93). Aprovado nesta Comissão (02-06-93). Plenário (16-06-93). Discussão adiada por várias razões, até quando foi deferido requerimento de Fátima Pelaes, declarando prejudicialidade, face à aprovação na Câmara do PL 209/91 (16-09-94).	Remetido à Câmara (09-12-92). Arquivado – prejudicado pela aprovação do substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família ao PL 209/91 (16-09-94).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 237/91 06-03-91	Câmara	Max Rosenmann	PRN/PR	Estabelece as normas para o exercício do planejamento familiar e determina outras providências. Dispõe sobre a competência do Estado, através do SUS, para estabelecer condições que permitam o planejamento familiar e a garantia de realização de laqueadura e vasectomia. Em relação à esterilização permite: quando a pessoa tenha atingido a maioridade civil; quando a gravidez representa risco à vida ou à saúde; e quando em mais de um caso haja deficiências genéticas ou congênitas que escapem ao controle da medicina. Veda às entidades privadas nacionais, estrangeiras e internacionais a execução de programas de planejamento familiar e de pesquisa sobre reprodução humana.	Anexado ao 211/91 (27-03-91). Requerimento do autor solicitando desanexação (25-04-91). Desanexação (06-05-91). Comissão de Seguridade Social e Família. Relatora Fátima Pelaes (06-04-92). Deferido requerimento de Fátima Pelaes, solicitando anexação deste ao PL 209/91 (27-07-92).	Arquivado – prejudicado pela aprovação do substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família do PL 209/91 (21-06-94).
PL 667/91 16-04-91	Câmara	Inocêncio Oliveira	PFL/PE	Autoriza a distribuição de anovulatórios à população pobre, pelo Poder Executivo, mediante a apresentação de receituário médico.	Comissão de Seguridade Social e Família. Parecer contrário da relatora Jandira Feghali (18-05-92). Aprovado este parecer contrário nesta Comissão (27-05-92). Poder terminativo na Comissão. Leitura e publicação do parecer pela rejeição (23-06-92).	Arquivado definitivamente – rejeitado na Comissão (28-07-92).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 1648/91 20-08-91	Câmara	Maurici Mariano	PRN/SP	Acrescenta dispositivos à Lei 8080, de 19-09-90, que delega ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência sobre planejamento familiar. Inclui dispositivo sobre a competência do SUS de executar serviços de planejamento familiar no âmbito do município. Inclui também a divulgação, através dos meios de comunicação social, o conjunto de serviços prestados pelo SUS à população.	Anexado ao PL 237/91 (23-09-91).	Arquivado – prejudicado pela aprovação do substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família ao PL 209/91 ao qual o 237/91 está anexado (21-06-94).
PL 1966/91 08-10-91	Câmara	Gilvan Borges	PRN/AP	Determina a divulgação oficial, pelos veículos de comunicação social, dos métodos anticoncepcionais. Esta campanha é obrigatória do Ministério da Saúde e deve ser feita em caráter permanente. O substitutivo aprovado apresenta um conjunto de cautelas, dentre elas: que se dê através do SUS e do PAISM; que não tenha objetivo de controle demográfico; e que tenha participação de entidades representativas da sociedade.	Comissão de Seguridade Social e Família. Parecer favorável da relatora Jandira Feghali, com substitutivo (16-06-92). Aprovado este parecer nesta Comissão (02-09-92).	Arquivado no final da Legislatura (02-02-95).
PL 1967/91 08-10-91	Câmara	João Mendes	PTB/RJ	Determina que os Centros Integrados de Apoio à Criança (CIACS) ofereçam cursos de planejamento familiar para as famílias das comunidades onde estão envolvidas.	Comissão de Educação, Cultura e Desportos. Parecer contrário da relatora Marilu Guimarães (10-03-94). Aprovado este parecer contrário nesta Comissão (27-04-94). Poder terminativo na Comissão. Leitura e publicação do parecer pela rejeição (13-05-94).	Arquivado definitivamente – rejeitado na Comissão (13-06-94).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 3439/92 09-12-92	Câmara	Pinga Fogo de Oliveira	PRN/PR	Regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal e dá outras providências. Inclui a atenção à esterilização, de acordo com o interesse e decisão do casal, na condição do casal ter três ou mais filhos vivos ou haver risco à vida ou à saúde da mulher.	Anexado ao PL 209/91 (16-02-93).	Arquivado – prejudicado pela aprovação do substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família ao PL 209/91 (21-06-94).
PL 181/92 15-12-92	Senado	Eva Blay	PSDB/SP	Acrescenta dispositivos à Lei 8080/90, de 19-09-90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo normas para o exercício do planejamento familiar, com a finalidade de adaptá-la ao parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Brasileira. Inclui dispositivo sobre a competência do SUS, de executar serviços de planejamento familiar, no âmbito do município.	Comissão de Assuntos Sociais. Relator Lucídio Portella (02-04-93). Plenário. Requerimento de Beni Veras, solicitando inclusão em ordem do dia (25-11-93). Requerimento de Eva Blay solicitando retirada da matéria (22-12-93).	Arquivado – retirado pela autora (20-01-94).
PL 28/93 18-03-93 (Senado)	Senado	Eva Blay	PSDB/SP	Regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal e dá outras providências. Determina que o planejamento familiar é um direito assegurado a todas as pessoas, e deve ser entendido como constituição, limitação ou aumento da prole. Será promovido ao âmbito da atenção integral à saúde da mulher, sem objetivo de controle demográfico ou étnico, através do SUS. Permite a esterilização cirúrgica em pessoas civilmente capazes, através de método aprovado pelo Ministério da Saúde. Cerca os dispositivos referentes à esterilização com algumas cautelas visando impedir os excessos na área.	Comissão de Assuntos Sociais. Relator Lucídio Portella (02-04-93). Plenário. Requerimento de Eva Blay, solicitando inclusão em ordem do dia (25-11-93). Plenário. Parecer oral favorável da Comissão de Assuntos Sociais, pelo relator Lucídio Portella (02-12-93). Plenário. Discutida e aprovada a redação final, remetida à Câmara (14-12-93).	Remetido à Câmara (16-12-93).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 4377/93 26-01-94 (Câmara)	Senado	Eva Blay	PSDB/SP	Idem	Comissão de Seguridade Social e Família. Relatora Fátima Pelaes (26-01-94). Anexado ao PL 4319/93, de Laerte Bastos por sua solicitação (02-02-94), ao qual fora anexado o PL 4322/93 (04-01-94). Anexado ainda o PL 3213/97 de Wigberto Tartuce (23-07-97).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família (12-02-98).
PL 3633/93 29-03-93 (Câmara)	Câmara	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (Câmara e Senado)	—	Regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Estabelece que o planejamento familiar é um direito assegurado a todas as pessoas e deve ser entendido como constituição, limitação ou aumento da prole. Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, é livre e soberana a decisão do homem, da mulher ou do casal. Será promovido no âmbito da atenção integral à saúde, através do SUS, sem objetivo de controle demográfico. Admite a esterilização cirúrgica para homens de 30 anos ou mais e para mulheres de 25 anos ou mais, observado um prazo de seis meses entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, excetuando-se as situações em que a gestação implique em risco à saúde ou à vida da mulher. Por fim, cerca todos estes dispositivos com um conjunto de cautelas – políticas e sanitárias – visando impedir os excessos na área.	Comissão de Seguridade Social e Família. Relatora Rita Camata (11-05-93). Apresentação de duas emendas por Luci Choinacki (24-05-93). Deferido requerimento de Fátima Pelaes, solicitando anexação ao PL 209/91 (28-06-93).	Arquivado – prejudicado pela aprovação do substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família ao PL 209/91 (21-06-94).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 3694/93 14-04-93	Câmara	Jofran Frejat	PFL/DF	Estabelece normas e condições para o exercício do planejamento familiar e determina outras providências. Determina que o planejamento familiar é um direito assegurado a todas as pessoas – fundado na paternidade responsável e tendo como corolário a liberdade de decisão do casal. Pressupõe direitos iguais de limitação, constituição ou aumento da prole e adoção legal de filhos pelo casal. É competência do Estado, através dos órgãos oficiais de assistência médico-social, sendo vedado a prática da contracepção através de programas ou de caráter coletivo ou experimental ou não, bem como sua vinculação com programas de controle demográfico. A esterilização cirúrgica é admitida: quando a mulher tiver 30 anos ou mais; quando o casal contar com três ou mais filhos, desde que a mulher tenha 25 anos ou mais de idade; quando nova gravidez passe a constituir-se em risco à saúde da mulher ou à vida da mulher; quando, de mais de uma gravidez, tenha resultado filho portador de deficiência genética ou congênita incontrolável pela medicina; nas portadoras de moléstias infecto-contagiosas incurável ou de cura difícil e prolongada, transmissível ao conceito. Por fim, na vigência da sociedade conjugal, depende do consentimento de ambos os cônjuges.	Anexado ao PL 209/91 (02-06-93).	Arquivado – prejudicado pela aprovação do substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família ao PL 209/91 (21-06-94).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 3785/93 05-05-93	Câmara	Nobel Moura	PP/RO	Altera a redação do artigo 140 da Lei 8213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Concede auxílio-natalidade ao casal que tenha até dois filhos, para que o benefício não venha a constituir estímulo à natalidade.	Comissão de Seguridade Social e Família. Parecer contrário da relatora Fátima Pe-laes (21-03-94). Aprovação do parecer contrário nesta Comissão (11-05-94). Poder terminativo na Comissão. Leitura e publicação do parecer pela rejeição (23-05-94).	Arquivado definitivamente – rejeitado na Comissão (24-06-94).
PL 3891/93 03-06-93	Câmara	Max Rosenmann	PDT/PR	Regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Determina que o planejamento familiar é um direito assegurado a todas as pessoas, e deve ser entendido como constituição, limitação ou aumento da prole. Fundado no princípio da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável é livre e soberana a decisão do homem, da mulher ou do casal. Será promovido no âmbito da atenção integral à saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe, também, que as ações de planejamento familiar serão exercidas por instituições privadas – nas formas desta lei e das normas estabelecidas pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde. Admite a esterilização cirúrgica para homens e mulheres, maiores de idade, observando um período de 30 a 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Cerca estes dispositivos com algumas cautelas, principalmente sanitárias.	Anexado ao PL 209/91 (05-07-93).	Arquivado – prejudicado pela aprovação do substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família ao PL 209/91 (21-06-94).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 4319/93 25-11-93	Câmara	Laerte Bastos	PSDB/RJ	Permite a realização de cirurgia de laqueadura em hospitais públicos ou conveniados com o setor público, nas seguintes condições: idade igual ou superior a 25 anos; pelo menos um filho; casada ou união estável; e concordância expressa do marido ou companheiro.	Comissão de Seguridade Social e Família. Relatora Fátima Pelaes (31-01-94). Anexado o PL 4322/93 (04-01-94). Apresentação de emenda por José Linhares Pontes (01-02-94). Deferido requerimento de Laerte Bastos, solicitando anexação ao PL 4377/93 (02-02-94).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família, anexado ao PL 4377/93 (12-02-98).
PL 4322/93 25-11-93	Câmara	Jair Bolsonaro	PPR/RJ	Dispõe sobre a realização de laqueadura tubária e vasectomia para fins de planejamento familiar e controle da natalidade e dá outras providências. Inclui que a laqueadura ou a vasectomia é feita por solicitação do interessado; que no caso do requerente ser casado ou manter união estável, o requerimento deve ser do casal; que é assegurado este atendimento na rede pública de forma gratuita; e, que o médico expedirá uma certidão, registrada junto aos órgãos públicos de saúde.	Anexado ao PL 4319/93 (04-01-94).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família, anexado ao PL 4319/93, que está anexado ao PL 4377/93 (12-02-98).
PL 4534/94 14-04-94	Câmara	Luiz Pontes	PSDB/CE	Institui a Semana Nacional da Saúde da Mulher e determina outras providências. Seu teor será constituído de campanhas públicas, endereçadas a instituições educacionais, sanitárias e assistenciais, que divulguem princípios de preservação da saúde da mulher, em especial da educação sexual e de utilização de métodos anticoncepcionais. A atuação do órgão responsável dar-se-á em consonância com as diretrizes do SUS.	Comissão de Seguridade Social e Família. Relator João Paulo (31-08-94).	Arquivado ao final da Legislatura (02-02-95).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PLP 190/94 16-06-94	Câmara	Osmânio Pereira	PSDB/MG	Dispõe sobre a inviolabilidade do direito à vida, garantida pelo artigo 5º, bem como sobre a interpretação do parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal. Em relação ao planejamento familiar este é entendido como decisão livre e consciente do casal (união de homem e mulher com tendência à estabilidade), vedado o recurso à esterilização, exceto por necessidade médica comprovada, bem como quaisquer medidas que ocasionem a interrupção da gravidez já iniciada. Inclui a proibição nesta área: de propaganda, promoção ou divulgação, exceto a nível individual e se solicitada; de participação ou interferência direta ou indireta estrangeira ou internacional; e de firmar ou participar de acordos internacionais sobre política demográfica e alteração na legislação a respeito.	Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. Relator Délio Braz (09-08-94).	Arquivado ao final da Legislatura (02-02-95).
PL 999/95 26-09-95	Câmara	Osmânio Pereira	PSDB/MG	Idem	Comissão de Seguridade Social e Família. Relatora Jandira Feghali (17-01-95). Deferido requerimento do autor, solicitando a retirada do projeto (21-11-95).	Arquivado – retirado pelo autor (21-11-95).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL2038/96 12-06-96	Câmara	Jovair Arantes	PSDB/GO	Institui o Programa Alimentar para Gestantes. É dirigido às mulheres carentes, incluindo o período de gestação e quatro meses a contar da data do parto, e será implementado pelo Ministério da Saúde e pelo SUS. A mulher receberá obrigatoriamente um acompanhamento à sua saúde, incluindo o planejamento familiar.	Comissão de Seguridade Social e Família. Aprovação unânime do parecer reformulado favorável da relatora Marta Suplicy, com substitutivos e emendas (10-12-97).	Tramitando na Comissão de Finanças e Tributação (12-02-98).
PL 2565/96 20-11-96	Câmara	João Mendes	PPB/RJ	Deduz na apuração do imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas as despesas com projetos sociais tratados nas áreas de saúde, educação e habitação. No caso da saúde, refere-se a projetos que desenvolvam atividades de planejamento familiar, visando a paternidade responsável.	Comissão de Finanças e Tributação. Relator Eujácio Simões (02-04-97).	Tramitando na Comissão de Finanças e Tributação (12-02-98).
PL 17/97 25-02-97	Senado	Gilvan Borges	PMDB/AP	Regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal, dispondo sobre o Programa Educacional relativo ao exercício do planejamento familiar, como direito da pessoa humana. Prevê este Programa, sob responsabilidade conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, veiculado: como currículo obrigatório nas escolas de ensino fundamental e de ensino médio de todo o País; como cursos regulares, ministrados pelas instituições educacionais de assistência social; além da divulgação em campanhas veiculadas pela mídia, sobre métodos anticoncepcionais disponíveis. Neste sentido, faz acréscimos à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.	Comissão de Assuntos Sociais. Parecer pelo arquivamento do relator Odacir Soares (03-06-97).	Tramitando na Comissão de Assuntos Sociais (12-02-98).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 28/97 04-03-97	Senado	Carlos Patrocínio	PFL/TO	Altera a Lei 9263 de 12 janeiro de 1996 (planejamento familiar) e dá outras providências. Acrescenta a esta lei os dispositivos sobre esterilização, vetados pela Presidência da República – artigo 10,11, parágrafo único do 14, e artigo 15. Modifica, porém, o parágrafo único do artigo 14 que prevê que só podem ser autorizados a realizar esterilizações cirúrgicas as instituições que ofereçam todas as opções do meios e métodos de contracepção reversíveis – suprimindo a palavra todas.	Comissão de Assuntos Sociais. Relatora Marluce Pinto (10-04-97). Requerimento do autor solicitando a retirada do projeto (09-09-97).	Arquivado – retirado pelo autor (24-11-95).
PL 2942/97 03-04-97	Câmara	Eduardo Jorge	PT/SP	Institui, no SUS, o programa de prevenção e assistência integral às pessoas portadoras do traço falciforme e com anemia falciforme e dá outras providências, priorizando o planejamento familiar para casais em situação de risco.	Comissão de Seguridade Social e Família. Relator José Linhares (15-05-97). Plenário (10-06-97).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família (12-02-98).
PL 3213/97 10-06-97	Câmara	Wigberto Tartuce	PPB/DF	Permite a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena e dá outras providências.	Anexado ao PL 4377/93 (23-07-97).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família, anexado ao PL 4377/93 (12-02-98).
PL 3824/97 06-11-97	Câmara	João Mendes	PPB/RJ	Permite a dedução de despesa com educação, relativa à paternidade responsável da contribuição social destinada a seguridade social. (Compreendendo os cursos de planejamento familiar, saneamento e higiene e primeiros socorros).	Comissão de Seguridade Social e Família (21-11-97).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família (12-02-98).

Quadro II - Proposições sobre Abortamento Provocado. Congresso Nacional 1991-1998

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 20/91 19-02-91	Câmara	Eduardo Jorge Sandra Starling	PT/SP PT/MG	Dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento dos casos de aborto previsto no Código Penal, pelo Sistema Único de Saúde (SUS)	Comissão de Seguridade Social e Família. Relatora Jandira Feghali (30-10-91). Arquivado ao final da Legislatura (22-02-95). Desarquivado na nova Legislatura (22-02-95). Parecer favorável da relatora com substitutivo (17-08-95). Parecer favorável, reformulado, com emendas, acolhendo sugestões apresentadas pelos deputados na discussão. Aprovado nesta Comissão por 21 a 17 votos (27-09-95). Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. Relator Hélio Bicudo (30-10-95). Parecer do relator pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, com substitutivo (06-12-95). Redistribuído à Subcomissão Especial da Matéria Penal (26-03-96). Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. Relatora Zulaiê Cobra (28-03-96). Parecer pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa do projeto e das emendas adotadas pela Comissão de Seguridade Social e Família, com emendas e pela anti-regimentalidade da emenda apresentada nesta Comissão (26-11-96). Aprovado nesta Comissão por 24 a 23 votos, após desempate do voto da relatora (20-08-97). Recurso 184 de 1997 de Salvador Zimbaldi e outros, solicitando que este projeto seja apreciado pelo Plenário (03-09-97). Recurso 185 de 1997 de Robson Tuma e outros com a mesma solicitação (03-09-97). Plenário da Câmara se transforma em Comissão Geral (25-11-97), atendendo requerimento de Severino Cavalcante, Hélio Bicudo, Salvador Zimbaldi e Ceci Cunha, entre outros parlamentares católicos. Aprovação do requerimento de Aécio Neves solicitando que os recursos 184 e 185 sejam retirados da pauta de ordem do dia (05-12-97).	Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (17-02-98).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida
PL 667/91 16-04-91	Câmara	Inocêncio Oliveira	PFL/PE	Autoriza a distribuição gratuita de anovulatórios e retoma o artigo 20 da Lei das Contravenções Penais, atualizando a multa em relação ao anúncio de processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto.	Comissão de Seguridade Social e Família. Parecer contrário da relatora Jandira Feghali. Rejeitado nesta Comissão (27-05-92).
PL 1097/91 22-05-91	Câmara	Nobel Moura	PSD/RO	Dispõe sobre a interrupção da gravidez nos casos que se seguem: até a décima semana de gestação é livre; a partir da décima semana e até a vigésima quinta semana de gestação é permitida, quando houver evidência clínica ou embasada por técnica de diagnóstico complementar de que a criança venha a apresentar anomalia física ou psíquica grave e incurável; com qualquer idade gestacional, se não há outro meio de salvar a vida da gestante e se a gravidez resulta de estupro. Substitutivo: Suprime do Código Penal os artigos 124, 126, 127 e 128 e renumera o 125, referente ao aborto sem consentimento da gestante. Mantém, em relação a este último artigo, dispositivo que determina o aumento de penalidades se a gestante sofrer lesão corporal grave ou vir a falecer. Autoriza a interrupção de gravidez nas seguintes situações: livre – até a décima segunda semana de gestação e livre - em qualquer idade gestacional - se não houver outro meio de salvar a vida da gestante e se a gravidez resulta de estupro; da décima segunda a vigésima quinta (I) quando houver evidência clínica embasada por técnica de diagnóstico complementar de que o nascituro apresenta anomalia física e ou mental grave e incurável, garantida a informação e opção da gestante, (II) caso se comprove a contaminação da gestante pelo vírus HIV, e (III) caso ocorra risco de saúde física ou mental da gestante.	Comissão de Seguridade Social e Família. Relatora Jandira Feghali. Projetos anexados a este: 1135/91, 1174/91 (2023/91 e 3005/91), 2006/91, 3280/92 e 3609/93. Parecer favorável da relatora, com substitutivo a este e aos PLs anexados (05-07-93). Audiência Pública sobre o tema, nesta Comissão, a pedido da relatora do projeto (29-09-93).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 1104/91 23-05-91 (Câmara)	Câmara	Eduardo Jorge Sandra Starling	PT/SP PT/MG	Altera redação do item II do artigo 131 da Consolidação das Leis do Trabalho, que trata das faltas ao serviço não consideradas para efeito de concessão de férias. Garante o licenciamento da empregada por motivo de maternidade e abortamento e não somente de "maternidade e abortamento não criminoso", conforme aquela Lei.	Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público. Parecer favorável do relator Zaire Resende, aprovado nesta Comissão (26-11-92). Comissão de Constituição, Justiça e de Redação. Parecer favorável do relator Felipe Néri, aprovado nesta Comissão (30-06-93).	Remetido ao Senado
PL 226/93 24-11-93 (Senado)	Câmara	Eduardo Jorge Sandra Starling	PT/SP PT/MG	Idem	Comissão de Assuntos Sociais. Parecer favorável da relatora Marluce Pinto. Aprovado nesta Comissão (17-05-94). Votos contrários Cid Sabóia, Ney Maranhão, Ronan Tito, Meira Filho e Coutinho Jorge. Aprovado em Plenário (05-07-94) e sancionado pelo Presidente da República.	Transformado em norma jurídica, Lei 8921/94 (25-07-94).
PL 1107/91 23-05-91	Câmara	Matheus lensen	PTB/PR	Dá nova redação aos artigos 124, 125, 126 e 127 do Código Penal, agravando as penas referentes à prática de abortamento.	Comissão de Constituição e Justiça e Redação. Parecer contrário do relator Ibrahim Abi-Ackel (constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa e no mérito pela rejeição). Rejeitado nesta Comissão (09-04-92).	Arquivado definitivamente - rejeitado na Comissão (02-07-92).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 1135/91 28-05-91	Câmara	Eduardo Jorge Sandra Starling	PT/SP PT/MG	Suprime o artigo 124 do Código Penal, que dispõe sobre o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento.	Comissão de Constituição e Justiça e Redação. Parecer contrário do relator Ibrahim Abi-Ackel (constitucionalidade, juridicidade, falta de técnica legislativa e no mérito pela rejeição). Vista a José Genoíno. Comissão de Seguridade Social e Família. Anexado ao PL 1097/91 (06-11-92). Arquivado ao final da Legislatura (02-02-95). Desarquivado na nova Legislatura (22-02-95). Comissão de Seguridade Social e Família. Relatora Jandira Feghali. (08-03-95). Anexados os PLs 1174/91 (2023/91), 3280/92, 176/95, 1956/96 e 2929/97. Solicitada a desanexação do PL 1956/96 (20-03-97). Indeferida esta solicitação de desanexação (09-04-97).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família (17-02-98).
PL 1174/91 04-06-91	Câmara	Eduardo Jorge Sandra Starling	PT/SP PT/MG	Dá nova redação ao artigo 128 do Código Penal, permitindo o aborto praticado por médico nas seguintes situações: se a gravidez determinar não somente perigo à vida, conforme já estava disposto, como também à saúde física ou psíquica da gestante, se for constatado no nascituro enfermidade grave e hereditária ou se alguma moléstia, intoxicação ou acidente sofrido pela gestante comprometer a saúde do nascituro e, por fim, conforme também já está previsto, se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante.	Comissão de Seguridade Social e Família. Projetos anexados a este: 2023/91 e 3005/92. Anexado ao PL 1097/91. Arquivado ao final da Legislatura (02-02-95). Desarquivado na nova Legislatura (22-02-95). Comissão de Seguridade e Família. Relatora Jandira Feghali (08-03-95). Anexado ao PL 1135/91 (22-08-95).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família, anexado ao PL 1135/91 (17-02-98).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 2006/91 10-10-91	Câmara	Gilvan Borges	PRN/AP	Assegura a toda mulher grávida o direito ao aborto, desde que este seja realizado até o terceiro mês de gestação e que haja aquiescência do cônjuge ou companheiro. Suprime os artigos 124 e 126 do Código Penal.	Comissão de Seguridade Social e Família. Anexado ao PL 1097/91 (06-11-92).	Arquivado ao final da Legislatura (02-02-95)
PL 2023/91 17-10-91	Câmara	Eduardo Jorge	PT/SP	Permite a prática do abortamento, baseado no artigo 128, inciso I, do Código Penal, caso se comprove que a mulher está contaminada pelo vírus HIV. O aborto será realizado mediante diagnóstico, por escrito, do médico responsável pela paciente, e com a declaração de conhecimento do dispositivo 340 do Código Penal, por parte da gestante ou de seu representante legal, no caso de incapacidade.	Comissão de Seguridade Social e Família. Anexado ao PL 1174/91, que se encontra anexado ao PL 1097/91. Arquivado ao final da Legislatura (02-02-95). Desarquivado na nova Legislatura (22-02-95). Anexado ao PL 1174/91, que se encontra anexado ao PL 1135/91 (22-02-95).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família, anexado ao PL 1174/91, que se encontra anexado ao PL 1135/91 (17-02-98).
PL 3005/92 17-06-92	Câmara	Celso Bernardi	PDS/RS	Acrescenta ao artigo 128 do Código Penal o item III, ampliando a possibilidade de aborto legal, se durante a gravidez constatar-se, à luz de comprovação laboratorial, contaminação pelo vírus HIV. O aborto será precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.	Comissão de Seguridade Social e Família. Anexado ao PL 1174/91, que se encontra anexado ao PL 1097/91 (02-07-92).	Arquivado ao final da Legislatura (02-02-95).
PL 3280/92 27-10-92	Câmara	Luiz Moreira	PTB/BA	Autoriza a interrupção da gravidez até a vigésima quarta semana, quando o produto da concepção for portador de graves e irreversíveis anomalias físicas ou mentais e precedida de indicação médica.	Comissão de Seguridade Social e Família. Anexado ao PL 1097/91 (27-01-93) Arquivado ao final da Legislatura (02-02-95). Desarquivado na nova Legislatura (15-03-95). Anexado ao PL 1135/91 (03-04-95).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família, anexado ao PL 1135/91 (17-02-98).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 3609/93 09-03-93	Câmara	José Genoino	PT/SP	Dispõe sobre a opção de ter ou não filhos, incluindo o direito de interrupção da gravidez até noventa dias.	Comissão de Seguridade Social e Família. Anexado ao PL 1097/91.	Arquivado ao final da Legislatura (02-02-95).
PL substitutivo ao 209/91 de Eduardo Jorge (PT/SP) e das deputadas Jandira Feghali (PC do B/RJ), M. Luiza Fontenele (PSB/CE), Benedita da Silva (PT/RJ), Luci Choinacki (PT/SC), Sandra Starling (PT/MG), Socorro Gomes (PC do B/PA). O substitutivo corresponde a este projeto de Lei e a outros seis projetos a ele anexados (08-07-93).	Câmara	Fátima Pelaes	PFL/AP	Regulamenta o parágrafo 7º, artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidade e dá outras providências. Dentre os principais aspectos focalizados, procura coibir os abusos em relação à esterilização cirúrgica. Inclui, no substitutivo, o atendimento pelo SUS dos casos de interrupção voluntária da gravidez, previsto em Lei.	Comissão de Seguridade Social e Família. Aprovado nesta Comissão com parecer reformulado após a discussão, mas sem alterar o inciso sobre aborto (26-08-93). Plenário. Aprovado substitutivo da Comissão e emendas, uma delas suprimindo o inciso sobre aborto (21-06-94).	Enviado ao Senado (29-06-94).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 78/93 23-06-93	Senado	Eva Blay	PSDB/ SP	Autoriza a interrupção da gravidez, como livre decisão da gestante, até a décima segunda semana de gestação. Mantém os artigos 125 e 128 do Código Penal, porém com modificações. No artigo 125, inclui a penalidade que constava anteriormente do artigo 127, referente ao aborto sem o consentimento da gestante. E no artigo 128, considera que o aborto praticado por médico não é punível nas circunstâncias que determina: em qualquer idade gestacional - se a gravidez resulta de estupro e se não há outro meio de salvar a vida da gestante; até a décima segunda semana de gestação; e da décima segunda semana a vigésima quinta semana de gestação - se for comprovada a presença de patologia que possa comprometer a saúde física ou mental da gestante. Suprime os artigos 124, 126 e 127 do Código Penal.	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania. Relator Nelson Carneiro. Seminário "Descriminalizar o Aborto?", organizado por esta Comissão, juntamente com a autora do projeto (19 e 20 de outubro de 93).	Arquivado no final da Legislatura (13-03-95).
PL 176/95 14-03-95	Câmara	José Genoino	PT/SP	Dispõe sobre a opção de ter ou não ter filhos, incluindo o direito à interrupção da gravidez até noventa dias.	Plenário (14-03-95). Anexado ao PL 1135/91 (27-03-95).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família, anexado ao PL 1135/91 (17-02-98).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 190/94 16-06-94	Câmara	Osmânio Pereira	PSDB/MG	Dispõe sobre a inviabilidade do direito à vida, garantida pelo artigo 5º, bem como sobre a interpretação do parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição e dá outras providências. Em relação ao aborto, estende a inviolabilidade do direito à vida em todas as fases, desde o momento da concepção; determina que a interrupção da gravidez é um crime hediondo contra a vida; e proíbe a apresentação de proposições que visem legalizar e descriminalizar o aborto. Estabelece, também, que constituem crime contra a vida a venda, a propaganda e a distribuição de medicamentos, instrumentos e dispositivos que possam provocar a interrupção da gravidez, bem como o uso consciente e voluntário dos mesmos por parte das mulheres grávidas. Por fim, veda o Governo Brasileiro de participar de acordos internacionais que impliquem na alteração da legislação do País referente ao aborto.	Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. Relator Délio Braz (09-08-94).	Arquivado no final da Legislação (02-02-95).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PEC 25/95 (Proposta de Emenda Constitucional) 21-03-95	Câmara	Severino Cavalcante	PFL/PE	Dá nova redação ao cabeçalho do artigo 5º da Constituição Federal, que dispõe sobre a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, dentre um conjunto de direitos e garantias fundamentais. Acrescenta ao preceito de inviolabilidade do direito à vida, que este se dê "desde sua concepção".	Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. Relator Régis de Oliveira (19-04-95). Aprovação unânime do parecer do relator pela admissibilidade (01-06-95). Criação de Comissão Especial para apreciação da PEC, relator Armando Abílio (18-10-95). Audiências Públicas com dezoito depoentes representantes de igrejas e de grupos do movimento feminista, de entidades médicas, de advogados, de representantes do Poder Executivo, além de professores universitários juristas. Parecer pela rejeição do relator (14-12-95). Rejeitado na Comissão Especial por 9 a 2 votos (16-04-96). Rejeitado no Plenário da Câmara por 351 a 33 votos e 16 abstenções (23-04-96).	Arquivado - rejeitado na Comissão Especial (16-04-96) e no Plenário (23-04-96).
PL 1956/96 23-05-96	Câmara	Marta Suplicy	PT/SP	Autoriza a interrupção da gravidez, quando o produto da concepção não apresentar condições de sobrevivência em decorrência de má-formação incompatível com a vida ou de doença degenerativa incurável, precedida de indicação médica, ou quando por meios científicos se constatar a impossibilidade de vida extra-uterina.	Comissão de Seguridade Social e Família. Relator Tuga Angerami (08-08-96). Anexado ao PL 1135/91 (01-11-96). Solicitada a desanexação do PL 1135/91 (20-03-97). Indeferida esta solicitação (09-04-97).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família, anexado ao PL 1135/91 (17-02-98).

Identificação	Origem	Autoria	Partido/Estado	Ementa/Conteúdo	Tramitação Resumida	Última Ação
PL 999/95 26-09-95	Câmara	Osmânio Pereira	PSDB/MG	Dispõe sobre a inviabilidade do direito à vida, garantida pelo artigo 5º, bem como sobre a interpretação do parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição e dá outras providências. Em relação ao aborto, determina que a interrupção da gravidez é um crime hediondo contra vida, que viola o artigo 5º da referida Constituição, sendo inconstitucionais o artigo 128 do Código Penal, bem como quaisquer leis ou dispositivos que estabeleçam exceções à proibição e penalização da interrupção voluntária da gravidez. Estabelece, também, que constituem crime contra a vida a venda, a propaganda, promoção ou divulgação e a distribuição de medicamentos, instrumentos e dispositivos que possam provocar a interrupção da gravidez, bem como o uso consciente e voluntário dos mesmos por parte das mulheres grávidas. Por fim, veda o Governo Brasileiro de participar de acordos internacionais que impliquem na alteração da legislação do País referente ao aborto.	Comissão de Seguridade Social e Família. Relatora Jandira Feghali (17-10-95).	Retirado pelo autor (21-11-95).
PL 2118/96 02-07-96	Câmara	Wilson Leite Passos	PPB/RJ	Autoriza a recusa, por parte dos profissionais da área médica, à prática do abortamento. Nenhum profissional da referida área será obrigado, sob qualquer pretexto, a executar a prática do abortamento, em entidades oficiais ou não.	Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. Relator Raul Belém (20-08-96).	Tramitando na Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (17-02-98).
PL 2929/97 02-04-97	Câmara	Wigberto Tartuce	PPB/DF	Permite a interrupção da gravidez às mulheres estupradas por parentes.	Plenário (02-04-97). Anexado ao PL 1135/91 (22-04-97).	Tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família, anexado ao PL 1135/91 (17-02-98).

Legalidade, Cidadania e Direitos Humanos: Antigas e Novas Questões no Debate sobre Aborto

Sonia Corrêa

O cenário e o debate

Ao analisar o cenário dos anos 90, vários autores têm usado termos como turbulência, paradoxo, perplexidade, transição. Sejam pessimistas ou otimistas as interpretações que derivam de tais análises, as fronteiras teóricas e práticas abertas pelo pensamento feminista são elemento constitutivo da contraditória cena contemporânea. O nosso “que-pensar e que-fazer” está, portanto, inscrito no olho da tempestade. Estes são tempos de grande insegurança teórica e prática, mas que também instigam novas dúvidas e interrogações. Tais circunstâncias tornam mais árdua a reflexão sobre o aborto que - entre os muitos temas da agenda feminista - é, possivelmente, o mais complexo e, por que não dizer - radical.

Refletir sobre o aborto - tendo como referência as noções de legalidade e cidadania - exige, inicialmente, que revisitemos a trajetória do debate nas últimas décadas. No Brasil, num período de vinte anos, a interrupção da gravidez indesejada transitou da esfera das práticas privadas e silenciadas - do lugar da culpabilização e da criminalização - para o debate público e a deliberação legislativa. Hoje, a proposta de descriminalização do aborto está não apenas na agenda do movimento feminista, mas também na pauta do Congresso Nacional.

No momento atual o debate nacional está aquecido, em função da aprovação do projeto de lei que traduz para a norma constitucional os dois permissivos do Código Penal em legislação constitucional ordinária (o chamado PL- 20), de modo a asse-

gurar o acesso ao procedimento via instalação de serviços que assegurem o acesso ao procedimento no sistema público de saúde⁴. Por um lado, é espantoso constatar que foram necessárias cinco décadas para que esta tradução se tornasse politicamente viável. Por outro, é vital reconhecer o salto de qualidade que significa o deslocamento gradual do aborto da esfera da lei penal (criminal) para o campo de direitos sociais positivos.

Tão ou mais significativa tem sido a incorporação da temática do aborto aos novos consensos normativos da deliberação democrática no plano global, cristalizada nas premissas de direitos humanos tal como concebidos na Conferência de Viena (1993): universais, indivisíveis e interdependentes. Entretanto um exame mais fino das definições relacionadas ao aborto - adotadas pelas recentes conferências das Nações Unidas - indica que esta incorporação é ainda parcial e contraditória.

As formulações que hoje balizam a reconceituação do aborto no plano global foram adotadas na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD-Cairo 1994), sendo reiteradas e ampliadas em Pequim em 1995. Elas estão distribuídas em quatro parágrafos do Programa de Ação da CIPD: os parágrafos 7.2 e 7.3, em que se precisam os elementos de saúde e direitos reprodutivos; o parágrafo 7.6 que nomeia os componentes dos programas de saúde reprodutiva; e, mais explicitamente, no parágrafo 8.25.

Os parágrafos 7.2 e 7.3, embora não mencionem o termo "aborto", abrem espaço para uma interpretação que o contempla ao afirmar que: "A saúde reprodutiva implica...o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua esco-

⁴É importante informar que desde 1990, serviços que oferecem o procedimento nos dois casos previstos por lei, vêm sendo implementados com base em decisões administrativas de âmbito municipal. Estes serviços estão hoje implantados em São Paulo, Rio, Brasília, Recife, Campinas e iniciativas semelhantes se anunciam em outras capitais. Ou seja, a nova lei tem fundamentalmente o sentido político e simbólico de constitucionalizar o que estava na lei criminal.

lha, que não sejam contrários a lei.” (7.2). Ou ainda: “Os direitos reprodutivos.... se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir, livre e responsavelmente, sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos... Incluem, também, seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos”.

O parágrafo 7.6, por sua vez, afirma que a prevenção e o tratamento do aborto inseguro deve ser uma das ações a serem implementadas pelos programas de saúde reprodutiva. Mas é no parágrafo 8.25 que vamos encontrar a explicitação do consenso possível sobre a interrupção da gravidez indesejada no cenário global deste fim de século: “...Todos os governos... são instados a reforçar seus compromissos com a saúde da mulher, a considerar o impacto de um aborto inseguro como um problema de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto...Todas as medidas ou mudanças com relação ao aborto no sistema de saúde só podem ser definidas, no âmbito nacional ou local, de acordo com o processo legislativo nacional. Em circunstâncias em que o aborto não contraria a lei, esse aborto deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto...”

O exame mais cuidadoso destas definições revela algumas tensões de natureza político-conceitual. Prevalece, no conjunto, o tratamento do aborto como grave problema de saúde pública, embora estejam também presentes aberturas semânticas para inscrevê-lo na agenda dos direitos humanos como, por exemplo, na formulação do parágrafo 7.3 : a possibilidade de que as pessoas tomem decisões sobre a reprodução livres de coerção, discriminação e violência. Esta tensão não é casual. Exprime “resistências” quanto a pensar e tratar o aborto como tema do direito e se apresenta, de forma ainda mais acentuada, quando cotejamos as referências adotadas pelos textos com relação à lei ou legislação e à premissa de decisão reprodutiva autodeterminada.

Nos parágrafos 7.2 e 8.25, o uso das noções de lei e legislação nacional visam claramente, subordinar as novas definições referentes ao aborto - que têm preten-

são de validade universal - aos parâmetros legais e normativos dos Estados-Nação. Sua função no texto não é ampliar, mas sim restringir a retradução das novas formulações em termos de novos direitos. Neste contexto a denotação de lei e legislação é exercício de "força autorizada e não possibilidade de desconstrução, ou seja, a busca possível do reequilíbrio e da justiça" (Derrida in Corrêa e Petchesky, 1994).

Os descompassos, que se identificam nesta teia político-discursiva, refletem a natureza paradoxal dos processos que estamos experimentando. No âmbito dos marcos normativos do Estado-Nação Brasil, vamos nos distanciando - ainda que lentamente - da criminalização do aborto para pensá-lo como direito individual numa perspectiva de equidade social. No plano global, também se configura a partir de deliberações democráticas - num contexto de tensão e pluralidade - uma nova normatividade em que a livre decisão reprodutiva se vincula à agenda dos direitos humanos universais. Mas, nos dois níveis, este novo consenso permanece sitiado pela lógica das soberanias territorializadas, por aquilo que Habermas qualifica como "provincialidades". Neste momento, portanto, "aberturas e resistências" quanto a situar o aborto na esfera do direito, atuam em arenas políticas distintas e aparentemente dissociadas: a global, a nacional, a local.

O percurso de Janus.

Em tal contexto, não é tarefa simples situar o aborto tendo como referência lei, cidadania e direitos humanos. Isto porque estamos frente a uma clara dissociação entre o recurso à noção de lei, por um lado, e, por outro, a potencial ampliação de direitos está implícita nos esforços de descriminalização ou legalização do aborto. Ao mesmo tempo, evidencia-se um descompasso entre conceber o aborto como direito de cidadania - expressão da soberania popular no interior dos marcos territoriais do Estado-Nação - e o aborto como direito humano, na perspectiva universalizante dos novos consensos internacionais. Finalmente, permanece o desafio de uma elaboração mais fina e consistente, com relação aos fundamentos éticos que ancoram a defesa do aborto como decisão reprodutiva livre de coerção, discriminação e violência.

Frente a estas circunstâncias, tornam-se cruciais novos exercícios de reconceitualização. Eles exigem que re façamos os percursos de Janus, divindade romana que olha, simultaneamente, o passado e o futuro. Isto implica em revisitar o significado do aborto na trajetória de constituição da lei e do direito na modernidade e, explorar, prospectivamente, os limites e possibilidades desta proposta num novo cenário em que premissas fundantes das teorias políticas modernas estão postas em questão. As idéias aqui desenvolvidas não pretendem esgotar estes dilemas, mas apenas examinar, de forma preliminar, algumas destas questões.

Um primeiro passo é, ao meu ver, o exame crítico das noções de lei e cidadania como emanção do contrato social moderno. Para efeito da questão do aborto é preciso lembrar, que o contrato social definido pelas revoluções do século 18 excluiu as mulheres, os escravos, os não proprietários e a natureza. Sua democratização seria um fenômeno tardio, pois o sufrágio universal só seria adotado no século 20. No Brasil, por exemplo, as mulheres só foram incluídas em 1932 e os analfabetos em 1988.

Um segundo elemento crucial é reconhecer, como faz Boaventura do Santos, que a cidadania abrangia exclusivamente a cidadania civil e política, e que seu exercício residia exclusivamente no voto. Neste sentido, a base convencional do contrato social naturaliza a política (é natural que existam Estado e indivíduos) e se apoia na noção da igualdade formal e neutra entre cidadãos. Esta neutralidade é o que explica porque o direito ao aborto nos Estados Unidos - onde o Estado está estruturado com bases mais fortemente inspiradas nas premissas do liberalismo clássico - não foi assegurado com base em fundamentação de direitos das mulheres, mas sim como direito de decisão individual sobre a qual o Estado não deveria intervir.

Outro traço relevante do contrato social moderno é a dissociação - na teoria, na representação e na prática - entre público e privado. O Estado liberal moderno ignora o domínio privado, excluindo-o do contrato social e considerando as desigualdades que nele têm lugar, além de naturais, como sendo irrelevantes. Contraditoriamente, porém, desde o século 18, a lei - como expressão do contrato social - tem incidido sobre a esfera privada: regulando os casamentos, a sucessão, a herança e a reprodução - aí incluída a criminalização da anticoncepção e do aborto. Esta contra-

de nós é, de fato, pensar estratégias que permitam reconstruir o contrato social moderno.

Esta não é uma tarefa simples em tempos de turbulência e perplexidade. Por um lado, o contrato social que nos foi legado permanece dogmático e resistente quanto a transformar-se, especialmente na direção das perspectivas da subjetividade e da igualdade entre os gêneros. Por outro, como nos lembram vários autores, ele também está em crise, sendo uma das expressões desta crise a exclusão crescente de grupos sociais para uma situação pré-contratual e pré-jurídica. Boaventura do Santos (1997) por exemplo sugere que já não estaríamos vivendo uma era em que os sujeitos são controlados por poderes disciplinadores (como analisou Foucault). Mas sim que estaríamos caminhando na direção de sociedades cuja lógica é mais bem definida por poderes indisciplinados.

Esta perspectiva que sublinha a emergência de poderes indisciplinados e o paulatino esvaziamento do contrato social moderno não é estritamente teórica. Ela pode ser identificada em dinâmicas reais que envolvem o debate sobre aborto no Brasil de 1997. De um lado, a Igreja Católica tenta impor suas premissas pré-iluministas para fazer retroceder a legislação (já restritiva) com relação ao aborto. Simultaneamente, o Cytotec® - medicamento abortivo cujo uso se ampliou geometricamente nos últimos dez anos e cuja distribuição está formalmente limitada e controlada - está sendo vendido pela rede do narcotráfico, em cidades como o Rio e São Paulo. Embora paradoxal estas circunstâncias obedecem a uma certa lógica: em tempos de poderes indisciplinados o que fica excluído da legalidade se torna lucrativo. Muito provavelmente, nas periferias urbanas, os narcotraficantes aguardam, com atenção, a vitória do lobby católico, pois uma decisão desfavorável do Congresso lhes dará um horizonte de tempo mais longo para lucrar com a venda de Cytotec®. Estas circunstâncias não são triviais e constituem - para além da Igreja e do aparato legislativo - um novo obstáculo quando se trata de aprofundar a noção de autodeterminação reprodutiva como parte da agenda dos direitos humanos universais.

Responsabilidade Social e Aborto

Aqui, encontram-se reflexões acerca de dois segmentos importantes envolvidos - governo e parlamento - feitas por profissionais, cujas atividades de trabalho e/ou políticas se dão nessas instâncias:

A médica Cláudia Zírpoli aporta dados epidemiológicos sobre o aborto na capital pernambucana e as iniciativas da Secretaria de Saúde do Recife no enfrentamento da questão. A experiência do Recife é importante uma vez que, desde a gestão anterior, seus/suas administradores/as vêm mantendo o compromisso de implantar uma política de saúde da mulher em consonância com os princípios do PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

O vereador Dilson Peixoto discorre sobre as dificuldades de se pautar questões específicas das mulheres dentro dos partidos políticos e, com isso, sensibilizar o parlamento em relação a questões como o aborto. Enfatiza a necessidade de o movimento de mulheres investir em ampliar o diálogo com outros segmentos da sociedade como um dos caminhos fundamentais para que temas relacionados à saúde e direitos reprodutivos passem a figurar na agenda dos partidos políticos e de seus representantes nos parlamentos.

Em 1995, dos casos de aborto em mulheres residentes no Recife admitidos pelo Sistema Único de Saúde na Rede Hospitalar do SUS do município, isto é, nas Maternidades Barros Lima e Bandeira Filho, 25.5% ocorreram em mulheres na faixa etária entre 10 e 19 anos. Para cada seis a sete nascidos vivos houve um aborto admitido.

Tabela 1 - Mulheres em Idade Fértil - Recife, 1996

Faixa etária	Nº	Percentual (%)
10-19	148.721	31,6
20-49	321.523	68,4
Total	470.244	100,0

Fonte: Secretaria de Saúde da Cidade do Recife (PCR), 1997

É possível observar na tabela abaixo, que para cada seis crianças nascidas vivas houve um aborto admitido. Na faixa etária de 10 a 19 anos foram 6.394 nascidos vivos contra 1.052 abortos, demonstrando exatamente o que acabo de afirmar. Na faixa etária de 20 anos e mais foram registrados, no período, 21.721 nascidos vivos para 3.073 abortos, o que sugere que o dado apresentado pela OMS é verdadeiro.

Tabela 2 - Distribuição de nascidos vivos e abortos em residentes no Recife, admitidos na rede hospitalar do SUS - Recife, 1995

Faixa etária (anos)	Nascidos vivos		Abortos		Nascidos vivos/ Abortos
	Nº	%	Nº	%	
10-19	6.394	22,7	1.052	25,5	6,1
≥ 20	21.721	77,3	3.073	74,5	7,1
Total	28.115	100,0	4.125	100,0	6,8

Fonte: Secretaria de Saúde da Cidade do Recife (PCR), 1997

Do total de 261 curetagens realizadas na Maternidade Barros Lima nos últimos três meses, ou seja: maio, junho e julho de 1997, 55 foram feitas em meninas de 10 a 19

O que cabe a nós?

Em primeiro lugar, proceder de acordo com a legislação sobre o assunto. Foi firmado um compromisso para se realizar o aborto previsto em lei nas maternidades municipais.

Em segundo, atender a mulher na sua integralidade, incluindo as seqüelas psicológicas e orgânicas relacionadas ao abortamento. Neste sentido, foi implantada uma rede de saúde hierarquizada para atender a saúde da mulher nos aspectos preventivos e curativos. Hoje, a rede municipal é composta por 18 núcleos do Programa de Saúde da Família, 44 unidades básicas, 11 unidades com especialidades, duas policlínicas e duas maternidades. Foi implantado o PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher: assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, sendo que o primeiro e o último são feitos em todas as unidades de saúde; prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama. Quando a atual gestão assumiu a Secretaria, poucas unidades de saúde faziam a prevenção de câncer cérvico-uterino. Hoje, algumas unidades já fazem também a prevenção do câncer de mama e têm implantado o planejamento familiar, apesar de entendermos que essa implantação não deva se resumir a apenas dar acesso aos métodos contraceptivos. No entendimento de nossa equipe, deve haver, de fato, uma mudança dos profissionais que fazem esses tipos de atendimento, principalmente os médicos.

A Secretaria Municipal também implementou o PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente, e vem adequando as duas maternidades municipalizadas para assistência ao pré-natal de baixo risco. Hoje, discutimos a possibilidade de incluir o pré-natal de alto risco nas mesmas maternidades, buscando a integração mãe/filho/comunidade. Quando recebemos as Maternidades Barros Lima e Bandeira Filho, a situação era caótica. Foi necessário investir em melhorias de infra-estrutura e, principalmente, na capacitação dos profissionais, com o objetivo de prestar uma assistência mais humana e de qualidade.

Agora, com recursos do Ministério da Saúde, através do REFORSUS, está prevista a construção da Maternidade do Ibura, no Distrito Sanitário 6, cuja taxa de mortali-

dade materna é mais alta. Há também uma proposta de transformar o Centro de Ginecologia Oncótica (CGO) em um ambulatório especial para mulheres. O trabalho desenvolvido pelo CGO, a prevenção do câncer cérvico-uterino, teve uma grande importância em um dado momento histórico, mas este é um tipo de atendimento que deve estar acessível em toda rede básica.

Uma das prioridades da Secretaria Municipal de Saúde é a ênfase às ações educativas. Com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Secretaria conta hoje com 1.006 agentes comunitários de saúde em 222 localidades do Recife, desenvolvendo ações educativas voltadas, sobretudo, para a saúde da mulher e da criança até cinco anos de idade. Estamos trabalhando em parceria com a Secretaria de Educação do Município para iniciar discussões, principalmente sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, sob a responsabilidade dos Distritos Sanitários.

Foram estabelecidas cooperações com a mídia, Poder Legislativo nos dois níveis (estadual e municipal), conselhos profissionais, partidos políticos, movimento de mulheres, e organizações não-governamentais para enfrentamento das dificuldades na abordagem de temas polêmicos como planejamento familiar por envolver sexualidade, religião, emoções, costumes, tradições, ressaltando-se a posição das Igrejas, com forte presença nas comunidades.

E o que consideramos como requisitos para a redução do problema?

Assegurar o direito da mulher à educação global para o exercício da cidadania, a descoberta do seu papel social e o conhecimento sobre sua sexualidade, visando a antecipação do problema. Entendemos que essa questão já começa a ser suscitada nas casas e, principalmente, com os adolescentes, para se tentar evitar que o problema ocorra.

Outras iniciativas importantes são: os investimentos contínuos no aprimoramento dos serviços de saúde, reforçando a capacitação dos recursos humanos, visando, especialmente, questões prioritárias como o atendimento e o tratamento, ressaltan-

do-se os aspectos psicológicos; a intensificação das parcerias com segmentos sociais de modo a superar os impasses gerados por posições radicais e, por fim, reconhecer e assumir a dívida que a sociedade e as instituições têm para com a mulher.

Finalizando, digo que Deus, quando fez o homem, experimentou, e quando fez a mulher, trabalhou a perfeição. Concluiu sua obra.

ta dimensão do que significa, na realidade, colocar em discussão as questões de gênero. E da mesma forma como exemplifiquei acima, as dificuldades em pautar os partidos políticos, as casas legislativas, os detentores de cargo do executivo também são grandes. Quando o Secretário Municipal de Saúde do Recife, Dr. Guilherme Robalinho, anunciou a decisão de realizar na rede pública municipalizada os abortos considerados legais, houve uma resistência muito grande da Arquidiocese de Olinda e Recife, que foi à imprensa repudiar tal decisão, enviando, inclusive, cartas aos políticos e às entidades da sociedade civil. Quando fizemos um pronunciamento na Câmara dos Vereadores, defendendo a postura do Secretário - é importante registrar que tratava-se de um grupo de parlamentares da oposição - vereadores da bancada governista nos rebateram, criticando o Executivo.

Voltando ao cenário que se coloca para o período 1997/98 e que incluiu, Papa, copa do mundo e eleição, avalio que essa é uma conjuntura extremamente complicada para se abordar um tema desta natureza, pois será um momento marcado pela histeria. Dificilmente, por exemplo, um candidato à presidência da República terá coragem de, passado um ano da visita do Papa, fazer alguma afirmação que contrarie o chefe da igreja católica.

Diante disso, eu considero de suma importância a discussão sobre a responsabilidade dos partidos políticos nesse campo. Em primeiro lugar, porque as questões de gênero, de uma forma ou de outra, vêm ocupando um certo espaço. Exemplo disso é a legislação aprovada em 1996, que garante um percentual de cotas nos partidos para a candidatura de mulheres, apesar de que boa parte das candidatas fosse tão conservadora quanto os homens. Por ocasião do lançamento da campanha "Mulheres Sem Medo do Poder" na Câmara dos Vereadores do Recife, havia cerca de dez candidatas, das quais a maioria extremamente conservadora, o que se revelava através dos seus discursos. Algumas estavam ali apenas por acreditar que era uma forma delas adquirirem força para competir com os homens dentro do seu partido; em outras não havia qualquer compromisso com o discurso feminista, com as questões de gênero. Ainda assim, eu creio que esse é um fator positivo, porque força para que, no mínimo, questões como essa, do aborto, apareçam. Se dentre vinte candidatas, pelo menos há uma que pauta o aborto, acaba por forçar a discussão,

isso tem se constituído numa estratégia forte para abrir espaço para uma discussão maior...

No caso da mídia, é importante frisar que a sua forte influência se dá, também, sobre os partidos e os políticos que, por outra parte, também necessitam da mídia constantemente. Neste sentido, é importante que, aqueles que têm uma opinião favorável sobre a questão do aborto, possam traduzir, no mínimo de espaço de que dispõem, esse outro enfoque que combina as estatísticas com a humanização do tema, colocando em cena o drama da mulher, das famílias.

Tenho certeza de que se enfocarmos a humanização, olhando também para aspectos relacionados à questão de classe social; se abandonarmos a questão moral em prol da questão ética, será possível construir alianças com mais políticos. Eu não diria partidos, porque cabe aos políticos influenciar internamente os seus partidos, de forma tal que essa questão avance para além do patamar em que se encontra hoje. Esse é o caminho para se politizar a questão: sair da discussão técnica - que reconheço ser extremamente importante, pois sem ela não se politiza o tema - mas encontrar no contexto dela os enfoques que possam vir a atrair outros segmentos e transformá-los em aliados.

Enfim, entendo que as propostas resumidamente aqui apresentadas podem contribuir para uma efetiva inserção dos políticos e de seus respectivos partidos na difusão da discussão sobre o aborto. Afinal, lembremos que os partidos políticos são instrumentos privilegiados na garantia dos regimes democráticos, na medida em que representam os interesses dos diversos setores/segmentos, na disputa pelo apoio popular e na mediação de conflitos. Portanto, os partidos têm um papel fundamental no encaminhamento das questões de ordem legal e na garantia, ou não, da universalização de direitos, cabendo, por exemplo, às feministas e seus aliados a tarefa de sensibilizá-los na luta pela descriminalização do aborto, entre outras.

O Aborto no Âmbito da Assistência à Saúde

Elcylene Leocádio parte da definição de saúde como um direito social para apresentar questões sobre a possibilidade de seu maior ou menor usufruto. A autora identifica as instituições planejadoras e gestoras, assim como os profissionais de saúde, como os mediadores deste direito, observando que esta noção é muito pouco disseminada. Trazendo como referência o Projeto de Humanização do Atendimento ao Aborto implantado pela Divisão da Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde de Pernambuco, e situações experimentadas na sua implantação, ela defende e justifica o dever e a necessidade do compromisso dos profissionais de saúde para o exercício deste direito.

O médico Eugênio Pitta relata a confluência entre sua trajetória profissional e a instalação do Serviço de Atendimento ao Aborto Legal no Hospital Agamenon Magalhães, em Recife. Toma esta experiência como ponto de partida para descrever a evolução tecnológica na obstetrícia, tanto no que se refere ao diagnóstico pré-natal e na importância que ele tem para a interrupção de uma gravidez, como nas tecnologias utilizadas para a interrupção em si. Observa também que paralela à esta evolução, principia uma mudança de comportamento da classe médica, no sentido de levar em consideração a opinião da paciente/ou casal, no processo de decisão

Atendimento Humanizado e a Cidadania das Mulheres

Elcylene Leocádio

Um dos autores citados na primeira página do texto "Os Direitos Reprodutivos: rumo a uma quarta geração de direitos"⁵ afirma que "direitos de cidadania são apenas aqueles direitos garantidos pelo Estado, e que se por um lado eles incluem deveres para a pessoa que os exerce, por outro impõem uma obrigação ao Estado. Os direitos civis e políticos são, assim, a expressão de direitos-liberdades que o cidadão possui frente ao Estado e que limitam a autoridade deste. Os direitos sociais, por sua vez, são a expressão do crédito que os indivíduos têm em relação ao Estado, como no caso dos serviços garantidos pelas políticas sociais". A saúde, enquanto política social, se situa no campo dos direitos sociais, entre as obrigações do Estado diante de homens e mulheres. A Constituição Brasileira é bastante clara ao dizer que a saúde é um direito de cidadãos/ãs e um dever do Estado, o usufruto desse direito sendo mediado pelas instituições planejadoras, gestoras e mais diretamente por profissionais de saúde. E aqui temos que colocar algumas questões para pensar a possibilidade de usufruir mais ou menos do direito à saúde.

Em primeiro lugar, até que ponto em todas as esferas de governo está disseminada a idéia da saúde como direito? E este conceito da saúde como um direito embasa ou não a definição das políticas de saúde e a sua implantação? O conceito é conhecido e norteia a prática de profissionais de saúde no cotidiano dos ambulatórios das maternidades, dos centros de saúde, do serviço de ponta (que é como costumamos chamar os serviços mais complexos, e que necessitam de tecnologia mais sofisticada)? Até onde é preciso seguir disseminando esta idéia, dentro desse circuito, para

⁵ALAIN CARRIER, xxxxx SOS Corpo. Recife-PE, 1997

A Divisão de Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco em muitas ocasiões foi chamada para apresentar propostas de trabalho, mostrar o que já vem desenvolvendo, discutir definições e prioridades. Numa determinada ocasião alguém perguntou: "Como? Um projeto de humanização de atendimento ao aborto? O que quer dizer isso? Que projeto é esse?" E nós explicamos todo o projeto: a capacitação de recursos humanos para a implantação da técnica de AMIU (Aspiração Manual Intra-Uterina) - que não é nova - que requer uma equipe multidisciplinar para funcionar; a necessidade de preparar a paciente para ser submetida à aspiração sem anestesia geral, porque com a anestesia local ela precisa estar mais relaxada para não sentir dor. Explicamos a importância dela participar daquele processo e de como isso vai dar a ela a dimensão e o significado do que é um aborto na prática, porque é diferente entrar numa sala de cirurgia, ser anestesiada, sair dela sem saber o que se passou, embora algo muito importante tenha se passado no nosso corpo. Com esta maneira diferente de atender uma mulher, é importante a possibilidade de escuta daquilo que a ciência muitas vezes não consegue prever. Então é preciso saber escutar essa mulher.

Em Pernambuco existe um estudo que faz uma análise do aborto espontâneo e do aborto induzido mostrando que entre as mulheres que induzem o aborto a frequência de uso de métodos anticoncepcionais é mais alta. Mas é também mais alta a forma inadequada de uso destes métodos. Estas mulheres, supostamente protegidas, acreditam nessa proteção e se expõem ao risco de uma gravidez indesejada. Nessa escuta você pode discutir a questão do planejamento familiar, da contracepção para evitar que ela novamente engravide sem querer, o que é fundamental para evitar um abortamento de repetição. Esse trabalho requer um compromisso profissional; temos que repensar a estrutura e a organização do serviço, que hoje está montada muito mais para garantir o bem-estar ou a comodidade das pessoas que estão ali fazendo o serviço acontecer do que para aquelas pessoas que estão chegando para serem atendidas.

Ao refletir sobre a pergunta acima, me dei conta de como era estranho falar para algumas pessoas em humanização do atendimento ao aborto. Parece esquisito para elas que os problemas que as mulheres enfrentam em decorrência da interrupção

da gravidez, um ato associado à transgressão e ao crime, pudesse merecer a atenção do Estado a ponto de se tornar o centro de um projeto de humanização. Tratar humanamente quem cometeu um ato desumano, pode parecer contraditório. Me vem à memória o depoimento de uma médica em uma das muitas oficinas de sensibilização que eu fiz: essa mulher afirmava a necessidade de se tratar mal a mulher que abortava, porque se ela fosse bem tratada iria achar tudo muito fácil e ia querer voltar. Ela poderia usar o aborto como método anticoncepcional. Eu, brincando, às vezes perguntava: se vamos ao dentista tirar um dente e ele nos trata bem, voltamos no outro dia para tirar outro dente? Essa lógica de que um bom atendimento gera mais atendimentos está completamente invertida. Do nosso ponto de vista um bom atendimento implica também na possibilidade de se aproveitar aquele instante para fazer dele um momento de troca, de repasse de saberes e promoção de conhecimento. Essa forma de trabalho é que vai, a longo e a médio prazo, permitir que se reduza o número de atendimentos, e talvez seja necessário investir muito mais nela.

Numa aula sobre ética, Giovanni Berenguer, respondendo ao aluno que lhe perguntara se era necessário curar até um tirano, disse: "Se um tirano por falta de cuidado morrer, ali pode surgir outro tirano". Ao dar essa resposta Berenguer situou o campo da ação dos profissionais de saúde fora dos limites da competência de promover julgamentos e de aplicar penas. Tratar mal uma mulher que aborta é um ato de tirania, significa a aplicação de uma pena a alguém a quem não é dado o direito ou as condições de defender-se. Fazer justiça com as próprias mãos não é justiça.

No Projeto de Diagnóstico das Causas e Condições da Morte Materna em Pernambuco, assim como na avaliação de práticas do serviço que precede a realização dos cursos que estamos fazendo para o tratamento das complicações obstétricas, temos identificado erros, negligências e maus-tratos tanto por parte da área de obstetrícia, de anestesia, de enfermagem, quanto de outras categorias profissionais que compõem o corpo de pessoal que atua no interior dos serviços de saúde. Esses maus-tratos podem significar a decisão do gestor, do gerente da unidade, de proibir a visita a uma mulher que pariu ou que abortou; pode significar um anestesista sair da sala deixando uma mulher anestesiada e, ao voltar encontrar esta mulher

cianosando e precisar fazer manobras bruscas para recuperá-la, porque ele foi negligente; pode significar uma mulher que está parindo e não tem o direito de gritar. Já ouvimos em um serviço algo muito assustador dito por uma ginecologista obstetra a uma paciente: "Se você tiver contração você grita ai, oi, ui porque eu vou estar do lado de fora da sala, mas vou saber medir o tempo de uma contração para outra, identificando pelo ai, oi, ui". Poderia ser engraçado se não fosse trágico. É uma agressão física que no momento das contrações a mulher tenha vontade de gritar, não só pela dor física mas quem sabe pela dor eminente da separação do filho, e ela tenha que gritar conforme os padrões definidos pela sua acompanhante, a pessoa que deveria estar ali para lhe ajudar.

O que se pretende com humanização não é tratar bem as mulheres que chegam ao serviço, porque é uma obrigação deste serviço tratar bem a todas as pessoas, sejam elas oriundas de qualquer classe social, raça, etc, não importando se uma pessoa cometeu um crime ou não. Nós entendemos que, ao chegar na emergência uma pessoa que levou um tiro, não devemos perguntar se ela estava do lado da lei ou contra ela, se era bandido ou mocinho; nossa obrigação é tratar e se for o caso, depois é que a delegacia, ou o juiz, ou o advogado vai cuidar do processo e este processo tem um tempo para provas, comprovações das culpas e responsabilidades e avaliação da pena adequada ao crime.

No caso do aborto, o tratamento humanizado nos parece que não é uma concessão nem uma gentileza de pessoas superiores capazes de compreender os erros de uma mulher, de aplacar sua dor, de ajudá-la a sair de um caminho desviado. Entendemos que a humanização repousa no reconhecimento do direito à saúde, no respeito à autodeterminação, à capacidade de cada mulher decidir sobre seu destino se baseando em suas próprias convicções políticas, morais e religiosas. E o papel de nossos profissionais de saúde é o de ficar ao seu lado, é o de colocar o saber a favor de e não contra a; não para julgar mas sim - numa relação de equilíbrio e de troca onde o saber científico seja utilizado de maneira adequada - para tratar bem aquela pessoa e resolver os seus problemas.

mentos a serem seguidos. Nos faltava o despertar da lei, que já existia no papel. Mas, apesar de formarmos um grupo jovem, enfrentamos essas situações. Muitas vezes decidimos organizar uma junta médica com a própria equipe do hospital, discutíamos, formalizávamos uma decisão e registrávamos no prontuário.

Nesta época era raro aparecer no Hospital Agamenon Magalhães casos de má formação fetal. Porém se sabe que, à medida em que os países melhoram a assistência médica - ou países, ou regiões, ou hospitais, ou clínicas -, os casos de malformação adquirem mais importância dentro do contexto da mortalidade e da morbidade neonatais. E quando esses casos começaram a ser mais frequentes no nosso serviço, éramos nós que tínhamos que decidir sobre a interrupção da gravidez.

Toda a experiência adquirida nesse período nos levou a participar da instalação do Programa do Abortamento Legal em Pernambuco. Coincidentemente, na mesma época da criação do programa, estávamos iniciando um trabalho fora do Hospital Agamenon Magalhães, numa clínica de diagnóstico e medicina fetal (acredito ser importante dar um depoimento de nossas vidas, já que ele pode refletir o porquê de estarmos assumindo uma atividade, e não outra). Foi um envolvimento natural. Nos últimos 20 anos a obstetrícia evoluiu muito em relação ao diagnóstico pré-natal, principalmente depois do advento do ultra-som, que dividiu a obstetrícia moderna em duas fases: a pré e a pós ultra-som. Com a ultra-sonografia passou-se a ter a possibilidade de oferecer um diagnóstico precoce, e surgiram muitas possibilidades de tratamento da gravidez, ou tratamento do feto - que foi transformado em paciente.

Passamos então a conviver com uma situação muito mais séria e delicada, que foi a dificuldade de nos situarmos entre o diagnóstico e a decisão do casal sobre a gestação. Ainda hoje se discute muito sobre isso em todo o país. Convivo com muitas pessoas que lidavam há mais tempo com o diagnóstico pré-natal e a medicina fetal, e que sedimentaram decisões, condutas, orientações, a instalação de práticas de aconselhamento multiprofissional da mulher em relação à gravidez, etc; mas ainda persiste a dificuldade em trabalhar com a interrupção da gravidez por decisão do casal. Sabemos que no Brasil inteiro já se pratica a interrupção eugênica, não so-

uma mulher nesse caso necessita de especial atenção, por um período não menor do que o de um ano.

Quanto ao diagnóstico de gravidez, ele atualmente é feito por métodos sofisticados como o radioimunoensaio, e pode ser obtido antes mesmo do atraso menstrual. - Na minha época de escola de medicina era o planoteste que dava este diagnóstico, e sempre era realizado com pelo menos uma semana de atraso menstrual. - Podemos fechar o diagnóstico só com o radioimunoensaio. Mas muitas vezes essa gravidez, diagnosticada inicialmente, pode não seguir o mesmo curso dado. O radioimunoensaio à princípio positivo, ou duvidoso, muitas vezes pode ser um sinal de uma gravidez que não evoluiu da sua fase inicial.

Chamo aqui a atenção para a avaliação clínica da mulher. É fundamental a identificação de DST e o seu tratamento prévio a qualquer procedimento, com o objetivo de reduzir o risco de seqüelas - tanto uterinas como tubárias - que poderiam advir com a disseminação de uma infecção genital após um abortamento. É o caso das obstruções tubárias, e posterior esterilidade. Nos defrontamos sempre com situações em que mulheres tiveram abortamento de repetição, com seqüelas, ou com cicatrizes uterinas ou tubárias. Isso não se deve só a uma má prática da curetagem, há também uma correlação muito grande desses casos com as infecções genitais intercorrentes, não tratadas e não vistas.

A avaliação clínica é também o momento de ter certeza do tipo sanguíneo. É quando vamos identificar as mulheres com RH negativo, que poderão ficar sensibilizadas com o abortamento, e isto passar a ser determinante de grandes dificuldades clínicas para um futuro desejo de gestação.

Tecnologias de abortamento nos procedimentos de interrupção da gravidez

Do ponto de vista cirúrgico, o mundo todo não apresenta muitas novidades. Cada vez mais se foge do processo clássico de dilatação e curetagem, que costuma ser usado apenas como recurso posterior, quando se parte sempre para procedimentos clínicos. Já o misoprostol, teve e tem uma importância enorme. Há muito tempo

recentemente tem sido usado para o tratamento da gravidez ectópica, possibilitando um tratamento clínico de gravidez nas trompas, descartando a cirurgia, mantendo inclusive a integridade da trompa e a viabilidade de gestações posteriores. Vários trabalhos têm sido publicados a esse respeito, inclusive um realizado em Recife, pelo Professor Etevaldo Leite, da UPE - Universidade de Pernambuco. Já existem experiências de sucesso em tratamentos de gravidez tubária, com o methotrexate, com até 10 semanas de gestação. Diferentes técnicas vêm sendo utilizadas: o uso intramuscular apenas da droga, ou a injeção no saco gestacional, orientada pelo ultra-som por via vaginal. Se ele é tão eficaz no trofoblasto que está crescendo fora do útero, ele também é eficaz no trofoblasto que está crescendo dentro do útero, ou crescendo à distancia, no pulmão, ou no fígado.

Nós não vamos falar aqui sobre o RU 486 porque é uma experiência muito restrita à França, mas é uma das drogas mais potentes e que mais fortemente inibe o hormônio da gravidez - a progesterona. Quanto aos procedimentos cirúrgicos clássicos, a aspiração a vácuo - que foi um passo seguinte à curetagem - ainda hoje é usada na doença trofoblástica. As curetas estão modificadas: hoje utiliza-se uma cânola com uma extremidade curva, e um tubo conectando-a a um aspirador potente. Os diâmetros das cânolas são de tamanhos variáveis e o procedimento requer anestesia geral, ou de bloqueio espinal, para a manipulação uterina.

A AMIU - Aspiração Manual Intra-Uterina - dá oportunidade para interrupções precoces, podendo ser dispensada a anestesia geral. Utilizamos apenas a anestesia local, desde que a paciente esteja preparada e orientada a respeito do procedimento. Este método possibilita também que a mulher deixe o hospital em pouco tempo. E dentro do protocolo a ser seguido, existe um procedimento que vai ser sempre atual, que é utilizar este momento do abortamento para iniciar o planejamento familiar da paciente. A nossa proposta é que logo após o abortamento, ou mesmo no dia seguinte, já se debata a respeito e se inicie com a mulher o planejamento familiar.

não concordavam com este modelo de assistência médica. Uma nova equipe já foi realocada.

Hoje (agosto de 1997), o atual prefeito, Celso Pitta, tem uma dívida municipal imensa que precisa ser resolvida com os empreiteiros e fornecedores e precisa ainda repassar algum dinheiro para as cooperativas que o ex-prefeito Paulo Maluf criou. E se não bastasse, o salário dos funcionários do PAS está atrasando em média vinte dias. Celso Pitta tem, ainda, outros compromissos para cumprir, prometidos em campanha.

Depois desta preliminar passo aos atendimentos feitos no Hospital Jabaquara – SP, em casos de abortos previstos por lei. Lembrando que os dois casos previstos fazem parte do artigo 128 do Código Penal Brasileiro: uma gestação só pode ser interrompida legalmente se não há outro meio de salvar a vida da gestante, ou se a gravidez resulta de estupro. Atendemos também os casos de má-formação fetal, e nestes casos (somente neles), com autorização judicial.

Nos casos de risco de vida materna, as providências para o atendimento já são mais conhecidas pelos ginecologistas, principalmente os que já trabalham com gestações de alto risco. A rotina deste atendimento exige um parecer assinado por dois ou mais profissionais da instituição. Se a paciente for cardiopata, é solicitado o parecer de um cardiologista; se ela for diabética, nefropata, é convocado sempre um profissional especializado - que não é o obstetra - para emitir um parecer esclarecendo que o abortamento é o único meio de não colocar em risco a vida daquela mulher, e que a evolução da gravidez produzirá danos irreparáveis ao organismo da gestante.

Convém ainda notificar o caso junto à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina. Obter uma autorização da paciente ou de seu representante legal é sempre interessante, embora o nosso Código Penal não afirme que a paciente que está em risco de vida tenha que assinar alguma autorização, até porque às vezes ela está dentro da UTI, inconsciente e sem condições de assinar coisa alguma. Mas é interessante que o seu representante, ou ela mesma - se estiver consciente -, saiba(m) que a gestação será interrompida, para que os profissionais ou o

uma injeção. O método que temos divulgado para a contracepção de emergência é chamado método Yuzpe, que significa tomar comprimidos de uma pílula anticoncepcional forte - como anfertil ou evanor - dois de manhã e dois à noite. Quatro comprimidos são suficientes e devem ser tomados até setenta e duas horas após o ato sexual.

De uma maneira geral, as vítimas de estupro estão desorganizadas psicologicamente, por isso o atendimento psicológico é sempre importante. Também é neste atendimento que se faz a orientação quanto ao risco de gravidez. Sempre esclarecendo à paciente - se ela perdeu a chance de fazer a contracepção de emergência, porque chegou ao hospital um pouco mais tarde - sobre os riscos que ela corre. Orientamos então para que ela recorra rapidamente ao hospital se houver atraso da menstruação, e para a possibilidade de interromper a gestação no nosso serviço.

Fazemos então uma profilaxia de DST/AIDS. Neste caso, ela recebe um tratamento com antibióticos. Usamos a vibramicina, um comprimido de doze em doze horas durante 7 dias como preventivo de gonorréia e de vaginose; e para a AIDS é feito um exame após três ou seis meses da ocorrência da violência sexual.

A equipe do hospital é multiprofissional, composta de dois médicos, duas assistentes sociais, duas psicólogas, uma enfermeira, e está sempre presente nas discussões ou reuniões um membro da diretoria do hospital. O fluxo do atendimento no hospital é o seguinte: a assistente social faz o primeiro contato com a paciente; na entrevista faz o levantamento das informações gerais, e analisa todos os documentos que a paciente traz consigo. É muito importante quando a paciente já tem um exame médico, pois não a mandamos mais para o IML. Se ela tem uma receita porque passou no posto de saúde, ou porque ela foi atendida em um hospital do interior logo depois, e o médico a examinou, isso para nós é um documento mais do que suficiente para ela ser internada e fazer a interrupção da gestação - quando aprovada pela equipe multiprofissional.

A assistente social faz um histórico minucioso do ocorrido, para evitar que o médico ou outros profissionais por quem a paciente vá passar fiquem perguntando nova-

arquivado no prontuário dela. Não esperamos mais esse documento chegar ao hospital para proceder a interrupção. Precisamos da autorização da mulher ou - se ela for menor ou deficiente mental - do seu responsável legal. Estamos ainda trabalhando com gestações de até doze semanas. Alguns serviços já fazem a interrupção com mais de doze semanas.

O procedimento médico feito no Hospital Jabaquara, em relação à interrupção da gestação, pode ser através da prostaglandina. A nossa experiência com o RU 486 foi muito restrita, pois o Ministério da Saúde não permite a sua entrada no país por ele ser um método abortivo. Mas presenciei uma experiência com quatro pacientes, e constatamos que ele realmente funciona, e funciona muito bem. Acredito que é o único método que nós não utilizamos no Brasil. Temos uma experiência boa com o misoprostol e através da prática cirúrgica com dilatação e curetagem, e com dilatação e AMIU (Aspiração Manual Intra-Uterina) que é a sucção a vácuo - tanto elétrica quanto manual - da cavidade uterina.

A aspiração a vácuo tem sido preferida pelas vantagens que apresenta sobre a curetagem clássica. Quais são essas vantagens? A primeira é que se trata de uma técnica muito mais segura, que gera menos complicações do que a curetagem. É preciso esclarecer que a gravidez, quando vai ser interrompida, normalmente é uma gravidez íntegra. Isto é diferente de uma paciente que chega ao hospital com um abortamento incompleto, pois neste caso o colo do útero está aberto e ela já perdeu parte de sua gravidez. Colocado isso, na gravidez por estupro o colo do útero está absolutamente fechado e é preciso dilatar esse colo. O processo de dilatação desse colo para fazer a curetagem é maior do que o processo de dilatação para fazer a aspiração. Isso compromete menos o futuro obstétrico desta paciente, porque não se lesam as fibras do colo do útero, o que poderia provocar seqüelas futuras. Não existe nenhum caso descrito de perfuração uterina com a aspiração manual a vácuo, ao passo que por curetagem é muito fácil ela acontecer. O tempo de sangramento das pacientes que fazem curetagem também é maior do que o das pacientes que fazem aspiração, tanto durante a cirurgia como depois, no pós operatório. Na aspiração o custo operacional é reduzido porque os procedimentos são ambulatoriais e a

em freezer podem ficar guardados por tempo indeterminado. Mandamos também para fazer exame anátomopatológico para ver se não tem mola hidatiforme⁸.

O que nós fazemos depois de todos estes procedimentos? Avaliamos as condições clínicas da paciente, administramos analgésico, e oferecemos uma dieta adequada a ela. Todas as que têm vida sexual ativa são orientadas para a anticoncepção, e já saem do hospital com um método escolhido – quando isso é possível. É muito importante ressaltar que temos feito o seguimento pós aborto e a anticoncepção pós aborto dessas pacientes. Aplicamos a vacina anti-RH quando ela for RH negativa. Damos alta após duas horas, de acordo com as condições clínicas. O agendamento dos retornos também é importante para não se perder o contato com a paciente.

O que é que nós oferecemos além do aborto legal? A contracepção de emergência e o planejamento familiar, que também estendemos aos casos de abortamento incompleto que chegam ao hospital. Isto porque o grande volume de atendimentos do Hospital Jabaquara não é o de abortos legais, mas o de abortamentos provocados e incompletos, e que necessitam do acompanhamento psicológico.

Oferecemos também um programa específico para adoção, que funciona para os casos de mulheres com gestações avançadas. Nos casos acima de 12 semanas, quando não há mais possibilidade de interromper a gestação, é feito o pré-natal, e se a mulher não quiser este filho, ela entra no programa específico para a adoção. Temos contato permanente com alguns juizes que resolvem problemas de adoção e já existem casais inscritos para este fim. Fica mais fácil para a paciente ter o bebê e não ficar com ele. Não estou questionando se isso é válido ou não.

Apresentando algumas características sócio-demográficas das pacientes atendidas nesse programa até dezembro de 1996 (ver Quadro 1). Dentro da faixa etária até 14 anos, tivemos 14 pacientes atendidas. De 15 a 19 anos, 33 pacientes, de 20 a 35

⁸Massa ou tumor carnoso que se forma no útero. A massa é formada por uma degeneração do córion (membrana que envolve o feto).

anos 44 pacientes, e vejam que acima de 35 anos só 9 pacientes. Se contabilizarmos as pacientes que têm de 14 a 19 anos, o período da adolescência, nós teremos 47 casos, ou seja, metade dos atendimentos.

A grande maioria das pacientes era branca e também solteira, com baixa escolaridade: 74% com escolaridade bastante baixa e com uma renda familiar muito precária. Até 5 salários mínimo - R\$ 500,00 - para 92 casos, ou seja, estamos atendendo a uma população pobre. Não é gente rica que vai para o Hospital Jabaquara não, é pobre mesmo.

Sobre as características dos estupros (ver Quadro 2): 22% acontecem dentro da própria residência da vítima; 27% dos agressores eram seus conhecidos: parente, padrasto, tio, primo, namorado; 73% eram desconhecidos.

Com relação a idade gestacional com que as pacientes chegaram ao hospital (ver Quadro 3), 9% das pacientes chegaram ao hospital com até seis semanas de gestação. Isto é um fato preocupante porque significa que elas têm dificuldade em denunciar o ocorrido, descobrir que estão grávidas, procurar um serviço de saúde. A maioria das pacientes chegaram ao hospital com gestações de sete a nove semanas, e de dez até doze semanas foram 35 pacientes. Um grande número de pacientes não se submeteram ao abortamento porque as gestações passavam das doze semanas.

Métodos utilizados para fazer o aborto (ver Quadro 3): 8 casos foram através de dilatação e curetagem; 24 casos foram induzidos com misoprostol; em 59 casos utilizamos aspirações com AMIU; 6 casos com aspiração elétrica; em 3 dos casos de aspiração a vácuo tivemos que complementar com curetagem uterina. Esses são os nossos resultados.

Eu acredito que este serviço, a partir do momento da sua implantação, e através de seus critérios, motivou a criação de uma nova mentalidade com relação ao estupro e à gravidez decorrente de estupro. Antes, essa questão era bastante discutida e não existia uma maneira correta de atender, não sabíamos os critérios que tínhamos que adotar para esses casos. O Hospital Jabaquara também trouxe tecnologia a

partir do momento que nós começamos a atender o aborto legal. Pesquisamos novas técnicas, introduzimos o processo de aspiração manual uterina no Brasil, agora ele está se espalhando por todo o país.

Este avanço foi muito importante porque hoje o Brasil todo sabe que uma paciente vítima de estupro tem que ter um boletim de ocorrência, pode ser atendida numa rede de saúde pública, tem que ter uma gravidez de até doze semanas para fazer o aborto legal,... todo mundo sabe porque sai nas revistas, nos jornais, é divulgado em encontros, um fala, outro fala. A lei ficou parada por 50 anos, mas em compensação em 8 anos muito foi conquistado, e isso tem que ser dito e tem que ser aplaudido: toda esta divulgação tem sido acelerada por alguns movimentos de mulheres, porque se fôssemos depender exclusivamente da classe médica ficaríamos estacionados por, pelo menos, mais 50 anos.

Quadro 2: Pacientes vítimas de estupro, segundo algumas circunstâncias da ocorrência. Programa Aborto Legal, Hospital do Jabaquara - Setembro/89 a dezembro/96

Circunstâncias da Ocorrência	Número de casos (em 100 ocorrências)
Local	
rua	78
residência	22
Agressor	
conhecido	27
desconhecido	73

Fonte: Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, 1997.

Quadro 3: Pacientes vítimas de estupro, segundo algumas características relacionadas ao atendimento médico. Programa do Aborto Legal, Hospital do Jabaquara. Setembro/89 a dezembro/96.

Características relacionadas	Número de casos ao atendimento (em 100 ocorrências)
Idade gestacional (em semanas)	
até 6	09
de 7 a 9	56
de 10 a 12	35
Método utilizado	
dilatação e curetagem uterina	08
indução com misoprostol	24
aspiração manual intra-uterina (AMIU)	59
aspiração elétrica	06
combinado	03

fonte: Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, 1997.

As/Os Autoras/es

Dilson Peixoto

Vereador no Recife pelo Partido dos Trabalhadores. É membro da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Municipal da Cidade do Recife.

Elcylene Leocádio.

Médica sanitaria. É coordenadora do Programa de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente do Ministério da Saúde.

Eleonora Menicucci

Socióloga. É professora da Escola Paulista de Medicina.

Eugênio Pita Tavares

Médico. Chefe da Clínica Obstétrica do Hospital Agamenon Magalhães, no Recife.

Francisco José Galvão Bruno

Juiz de Direito e professor de Direito Penal.

Humberto Costa

Médico e jornalista. É Deputado Federal pelo Partido dos Trabalhadores/PE.

Isabel Baltar da Rocha

Socióloga. É professora da Universidade de Campinas e integrante da equipe do NEPO/UNICAMP (Núcleo de Estudos em População).

É importante lembrar que o governo brasileiro, ao assinar a Plataforma de Ação da Conferência de População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, se comprometeu com a população brasileira e perante a comunidade internacional a assegurar às mulheres o atendimento adequado nos casos de aborto previstos por lei. Passados quatro anos, entidades ligadas aos direitos humanos, movimento de mulheres e organizações do sistema ONU se preparam para realizar o evento CAIRO + 5, previsto para 1999. O objetivo desse evento é fazer um balanço da implementação da Plataforma de Ação do Cairo nos diversos países que assinaram esse acordo. Nesta perspectiva, o livro apresenta diversos subsídios para embasar quaisquer análises que se preocupem em identificar condições favoráveis, problemas e soluções viáveis à implementação das determinações da Plataforma.

O propósito deste livro é, enfim, compartilhar com o público leitor o acesso a fatos, idéias e reflexões, apostando na esperança de que estes se constituam em novos aportes para qualificar o debate sobre o aborto no país, construir uma nova mentalidade sobre o tema, pautada pelo reconhecimento do aborto como parte dos direitos reprodutivos e, por fim, contribuir para a tomada de medidas concretas para transformar a realidade do aborto no Brasil. Entendemos que iniciativas como o seminário e esta publicação integram um conjunto de ações do movimento feminista em diversas partes do mundo que visam o reconhecimento das mulheres enquanto cidadãs, cujos direitos devem ser respeitados por toda a sociedade. E ainda, como parte desse reconhecimento, garantir os mecanismos sociais adequados para que estas vivenciem seus direitos reprodutivos e sexuais de forma saudável e prazerosa, livre de quaisquer constrangimentos - pois assim o exige uma sociedade democrática que tem nos seres humanos o seu bem maior.

Ao publicar este livro, nos unimos a outras organizações de mulheres nas celebrações dos 50 Anos da Declaração dos Direitos Humanos, reafirmando nosso compromisso com a defesa dos direitos humanos das mulheres.

Márcia Larangeira Jácome

cesso - seja de gravidez ou de realização de aborto - a ser vivenciado solitariamente pela mulher. No momento em que o homem não aceita e a mulher decide prosseguir com aquela gravidez, cessa ali, teoricamente ou pelo menos afetivamente, o envolvimento deste homem: "Bom, é você que está decidindo, é um problema seu, então assuma você." Eu, no máximo, posso - mediante ação legal - garantir o sustento, ou então, até depois me envolver afetivamente. Pode também acontecer em alguns casos, nos quais ocorre um afastamento do casal durante a gravidez, que posteriormente, o nascimento da criança favoreça um envolvimento afetivo e que este, por sua vez, propicie uma mudança de postura do homem.

No outro caso - quando é o homem que não aceita o aborto - sua postura também é bastante semelhante, ou seja, se ele chega ao termo de recorrer à justiça para impedir o aborto, submete a mulher a um constrangimento ainda maior, ao expô-la publicamente, obrigando-a a levar durante os nove meses aquela gravidez para ela indesejada. E se esta mulher insiste em conduzir o processo até a realização do aborto, a postura do homem é do mais absoluto afastamento, de desconhecimento daquela realidade, quando não de hostilidade. Esta talvez seja a situação mais complicada, pois quando se trata de uma gravidez que é levada até o final por uma decisão da mulher, existe não só o feto que se produz durante aquele período, como também o resultado final que é algo bastante compensador do ponto de vista afetivo - ter um filho. Então, esta situação, por mais abandono que represente, certamente não é igual àquela outra, também de abandono, em que a decisão é por não levar a gestação até o final. E aí, por certo, entram em cena vários conflitos, receios, ansiedades e medos que a solidão multiplica bastante.

Exemplo disso é o conflito ético moral. Ora, muitos de nós, por convicção, produzimos nossas idéias, nossas próprias concepções, enfim, uma mudança de visão em relação ao que a sociedade prega. Porém, numa sociedade como a nossa, marcadamente católica, onde as pessoas desde a mais tenra idade vêem impostos conceitos e concepções preestabelecidos, é nos momentos de maior fragilidade emocional e afetiva que estes preconceitos naturalmente afloram. Então, imaginar que alguém vai se submeter a um aborto sem viver algum tipo de sentimento de culpa é algo que creio impensável. De maneira que o conflito moral, as dúvidas

Estes mesmos princípios éticos são aplicados no que se refere ao aborto: clínicas privadas, com bom serviço, bom nível de conforto e tecnologia, para as mulheres que podem pagar por uma interrupção da gravidez. E o risco de morte, ou de enfermidade, para as mulheres das classes populares que fazem aborto em clínicas que já sabemos como funcionam.

Enquanto existem centenas de médicos que se enriquecem com a ilegalidade do aborto, até há algum tempo atrás não existiam hospitais aos quais as mulheres pudessem recorrer para realizar um aborto previsto por lei. Precisamos admitir que o aborto está presente de forma cruel e dolorosa na nossa sociedade, e que a grande maioria das mulheres continua vivendo esta experiência com ou sem a adequada proteção legal. Está provado que de nada adianta continuar ignorando o fato de que milhares de mulheres praticam o aborto. Se a sociedade, sobretudo o serviço de saúde, conseguisse analisar com mais cuidado e entender esse fato, teria que admitir que é muito o que a rede pública poderá fazer para facilitar o acesso e o atendimento adequado, humanizado e de boa qualidade.

A falta de apoio à mulher com direito legal de fazer um aborto é, sobretudo, um problema de ausência de decisão política por parte do Estado, que tem o dever de garantir uma ordem e legislar permanentemente para que a vida de seus cidadãos/ãs, no caso as mulheres, seja respeitada. A quem responsabilizar pela morte de uma mulher que, ao exercer a sua sexualidade, ou ao ser vítima de violência sexual, engravida, e morre em função de um aborto provocado? Que normas e condutas cria essa mesma sociedade que - ao confundir muitas vezes religião com ética - impõe comportamentos, crenças e posições pessoais, a pessoas excluídas e sem poder concreto para tomar decisões a respeito de suas vidas? A ética em relação ao aborto é classista, sexista, racista e conseqüentemente excludente de segmentos marginalizados e oprimidos, nos quais se encontram a maioria das mulheres brasileiras.

Os problemas de conduta médica - por exemplo, a falta de atendimento às mulheres nos casos de aborto previsto por lei; o abuso atual da retirada de úteros, ovários e seios, executada em nome da ciência e da prevenção de doenças; etc - nunca são

de políticas públicas para as mulheres e também no exercício do cumprimento de leis que podem avançar a cidadania e os direitos reprodutivos.

A criação deste serviço contribuiu para avançar a discussão sobre o aborto no Brasil, não só no terreno jurídico, como também no legislativo e na área da saúde, sobretudo no que se refere aos direitos reprodutivos e cidadania das mulheres em consonância com o Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento. Colocar em prática, através de um processo público, um artigo tão polêmico do Código Penal Brasileiro, significou abrir um espaço para que, além do aborto legal, outros tipos de abortos fossem discutidos e para que outras questões referentes à saúde da mulher - como a violência sexual e doméstica, a saúde mental - fossem também colocadas na pauta dos profissionais de saúde.

A principal contribuição que esse serviço trouxe para os profissionais da área jurídica foi a discussão sobre a legalidade do artigo 128 do Código Penal Brasileiro e conseqüentemente a sua aplicabilidade. A grande discussão era: É possível aplicar esse artigo na prática? Ele é realmente uma garantia para os profissionais de saúde? E para os administradores da instituição?

O avanço na interpretação deste artigo foi também um dos principais problemas que tivemos que enfrentar. Ainda hoje existem diferentes interpretações por parte dos juristas. O melhor exemplo foi o da Secretaria de Negócios Jurídicos da Prefeitura de São Paulo, que compreendia, na época, que a existência desse artigo não era suficiente para que se criasse o serviço, sem expor a administração e os profissionais de saúde a punições. Através de um parecer radicalmente contrário, tentou impedir, de forma categórica, que a Secretaria Municipal de Saúde levasse a sua proposta adiante. Outras opiniões ameaçadoras vinham de escritórios de advocacia, com esta mesma interpretação da lei. Eu pergunto: em que medida essa questão avançou para a maioria dos juristas?

Outra questão que precisa ser aprofundada é a que se refere à regulamentação dos permissivos do código Penal. Existe uma tendência a acreditar na necessidade de primeiro criar leis municipais sobre o aborto legal para depois investir na criação de

No contexto da Constituinte, aparece, de modo transparente, as sérias divergências em relação a esta matéria, concernentes à defesa da vida desde o momento da concepção ou, diferentemente, à defesa do direito de decisão da mulher sobre este assunto. A primeira posição, influenciada pela Igreja Católica e pelas religiões de denominação evangélicas, enquanto que, a segunda posição, influenciada pelo movimento feminista.

O debate, intensificado nos anos 80 - sobretudo em torno deste eixo ético e entre estes atores políticos e sociais -, vai ter ainda maior ênfase nestes oito anos da década de 90. Conforme pode ser observado no Quadro II, os parlamentares apresentaram vinte projetos de lei, 40% do total das proposições analisadas, além de apresentarem uma proposta de emenda à Constituição - a PEC 25/95. Saliente-se, também, que dentre os projetos de lei, a grande maioria é, de alguma maneira, favorável à permissão do aborto, havendo deste modo uma virada na discussão.

Em relação a este período, é importante destacar três proposições: a primeira, é a única que até agora foi aprovada nos anos 90, embora não se encontre no centro do debate; a segunda, é a já referida proposta de emenda constitucional, que provocou muita controvérsia, mas que acabou sendo rejeitada; e, por fim, a terceira, é o projeto de lei que mais avançou na tramitação, gerando grande polêmica, e que ainda se encontra no Congresso.

A única proposta aprovada - Lei 8921/94 - é na área trabalhista e alterou o inciso II do artigo 131 da Consolidação das Leis do Trabalho: garante o abono para as faltas que acontecem em decorrência do abortamento, independentemente das circunstâncias em que este ocorra. Na realidade, o projeto possibilita o referido abono de faltas, mesmo quando o abortamento for ilegal, diferentemente da legislação anterior que somente o concedia no caso do aborto "não criminoso". Os parlamentares que apresentaram este projeto - de perfil político progressista e sensíveis aos direitos das mulheres - utilizaram uma estratégia política de atuar no espaço da legislação trabalhista, área na qual não se tem manifestado o confronto sobre a questão do aborto.

A segunda proposição citada é a PEC 25/95, que procurava acrescentar ao cabeçalho do artigo 5º da Constituição Brasileira o preceito da inviolabilidade do direito à

dição está na base da argumentação de Norberto Bobbio que considera a separação entre público e privado como sendo mais ideológica, do que uma expressão das práticas políticas e legais reais.

O cenário descrito na seção anterior indica que este contrato social continua conosco. Portanto, a proposição de que a interrupção da gravidez indesejada seja incorporada aos marcos dos direitos de cidadania tem vários significados. É um claro sinal de que, na era contemporânea, o princípio de cidadania está desafiado a incorporar as demandas e aspirações das subjetividades resgatando, num novo patamar, o sentido da modernidade, que é a da construção de sujeitos políticos.

Reivindicar a legalização do aborto é uma forma de dizer que os portadores de direitos devem ser considerados na sua especificidade, ou seja, para além da neutralidade formal da cidadania. E que as dimensões subjetivas são também referência para a construção de novos direitos. Tão ou mais importante é a ruptura que esta proposição aciona em termos da dissociação entre público e privado e da naturalização da reprodução, a qual alimenta, renitentemente, esta dissociação.

Firmar o direito ao aborto representa, sempre, um enfrentamento aberto com relação à dogmatização da teoria dos direitos e procedimentos da justiça: um exercício urgente no sentido de "descolonizar" um dos pilares da emancipação da era moderna, que foi a teoria e sociologia do direito (Boaventura dos Santos, 1996). Num plano mais propriamente ético, a transposição do aborto da esfera do crime para a esfera do direito, significa deslocar as premissas que condenam ou justificam o aborto da primazia de sacralidade da vida, para uma nova formulação que privilegia a perspectiva de qualidade de vida.

Aprofundar estas reflexões é o único caminho possível para superar o uso da noção de lei como exercício de força autorizada e, sobretudo, para aproximar as premissas que informam o debate nacional da perspectiva universalista anunciada pelas novas formulações internacionais, ou seja, por uma nova configuração de direitos e cidadania que não estaria estritamente referenciada na soberania popular de base territorial. Isto implica em reconhecer que uma das tarefas que temos diante

O Papel do Estado

Josefina Cláudia Zírpoli

Dados gerais

Optar por um abortamento representa, para a mulher, um momento de intenso e doloroso conflito, em que o desejado e o indesejado confrontam-se, marcando de maneira profunda seu corpo, seu afeto e sua sexualidade. É um momento de decisão vivido só por ela, um momento de intensa solidão. Dúvida e angústia, medo e solidão são os requisitos para a chegada da tristeza, o desativamento da depressão e da culpa. O mundo lhe é hostil. Mesmo quem a acolhe e apoia é impotente para defendê-la. O castigo é a ambivalência: quer o filho e, ao mesmo tempo, quer livrar-se dele.

“Mesmo nos locais onde o aborto é uma opção legal e segura, a mulher se depara com a escolha, quase sempre angustiante, entre continuar grávida ou não.”⁴ No Brasil o aborto nem é legal, nem seguro; está no Código Penal, no “Capítulo dos Crimes contra a Vida”, exceto nos casos de aborto necessário (aqueles para salvar a vida das gestantes) ou de aborto sentimental humanitário (nos casos de estupro).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, já em 1985, os abortamentos foram a principal causa de mortalidade materna, provavelmente por ser um procedimento ilegal e praticado, entre nós, na clandestinidade, em condições impróprias. Em 1991, a OMS estimava que o número de abortos - de três a cinco milhões - superasse o número de nascimentos, dois a três milhões. Desse número, um milhão seria em meninas de 10 a 19 anos. Além disso, estima-se que ocorrem no Brasil aproximadamente 10% do total mundial de interrupção deliberada da gravidez.

⁴PANOS. “A Tripla Ameaça”. e ABIA, Rio de Janeiro, 1993

O Papel dos Partidos Políticos

Dilson Peixoto

Abro esta explanação com uma consideração preliminar acerca dos partidos políticos brasileiros, que considero importante fazer para se refletir sobre a atuação partidária, no que diz respeito à defesa dos direitos reprodutivos, especialmente no que toca ao aborto.

De maneira geral, os partidos políticos são marcados pelo conservadorismo - o que se acentua ainda mais naqueles partidos majoritários que, por sua vez, são os que traçam as grandes diretrizes em um país como o Brasil. Essa característica prejudica qualquer tentativa de se pautar temas como o aborto no campo do debate democrático. Entretanto, é preciso reconhecer, que tais dificuldades devem ser enfrentadas também naqueles outros partidos, onde temáticas dessa natureza deveriam ser entendidas, não apenas por alguns poucos ativistas, mas pelo conjunto da militância.

Eu cito aqui um exemplo, recente, ocorrido quando do lançamento da campanha do parto humanizado, do Grupo Curumim, em meados de 1997 - fato que ocorreu na mesma época em que era realizada a greve dos policiais militares que, para alguns militantes de esquerda, representou um período de ebulição, de estágio pré-revolucionário. A abertura da campanha foi programada para o mesmo horário de uma das imensas, inúmeras, infinitas passeatas. No momento em que eu chegava ao Teatro do Parque, local do evento, encontrei um grupo de companheiros petistas que perguntaram: "Como é companheiro, vamos para a passeata?" E eu respondi que não, pois estava indo para o lançamento da campanha do parto humanizado. Eles ficaram estupefatos, olhando para mim, como quem acredita que eu havia me vendido de vez à direita!! Eu cheguei a pensar em me explicar, porém vi que não fazia sentido. Com este episódio eu quero chamar a atenção sobre qual a repercussão desses assuntos junto a pessoas que têm se pautado por um discurso de esquerda, que se crêem transformadoras, revolucionárias, mas que não conseguem ter a exa-

sobre a continuidade ou não de uma gravidez – nos casos de risco materno ou fetal de sobrevivência.

Jorge Andalaft resgata o processo de implantação do primeiro Serviço de Atendimento ao Aborto Legal criado no Brasil: o do Hospital do Jabaquara, em São Paulo, e de como a criação do PAS - Plano de Atendimento à Saúde - está interferindo neste serviço. Detalha os procedimentos seguidos no atendimento às pacientes e finaliza oferecendo dados sobre este serviço, bem como as características sócio-demográficas das pacientes atendidas até o ano de 1996.

ela chegar em todos os cantos de um país tão grande como é o Brasil? Acredito que essa noção de direito é pouco disseminada, pouco compreendida e pouco discutida em determinadas situações como aquelas em que tratamos de questões ligadas ao aborto, quando nem sequer a noção da necessidade é aceita.

Pode-se observar historicamente que no planejamento em saúde predomina o planejamento normativo, que se baseia nos recursos disponíveis para definir as ações que podem ser executadas. A necessidade é um critério importante porque define prioridades, influencia escolhas, ajuda a ver o que é possível oferecer diante de um problema, seja ele grande ou pequeno. Muitas vezes temos que pensar, enquanto gestores, que a definição de uma prioridade não pode ser feita apenas a partir da magnitude do problema, mas também da sua importância, e da necessidade de garantir um direito adquirido.

Eu me lembro que num dado momento de discussão da implantação do serviço do aborto legal alguém me perguntou: "você acha que a implantação do serviço de aborto legal vai impactar na mortalidade materna?". Eu não quis entrar nessa discussão porque acredito que para a implantação do aborto legal, embora contribuindo indiretamente para este impacto, a questão não era essa. Era fundamentalmente a questão de garantir o direito da escolha diante da possibilidade de ter ou não ter uma gravidez indesejada, ou de optar pelo risco de morrer para ter um filho. Isso é uma decisão pessoal. E dentro desta compreensão se apenas uma mulher deixar de morrer, porque ela pôde fazer um aborto em boas condições, esse serviço teve impacto sim.

A falta do entendimento da saúde como direito se manifesta na intransigência de determinados profissionais que se recusam a cumprir a lei e a tratar de maneira adequada a clientela dos serviços. Até mesmo a discriminação de pessoas que ousam discordar do padrão vigente dentro da categoria profissional - a médica em particular. Quando ouvimos um profissional dizer: "no meu serviço..." podemos entender que em "seu serviço" o direito não existe, porque o serviço é dele, não é das pessoas, não é do mundo, não é público, embora seja pago com o dinheiro de impostos.

A Tecnologia Empregada no Atendimento ao Aborto

Eugênio Pitta

A Maternidade do Hospital Agamenon Magalhães, na qual trabalho há 17 anos, atende à região norte do Recife, prestando assistência médica a um grande número de pessoas. O Agamenon Magalhães é um hospital geral, que dispõe de outras especialidades, mas oferece um suporte muito grande à obstetrícia - é um hospital de referência para a gestação de alto risco.

Há 12 anos trabalho na enfermaria de gestantes de alto risco e de puerpério. Foi nessa época que passei a integrar uma equipe que modificou muito a minha vida e a minha atividade profissional. A oportunidade de conviver com a gestação de alto risco me colocou diante de situações limites. Estas situações nos obrigam a tomar decisões sobre a interrupção da gravidez, no primeiro trimestre da gestação em que existe o risco materno ou o risco fetal de sobreviver. Situações que são inerentes à própria gravidez, e que são muito mais comuns do que imaginamos, como por exemplo: a pressão alta que continua aumentando, a deterioração do diabetes, o comprometimento da função renal, etc.

Eu já era formado há muito tempo, mas só conhecia essas decisões dos livros, manuais técnicos e protocolos. No início contei com a experiência dos outros colegas que já estavam nessa atividade há mais tempo. A convivência com situações de risco torna mais simples chegar a uma decisão. Do ponto de vista do risco fetal e materno, as coisas se simplificam à medida em que estão mais visíveis e são muito bem delineadas. As dificuldades aumentam quando vislumbramos, para além da morte, as possibilidades de morbidade, ou seja, as complicações que podem advir de uma decisão tardia. Mesmo com o tempo e a experiência, às vezes decidir não é fácil.

Há muitos anos atrás, diante de casos de risco de vida para a mãe, chegamos a recorrer ao Conselho Regional de Medicina para pedir orientação sobre os procedi-

mente nos casos em que o feto tem uma má-formação letal, ou seja, aquela que é incompatível com a vida.

Na minha época de escola de medicina, os ensinamentos sobre aborto eram sempre dirigidos no sentido da preservação da gravidez. Frente a um quadro de abortamento, era necessário diagnosticar a viabilidade da gravidez. Depois do diagnóstico, aprendíamos quais eram os procedimentos terapêuticos para manter a gravidez, e as técnicas para a curetagem uterina nos casos em que o abortamento fosse inevitável. Não havia nenhuma orientação no sentido de ouvir e respeitar o que era que a mãe, o companheiro ou o marido, queriam em relação ao abortamento. Do ponto de vista técnico, as posições das pessoas não deveriam ser indagadas. Esta é a orientação que permanece até hoje: nós temos somente que curar. E nos casos em que a curetagem era inevitável, os procedimentos eram os clássicos: aplicação da anestesia - que na época geralmente era apenas um analgésico mais potente -, e a curetagem. As discussões sobre estes procedimentos inexistiam dentro da universidade. Não sei afirmar se hoje em dia isso mudou.

Comentando alguns aspectos técnicos, que se referem à tecnologia na assistência ao aborto: para determinar a idade da gestação, a primeira referência é a data da última menstruação - A data da última menstruação, por mais simples que pareça, não é uma informação que é dada com precisão pela maioria das mulheres. Existem pesquisas realizadas na Europa que afirmam que 40% das mulheres que engravidam não se lembram a data da última menstruação -. Para datar a gestação utilizamos também a ultra-sonografia, nos três primeiros meses de gestação. A ultra-sonografia não é somente confirmatória da gravidez. - Estou sempre falando em datar pela importância que isso tem, não só para a gravidez em si, mas quando da interrupção da gravidez, com o objetivo de reduzir riscos para as mulheres -. O ultra-som possibilita também que se faça o diagnóstico diferencial entre a gestação tópica (uterina) ou ectópica (fora do útero), a existência ou não de embrião, ou se é uma mola hidatiforme⁷. Essa doença tem características muito particulares, não é grave, mas

⁷Mola hidatiforme: se refere a gravidez decorrente de uma fecundação anômala, em que na maioria das vezes não se forma embrião e as células têm grande potencial invasor.

atrás, muito antes das publicações atuais, iniciamos no Hospital Agamenon Magalhães a sua utilização para a interrupção da gravidez nos casos com fetos mortos. Utilizamos essa droga também para a indução do parto. Hoje acumulamos experiência e estamos começando um protocolo em relação a ela.

Atualmente verifica-se em publicações que se referem á utilização do misoprostol, indicações de doses semelhantes às que fazíamos: à medida em que a gravidez é mais recente, as doses de misoprostol são maiores, mas no final da gravidez usamos apenas a oitava parte de um comprimido, repetindo a dose a cada 8 horas, com resultados excelentes. Já é uma droga bem conhecida, mas a princípio, no mercado do mundo inteiro, foi utilizada para o tratamento da úlcera gástrica - para diminuir a produção de ácido ou os efeitos do ácido no aparelho digestivo. Nos EUA, quando se faz um trabalho sobre abortamento e o uso do misoprostol, sempre há a referência de que é uma droga que foi aprovada pelo FDA - Food and Drug Administration, órgão responsável pela aprovação de medicamentos no país, e que é uma droga que foi aprovada para o tratamento da úlcera, e não para a indução do abortamento, como ela é usada mais freqüentemente. Eles têm o cuidado de se reportar a isso, pelas condições jurídicas que freqüentemente envolvem os médicos daquele país.

Recentemente tem-se usado junto com o misoprostol uma outra droga: é o methotrexate. Ele impede que as células da placenta - o trofoblasto -, que estão penetrando no útero, se dividam com facilidade, interferindo no metabolismo do ácido fólico, dificultando a multiplicação do DNA na multiplicação dos cromossomos, levando essas células à morte. Existem dois ensaios norte-americanos, e já está sendo feito um protocolo na Espanha - na Universidade de Valença - sobre o uso do methotrexate associado ao misoprostol para a interrupção da gravidez. O methotrexate atuaria dificultando a formação da placenta, e o misoprostol levaria o útero a se contrair e assim expulsar o ovo. Mesmo em gravidezes de até sete semanas, os resultados alcançados com essa associação foram satisfatórios.

O methotrexate ainda hoje é normalmente utilizado no tratamento de alguns tipos de câncer e algumas formas de doenças auto-imunes, como a artrite reumatóide. É usado também para combater a mola hidatiforme, com enorme sucesso. E mais

hospital não tenham que sofrer uma penalização futura. Não há limites de idade gestacional para a interrupção da gravidez nos casos de risco de vida materna. A gestação pode ser interrompida a qualquer momento, desde que seja para salvar a vida da mulher.

Quanto ao câncer de mama: a evolução da gravidez em uma mulher com o câncer de mama produzirá danos irreparáveis ao seu organismo. O quê não significa que o feto vá nascer com problemas ou que vá morrer, mas sim que o organismo materno vai sofrer danos irreparáveis, o que pode justificar a interrupção da gravidez.

Com relação ao estupro, atendemos às vítimas mesmo antes de saber se elas estão grávidas, já que elas procuram o hospital imediatamente depois de ocorrida a violência. A divulgação do serviço já faz com que hoje algumas pacientes recorram direto ao Hospital Jabaquara, mas de maneira geral elas são encaminhadas pelas Delegacias da Mulher, pelas Delegacias de Polícia; o próprio IML tem mandado muitas pacientes, e também instituições como as escolas de medicina, Conselho Regional de Medicina, organizações médicas, e as ONGs.

No Serviço, orientamos para os cuidados imediatos e posteriores que as mulheres devem observar com relação ao estupro. A primeira orientação que elas recebem é para fazer a denúncia e providenciar o boletim de ocorrência. Se o agressor for uma pessoa conhecida ela deve identificá-lo sem medo, e nunca esconder esse fato. Não tomar banho antes de ser examinada, guardar a roupa íntima dentro de um saco plástico - ela pode servir eventualmente como prova - e procurar o serviço médico ou a delegacia para o exame especializado.

Quanto aos cuidados posteriores, o principal deles é a contracepção de emergência. Nós temos divulgado essa contracepção de emergência em todos os postos de saúde que fazem parte do módulo Jabaquara, e em outros módulos também. Esta divulgação da contracepção de emergência tem tido forte assimilação por parte dos profissionais. Detectamos em uma pesquisa que a maioria dos profissionais não sabia como fazer a contracepção de emergência, ou então cada um fazia de um jeito diferente. Havia aquele que dava comprimido durante sete dias, outro só dava

mente: o que aconteceu? como foi? a que horas foi? como é que ele era? que aconteceu com você? e ela tenha que repetir sempre as mesmas coisas. Uma vez relatado e registrado o ocorrido, a assistente social leva o registro para uma reunião com a equipe multiprofissional. É também seu papel fazer contatos com delegacias e outros órgãos, quando o caso requer, buscar documentos etc, fazer contato com a família da paciente e até com a própria paciente. Quando o caso é aprovado, é a assistente social quem liga para paciente e marca o atendimento.

Nós, médicos, fazemos a anamnese, que é mais um exame ginecológico minucioso. Sabendo a data da última menstruação, estima-se o tempo de gravidez através da avaliação do útero gravídico. Procedemos a uma coleta de secreção vaginal para o rastreamento das DST - que é obrigatório, como também o é o hemograma -, uma tipagem de sangue, o exame de sífilis, o coagulograma e a sorologia para a AIDS. É feita também uma ultra-sonografia para termos a certeza do tempo de gestação. Não se trata aqui de desconfiar da paciente, mas de saber que tipo de técnica vai ser usada para interromper a gestação.

A psicóloga também entrevista a paciente. É fundamental o exame da paciente do ponto de vista psicológico, para analisarmos as dimensões e a necessidade do tempo de acompanhamento que essa paciente precisará ter. É bom lembrar que pacientes de menor idade, quando vítimas de estupro, se afastam das atividades escolares, querem ir embora de casa e têm muito medo de voltar ao convívio familiar. Elas perdem o contato com as suas amigas e demoram algum tempo para voltar a estudar... Às vezes, a psicóloga faz também uma entrevista com os familiares da paciente.

Os critérios para administrar o nosso programa são os mesmos desde o início da sua implantação em 1989 - já se vão oito anos - e precisam ser revistos. Hoje entendemos que o laudo do IML é absolutamente desnecessário quando a mulher já chega grávida ao hospital. Não temos exigido o laudo nestes casos, mas se a paciente vem com ele, tudo bem. O exame médico feito minuciosamente e descrito no prontuário da paciente é que tem servido, às vezes, como laudo. Ou, às vezes, a paciente vai ao IML e retorna imediatamente ao hospital. Nestes casos, quando o documento do IML chega ao hospital ela já fez a interrupção da gestação, mas só então ele será

paciente pode ir para casa depois de duas horas. Utilizamos a anestesia local, um método ambulatorial, também por causa dessa pequena permanência no hospital.

Outro aspecto do atendimento médico, além do cirúrgico - que eu faço questão que aconteça no serviço - é a detecção e a interpretação das sensações da paciente com relação ao abortamento. Isso exige uma longa conversa com a paciente antes de colocá-la na sala e fazer a aspiração, já que depois de duas horas ela vai embora, e a intenção é saber exatamente o que ela sente com relação ao abortamento. Medo de morrer é uma das coisas que aparecem constantemente nas entrevistas. Outro grande medo que elas têm é o de ficar estéril, e depois a culpa e o castigo por estarem realizando um abortamento. Então cabe a nós, profissionais de saúde, e à psicóloga do serviço, trabalhar exatamente esses fatores: medo de morrer, de ficar estéril, o castigo, a culpa. Ela tem que ser tranquilizada e se sentir segura. Explicamos, sempre que possível, o procedimento a ser realizado. Sempre que possível, porque não dá para explicar para uma menina de doze ou treze anos o que vai ser feito - nesses casos nós utilizamos a anestesia geral. Mas, a partir de quatorze anos, elas já podem compreender. Todas as vezes em que a anestesia local vai ser utilizada, explicamos o procedimento e conversamos bastante, porque precisamos garantir a colaboração da paciente durante o ato de aspiração. Como apoio durante o procedimento, procuramos sempre manter junto a ela uma enfermeira e uma psicóloga. A paciente vítima de um estupro nunca fica sozinha na sala.

Queria acrescentar que dentro da rotina na sala de cirurgia, além dos exames, nós temos guardado tecido para fazer exames genéticos de DNA. Este é um avanço do hospital que, devo admitir, veio com o PAS, mas ele custa muito caro: cada exame de DNA custa R\$ 2,8 mil, portanto não são feitos rotineiramente. Os frascos são armazenados em freezer e somente quando a justiça solicita, é feito o descongelamento para o exame de DNA. Para que serve isso? Se o suspeito estiver preso, isto vai servir para comprovar se ele foi o estuprador, sem precisar expor a vítima ao reconhecimento. Armazenamos o sangue materno em dois tubos, pegamos os restos do abortamento, que é o tecido placentário ou embrionário, que acondicionados

Quadro 1: Pacientes vítimas de estupro, segundo algumas características sócio-demográficas. Programa de Aborto Legal, Hospital do Jabaquara - setembro/89 a dezembro/96.

Características das Pacientes	Número de Casos (em 100 Ocorrências)
Faixa etária	
até 14 anos	14
de 15 a 19 anos	33
de 20 a 35 anos	44
acima de 35 anos	09
Cor/Raça	
branca	67
preta	12
parda	19
amarela	02
Estado Civil	
casada ou em união estável	14
solteira	80
outras	06
Escolaridade	
primária	74
secundária	20
superior	06
Renda Familiar (em salários mínimos)	
de 1 a 3	59
de 3 a 5	33
acima de 5	08

Fonte: Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, 1997.

Jorge Andalaft

Professor adjunto de ginecologia e obstetrícia da Universidade de Santo Amaro – São Paulo (UNISA); Presidente da Comissão de Interrupção da Gestação Previs- ta por Lei da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); Coordenador médico do Serviço de Aborto Legal do Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya (Hospital Jabaquara - São Paulo).

Josefina Cláudia Zírpoli

Médica. É Diretora de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife.

Maria José Araújo

Médica. É Coordenadora do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Pau- lo e Secretária Executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Rede Saúde)

Sonia Corrêa

Antropóloga. É pesquisadora do IBASE.

anos (21.1%). e 206 em mulheres de 20 anos e mais (78.9%), conforme pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3 - Curetagens realizadas na Maternidade Barros Lima - Recife, maio a julho/97

Faixa etária (anos)	Curetagens	
	Nº	(%)
10-19	55	21,1
≥ 20	206	78,9
Total	261	100,0

Fonte: Secretaria de Saúde da Cidade do Recife (PCR), 1997

O que o aborto poderá provocar na sua dimensão qualitativa?

O conflito e a solidão, gerando auto-estima comprometida, fantasias de punição, tensão emocional, ambivalências, insegurança, ansiedade, rejeição, dúvida, culpa e medo. Levará ao stress continuado, que poderá desencadear transtornos psicossomáticos e a eclosão de compulsões e fobias, conduta auto e hetero-agressiva, surtos psicóticos, além das complicações que todos conhecem, de infecções, hemorragias e perfurações uterinas.

O papel do Estado

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife, na condição de gestão semiplena, é responsável pela formulação e execução das políticas de saúde do município. Não cabe à Secretaria, enquanto instituição, emitir juízo de valor quanto à decisão individual de proceder ou não o aborto e quanto à sua legalização. Entendemos que esta depende de movimentos da sociedade e de como vai evoluir a legislação federal. Não cabe, no entanto, ignorar as diversas dimensões do grave problema de saúde pública que é a questão do aborto.

O Atendimento do Aborto em um Contexto de Legalidade

Jorge Andalaft Neto

Gostaria de iniciar resgatando a história da implantação do PAS - Plano de Atendimento à Saúde, no Hospital Jabaquara, que é o meu local de trabalho. Neste hospital implantamos o Serviço de Abortamento Legal em 1989, e a partir daí ele caminhou muito bem. Há um ano atrás (1996) o PAS foi implantado em São Paulo, e iniciaram as discussões sobre essa implantação, que foi idealizada pelo prefeito Paulo Maluf e pelo seu secretariado, como uma alternativa para a saúde municipal.

A intenção do Paulo Maluf era de que, com o PAS, os hospitais públicos deixassem de ser gerenciados pela prefeitura, para serem gerenciados por cooperativas de funcionários da própria prefeitura. Seria algo mais ou menos assim: um indivíduo tem uma casa enorme e não agüenta mais cuidar desta casa. Como ele tem dinheiro, ele contrata uma equipe e diz: "Cuidem desta casa porque eu já não posso mais. Para vocês cuidarem da casa eu dou cem mil dólares por mês, mas eu não quero nem ver como ela vai ficar". Portanto, o Paulo Maluf passou a responsabilidade dos hospitais para um grupo de cooperativas que passaram a administrar esses hospitais, obtendo para isso repasses da prefeitura.

O ex-prefeito recebeu a Prefeitura de São Paulo com uma dívida de R\$ 2,2 bilhões e a devolveu com uma dívida R\$ 8,8 bilhões. Apesar da dívida, e do escândalo dos precatórios, o PAS está conseguindo se sustentar na gestão atual. Torcemos para que tudo isso não interfira ainda mais nos programas de saúde que estão em andamento. A Prefeitura de São Paulo não tem destinado um centavo para incentivar esses programas, ou seja, eles persistem principalmente às custas dos profissionais que aí atuam, e que têm se matado de trabalhar. Com a implantação do PAS, muitos colegas que trabalhavam na equipe original do Hospital Jabaquara saíram porque

pois como ela é candidata, naturalmente conta com espaço dentro do seu partido e seu discurso é ouvido por um certo número de pessoas, ainda que pequeno. Se não fosse candidata, a possibilidade de ser ouvida seria ainda mais remota. Insisto em reafirmar que esse é um fator positivo, que pode contribuir para a universalização da temática de gênero que, a meu ver, é o nosso grande desafio.

E como retirar a discussão do aborto - e todas as outras que dizem respeito, aparentemente, apenas à mulher - do âmbito apenas do movimento feminista? Como universalizar esta temática de uma forma tal que esteja presente também em outros fóruns? Nos sindicatos, por exemplo, cujo ambiente é diferente, extremamente conservador - em alguma dimensão, até mais do que nos partidos políticos -, é muito mais rude a luta pelo salário e outras questões relativas à luta de classes, às greves, à melhoria das condições de vida, enfim, ao que chamamos de viés economicista, que coletiviza em detrimento das questões individuais etc. Em outras palavras, precisamos encontrar "simpatizantes" nos diversos setores da sociedade: nos partidos, nos parlamentos, nos governos, nas igrejas, nas entidades do movimento popular etc. O exemplo de transpor a barreira da religião, é extremamente importante, mesmo reconhecendo que existem diferentes posturas entre os evangélicos; há igrejas evangélicas, por exemplo, em que o discurso é mais conservador ainda do que o discurso da igreja católica. Ali há uma espécie de negócio, onde os fiéis compram um pedaço do céu e o dízimo lhes garante a vida eterna... Abrir mão disso significa perder aquele pedaço que está pagando mensalmente, a prestação. Em alguns desses segmentos, a força do pastor é muito maior do que a de um padre. Mas, efetivamente, essa diversidade de religiões sinaliza no sentido de que devemos deixar um pouco de polemizar apenas com uma determinada igreja.

Ao lado disso, eu creio que a humanização do tema aborto vale também para o debate, o diálogo com os partidos políticos. Trata-se de um passo fundamental para que o político veja que por trás das estatísticas, a questão diz respeito às mulheres, cidadãs, portanto, ele deve ter responsabilidade na hora de tratar do tema. Minha intenção não é desmerecer as estatísticas, até porque numa casa legislativa, quando queremos chamar a atenção dos demais presentes, começamos a citar números e