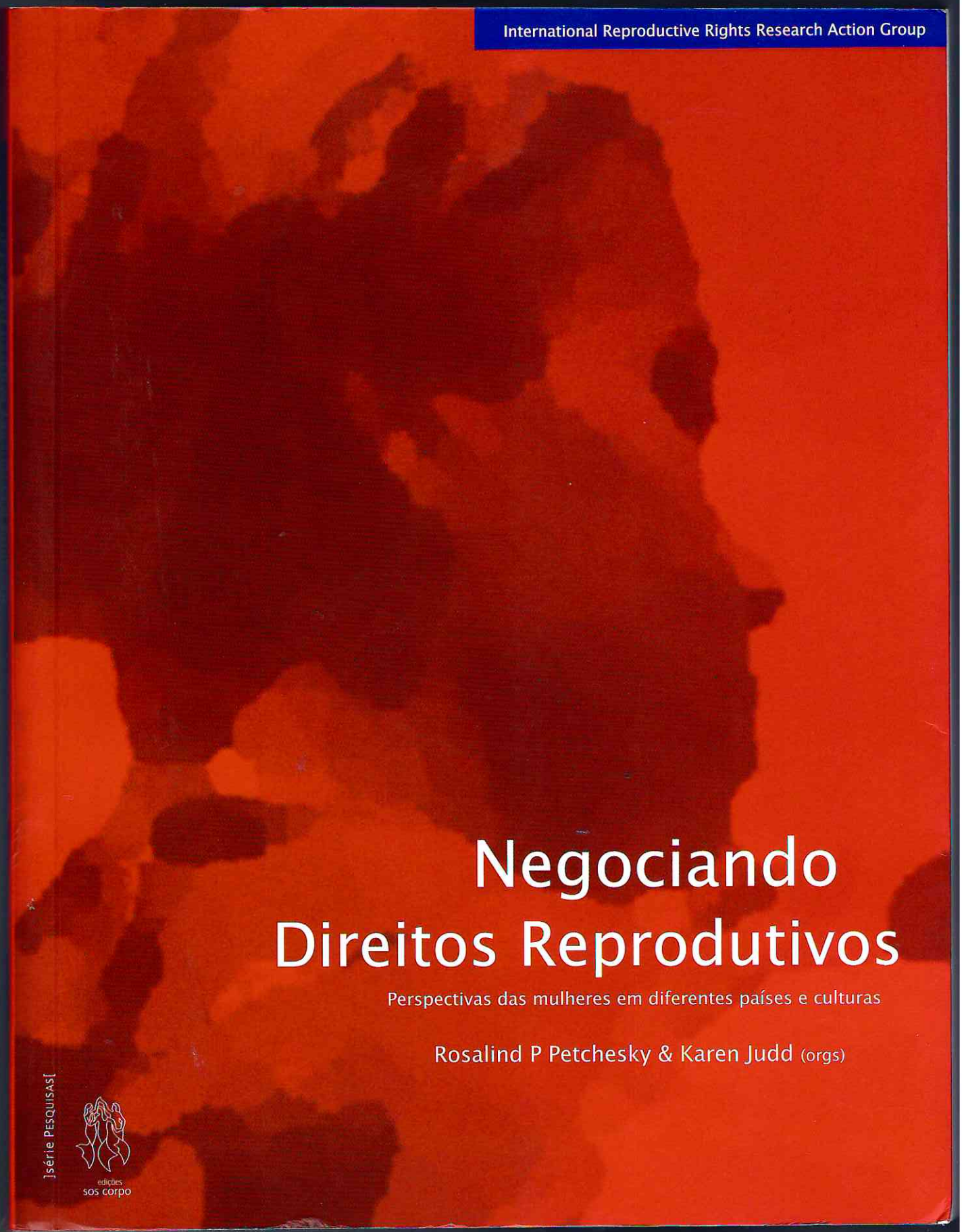

International Reproductive Rights Research Action Group
Negociando
Direitos Reprodutivos
Perspectivas das mulheres em diferentes países e culturas
Rosalind P Petchesky & Karen Judd (orgs)
Série Pesquisas
edições
sos corpo

Este é um livro extraordinário o resultado de um processo de consultoria e colaboração multicultural cuidadosamente tecido. Como tal, é uma fonte única e atualizada sobre questões sociais desafiadoras e polêmicas. As vozes e as experiências, a força e a diversidade das mulheres, são aqui capturadas. Negociando Direitos Reprodutivos é leitura obrigatória para pesquisadores/as, acadêmicos/as, ativistas e formuladores/as de políticas.

Adrienne Germaine.
Presidente do International Women´s Health Coalition

Um livro maravilhoso uma rara combinação de achados sensíveis baseados nas experiências e compreensões das mulheres sobre os direitos reprodutivos e de análise acurada das suas implicações para políticas justas. O que emerge da comparação entre os países, a despeito da distância geográfica e das diferenças culturais, é o quanto é comum às mulheres a experiência de relações de poder fundadas na reprodução.

Gita Sen.
Professora de economia do Indian Institute of Managament e coordenadora de pesquisas da Rede DAWN

apoio

CCE

eed

n(o)vib
OXFAM NETHERLANDS

The John D. and Catherine T.
MacArthur Foundation

ISBN 85-89165-06-X
9 788589 165068

Negociando Direitos Reprodutivos nasce de um processo de quatro anos de pesquisa e análise colaborativa, realizada pelo IRRRAG em sete países: Brasil, Egito, Malásia, México, Nigéria, Filipias e Estados Unidos. Baseado em histórias de vida e discussões em grupo com centenas de mulheres em diferentes áreas, o livro indaga se, quando e como mulheres pobres expressam uma consciência de si como sujeitos de direitos ou um senso de autonomia pessoal nas decisões cotidianas sobre trabalho, casamento, criação dos filhos, contracepção e vida sexual. Que estratégias as mulheres utilizam nas suas relações com seus pais, maridos ou companheiros e profissionais de saúde no que toca às questões reprodutivas e sexuais? Qual o papel dos constrangimentos econômicos, da religião, da tradição, da maternidade e da participação política na conformação de suas escolhas? .

ALGUMAS PUBLICAÇÕES DO SOS CORPO

Corpo de Mulher (1981);

Para Viver o Amor (1987);

Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero (1999) 2ª edição;

Manual de Formação em Gênero da Oxfam (1999) tradução;

Textos e imagens do feminismo: mulheres construindo a igualdade (2001);

Dossiê 20 Anos SOS CORPO (2002);

Violência em debate: um olhar feminista (2002);

Triálogos Feministas Ano 1 Nº 1 (2002);

Câncer de colo uterino Ainda um problema da saúde pública (2002);

Triálogos Feministas Ano 1 Nº 2 (2003);

Rotas da exclusão. Tráfico de mulheres e exploração sexual em Pernambuco (2003);

Ajuste Estrutural, Pobreza e Desigualdade de Gênero (2003) 2ª edição;

Dimensões da desigualdade no desenvolvimento do turismo no nordeste (2003);

Tirando dúvidas sobre a prevenção do câncer de colo uterino (2003);

Triálogos Feministas Ano 2 Nº 3 (2004);

Fontes de Financiamento: Um Guia Para Pequenos Projetos (2004) 2ª edição;

O que é Gênero (2004) 4ª edição;

Homens: Sexualidade, Direitos e Construção da Pessoa (2004)

Mulher e Trabalho na Agricultura Familiar (2004)

Consulte também nosso Catálogo

Negociando Direitos Reprodutivos

Perspectivas das mulheres em diferentes países e culturas

O Grupo Internacional de Pesquisa e Ação em Direitos Reprodutivos=IRRRAG (International Reproductive Rights Research Action Group) é um consórcio de ativistas dos movimentos de saúde da mulher, pesquisadoras e médicas do Brasil, Egito, Estados Unidos, Filipinas, Malásia, México e Nigéria. As equipes nacionais do IRRRAG realizam pesquisas e ações político-educativas nos níveis locais, nacionais e internacional com o objetivo de promover o empoderamento das mulheres e transformar os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres em programas e políticas públicas.

Negociando Direitos Reprodutivos

Perspectivas das mulheres em diferentes países e culturas

Rosalind Petchesky P. & Karen Judd (orgs)

Negociando Direitos Reprodutivos foi publicado pela primeira vez pela Zed Books Ltd., 7 Cynthia Street, London N1 9JF, UK, e Sala 400, 175 Fifth Avenue, New York, NY 10010, USA, em 1998.

Copyright © Rosalind P. Petchesky e Karen Judd, 1998
Copyright dos capítulos individuais © Autoras, 1998

Tradução Jones de Freitas (Capítulos 1 a 6)
Marcelo Amoy (Capítulos 7 a 9)

Revisão de Texto Consultexto
Revisão Técnica Ana Paula Portella
Editoras brasileiras Ana Paula Portella e Sonia Corrêa
Coordenação de Produção Márcia Larangeira
Produção Executiva Fátima Ferreira
Projeto Gráfico e Capa Carlos Pellegrino

Apoio

MacArthur, EED, Novib e CCE

Este trabalho foi desenvolvido com o apoio financeiro da Comissão Europeia. Os pontos de vista expressos são de responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a posição oficial da Comissão.

PETCHESKY, Rosalind P.
P477n Negociando Direitos Reprodutivos/Rosalind Petchesky P.; Karen Judd; tradução de Jones de Freitas; Marcelo Amoy. - Recife: SOS CORPO - Instituto Feminista para a Democracia, 2005.

400 p. ; 24 cm

Tradução: Negotiating Reproductive Rights

Bibliografia

1. Direitos reprodutivos. 2. Título I. JUDD, Karen.

CDD 396

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária do Centro de Documentação e Apoio Pedagógico do SOS CORPO.

Todos os direitos reservados ao

SOS CORPO - Instituto Feminista para a Democracia
Rua Real da Torre, 593 - Madalena - Recife PE
Tel: 81 - 3445.2086 / Fax: 81 - 3445.1905
e-mail: sos@soscorpo.org.br
www.soscorpo.org.br

Impresso no Brasil - 2005.

SUMÁRIO

Agradecimentos 7

Prefácio 13
Sonia Corrêa

1. INTRODUÇÃO 19
Rosalind P. Petchesky

2. "NUNCA COMO NOSSAS MÃES!" 53
Brasil — escolhas reprodutivas e a emergência da cidadania entre trabalhadoras rurais, trabalhadoras domésticas e donas-de-casa
Simone Grilo Diniz, Cecília de Mello e Souza e Ana Paula Portella

3. A ASTÚCIA DAS MULHERES VENCE A DOS HOMENS 93
Soluções de compromisso e acomodações estratégicas na vida reprodutiva da mulher egípcia
Aida Seif El Dawla, Amal Abdel Hadi e Nadia Abdel Wahab

4. ENTRE A MODERNIZAÇÃO E O REVIVALISMO PATRIARCAL 135
Negociações reprodutivas das mulheres da Malásia Peninsular
Rita Raj, Chee Heng Leng e Rashidah Shuib

5. "PORQUE NASCERAM DE MIM" 175
Negociando os direitos das mulheres no México
Adriana Ortiz Ortega, Ana Amuchástegui e Marta Rivas

6. SEXUALIDADE E FECUNDIDADE DAS MULHERES NA NIGÉRIA 213
Rompendo a cultura do silêncio
Grace Osakue e Adriane Martin-Hilber

7. DE *SANAS* A *DAPAT* 255
A afirmação de direitos nas decisões reprodutivas nas Filipinas
Mercedes Lactao Fabros, Aileen May C. Paguntalan, Lourdes L. Arches e Maria Teresa Guia-Padilla

8. O SUL DENTRO DO NORTE 295
Escolhas Reprodutivas em Três Comunidades dos EUA
Dianne Jntl Forte e Karen Judd

9. COMPARAÇÕES ENTRE PAÍSES E PERSPECTIVAS POLÍTICAS 339
Rosalind P. Petchesky

Bibliografia 373

Sobre as autoras 395

AGRADECIMENTOS

Além das autoras, editoras e pesquisadoras listadas nestas páginas, muitas organizações e indivíduos contribuíram para a realização deste livro. A pesquisa teve o apoio financeiro do Programa de Saúde Reprodutiva da Fundação Ford e do Programa de População da fundação John D. e Catherine T. MacArthur, sem o qual um projeto desta envergadura jamais teria sido possível. Nós queremos agradecer muito especialmente a Margaret Hempel, da Fundação Ford, e a Carmem Barroso e Leni Silverstein, da Fundação MacArthur, que nos deram um valioso apoio intelectual e moral, tanto quanto material. Durante o processo, também recebemos financiamentos parciais do Banco Mundial e, muito especialmente, de Tom Merrick, Ministro de Relações Internacionais da Holanda, dos escritórios da Fundação Ford em Lagos e na Cidade do México, da Fundação Moriah, do Ministério de Relações Internacionais da Noruega, da Fundação Rockfeller e seu Bellagio Center, dos escritórios do Fundo de População das Nações Unidas no Brasil e nas Filipinas, da Visão Mundial e das doações pessoais de Lillian M. Danziger e Roberta Pollack. A todos esses anjos, nós somos imensamente agradecidas.

Como uma pequena amostra dos movimentos locais e internacionais de direitos e saúde da mulher, o IRRRAG recebeu um apoio incalculável de inúmeras ONGs – apoio que estimulou e

inspirou nosso trabalho e, algumas vezes, nos retirou de crises financeiras. Nós agradecemos profundamente a CEPIA (Cidadania, Estudos, Pesquisas, Informação e Ação), ao Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, a ECOS-Equipe de Comunicação em Sexualidade, à FALA PRETA-Organização de Mulheres Negras, ao SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, à SOF-Sempreviva Organização Feminista e a Fundação Carlos Chagas, no Brasil; ao New Woman Research Centre, ao Coptic Evangelical Organization for Social Services e ao Population Council, no Egito; a Casa de la Mujer Rosario Castellanos, ao Centro de Sonora para la Atención de la Mujer, ao Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM, ao Programa de Salud Reproductiva de El Colegio de Mexico e ao Population Council, no México; ao Asian Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW), na Malásia; ao Girls' Power Initiative (GPI), ao Empowerment and Action Research Centre (EMPARC) e a Women´s Health Organization of Nigeria (WHON), na Nigéria; ao WomanHealth, ao Center for Women´s Resources (CWR), ao Women´s Resource and Research Center (WRRC) e a KALAYAAN, nas Filipinas; ao Women´s Studies Program at Hunter College, ao Reproductive Rights Education Project e ao National Black Women´s Health Project, nos Estados Unidos.

Além disso, várias pessoas destas organizações nos deram consultoria, recursos materiais e um apoio logístico fundamental. Nós agradecemos muito especialmente a Maria José Araújo, Maria Betania Ávila, Regina Barbosa, Sonia Corrêa, Maria Luiza Heilborn, Jacqueline Pitanguy, Leila Linhares Barsted, Albertina de Oliveira Costa, Edna Roland, Cecília Simonetti e Mary Jane Spink, no Brasil; Rosamaria Roffiel e Claudia Hinojosa, no México; Adepeju Olukoya e Adetoun Ilumoka, na Nigéria; Marilen Dañguilan e Ana Maria Nemenzo, nas Filipinas; e Debbie Bell, Rebecca Cook, Rhonda Copelon, Joan Dunlop, Lynn Freedman, Adrienne Germain, Jodi Jacobson, Monica Rocha, Ragnhild Utheim e Susan Wood, nos Estados Unidos.

Muitos agradecimentos vão também para a equipe de consultoras/es do IRRRAG – Iris Lopez, Sylvia Marcos, Carla Makhlouf Obermeyer, Tola Olu Pearce, Rayna Rapp, T. K. Sundari Ravindran, Beth Richie e Joanna Gould Stuart – por sua ajuda e estímulo nos estágios iniciais da pesquisa de campo e da análise dos dados. Vários outros/as, assim como amigos/as e colegas, também

nos fizeram a gentileza de ler parte dos manuscritos e de compartilhar conosco a sua sabedoria. Nós gostaríamos de agradecer especialmente a Marge Berer, Sonia Corrêa, Zillah Eisenstein, Carla Obermeyer, Vera Paiva, Richard Parker, Tola Pearce, Sundari Ravindran e Beth Richie, assim como a Pat Harper e Louise Murray, da Zed Books. O livro ganhou qualidade com as suas sugestões, mas nenhum/as deles/as é responsável por suas falhas. Finalmente, e muito mais importante, o projeto IRRRAG agradece imensamente às comunidades, às organizações populares e às centenas de mulheres e homens que, gentilmente, compartilharam conosco suas percepções e histórias de vida.

DEDICATÓRIA

À memória afetuosa de Guadalupe Musalem, da equipe do IRRRAG e da Casa de la Mujer Rosario Castellanos, no México; de Expedita Lima, integrante do Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste, no Brasil; e a Esther Onyilo, da equipe do IRRRAG na Nigéria. Até o momento de suas trágicas mortes, todas elas lutaram pela saúde reprodutiva e pelo empoderamento das mulheres e participaram ativamente na pesquisa do IRRRAG. Elas permanecem em nossos corações.

PREFÁCIO

No início dos anos 1990, a comunicação entre o Brasil e o mundo se fazia por carta ou, em ocasiões muito excepcionais, por telefone ou telex.. Não imaginávamos que o conceito dos direitos reprodutivos, reconhecido e utilizado por nós feministas brasileiras desde a metade dos anos 1980, seria, a curto prazo, legitimado por instituições internacionais ou por Estados nacionais. Na verdade, o conceito continuava sendo objeto de controvérsias e debate no próprio campo feminista, em especial no mundo em desenvolvimento.

Naquele então – primeiros meses de 1992 – eu era pesquisadora e ativista na equipe do SOS Corpo quando recebi uma carta de Rosalind Petchesky na qual ela nos convidava para participar de um projeto de pesquisa global multicêntrico sobre os direitos reprodutivos: o International Reproductive Rights Research and Action Group, mais tarde conhecido como IRRRAG. Já sabíamos que Rosalind Petchesky era uma "autora principal" dos escritos feministas norte-americanos sobre aborto. Mas quando a carta chegou ao Recife, eu iniciava um projeto como bolsista individual da Fundação Mac Arthur para aprofundamento conceitual dos direitos reprodutivos, pensados como agenda de articulação entre processos nacionais e globais. Eu acabava de ler o relatório do encontro "Perspectivas Feministas Globais sobre Saúde e Direitos Reprodutivos" organizado por Petchesky, em 1990, no Hunter College, e começava a decifrar o capítulo teórico de seu livro clássico sobre aborto: *"Abortion and Women´s Choice; The State, Sexuality and Reproductive Freedom"*.

Minha empatia pessoal em relação às proposições teóricas e políticas de Rosalind Petchesky foi, possivelmente, uma motivação importante para o SOS Corpo aceitar o

desafio do convite que ela nos fazia. Contudo, tão logo a decisão foi tomada, fui levada a priorizar meu projeto individual de pesquisa e em meados de 1993 deixei o SOS Corpo e voltei ao Rio de Janeiro. Em decorrência, não me envolvi diretamente nas desafiantes tarefas do pesquisa IRRRAG no Brasil. Outras amigas e parceiras feministas teriam aí um papel crucial: Ana Paula Portela, Betânia Ávila, Margareth Arilha, Simone Diniz, Teresa Citelli, Helena Bocaiúva e Cecília Mello e Souza. Este desvio de rota, contudo, não afastaria nossos caminhos. Poucos meses se passariam entre o momento em que o SOS Corpo decidiu participar do projeto IRRRAG e a primeira vez em que encontrei Rosalind Petchesky pessoalmente.

No entretempo, aconteceu no Rio a ECO 92 que, como se sabe, seria uma arena política global excepcional em muitos aspectos, inclusive no que se refere ao debate sobre população e desenvolvimento que foi objeto de árduas controvérsias tanto nas negociações oficiais do Riocentro quanto na Tenda das Mulheres – o famoso Planeta Fêmea – instalada no Fórum de ONGs no Aterro do Flamengo. No Rio, em 1992 , feministas do mundo inteiro assistiriam - no palco iluminado de uma negociação das Nações Unidas - o Vaticano despenhar um papel ardiloso e nefasto em relação a autonomia reprodutiva das mulheres. Durante as negociações, a Santa Sé se posicionou, sistematicamente, em favor da erradicação da pobreza, ao mesmo tempo em que, aliada aos EUA – então administrado por Bush pai – atacava toda e qualquer menção à saúde reprodutiva e planejamento familiar no documento final.

Enquanto isto, representantes do "establishment" do planejamento familiar aliados a alguns setores do movimento ambientalista argumentavam que para conter a crise ambiental era vital implementar políticas de controle populacional. No próprio campo podiam ser identificadas controvérsias acirradas. Houve, por exemplo, muitas tensões nos debates sobre esterilização feminina no Brasil, nos quais algumas vozes interpretavam o fenômeno como expressão do genocídio racista, enquanto outras posições enfatizavam a liberdade de decidir e a ausência de políticas públicas capazes de responder a demanda das mulheres por anticoncepção.

Naquele momento já se sabia que uma série de conferências das Nações Unidas estava prevista para os anos subseqüentes. À luz do cenário que se desdobrava no Rio vislumbramos muitos riscos. Na seqüência das negociações globais então anunciadas a proposta de auto-determinação reprodutiva das mulheres poderia, facilmente, se tornar refém das tensões Norte-Sul e dos argumentos neo - Malthusianos reativados pela agenda ambiental e, mais especialmente, se constituir em alvo dos ataques fundamentalistas. Num contexto tão complexo era, sobretudo, inquietante constatar fraturas no próprio campo feminista.

Esta avaliação estratégica, feita em meio à confusão e ao calor do Aterro do Flamengo, inspirou a proposta de uma iniciativa feminista global que pudesse fazer frente aos eventos globais que viriam a seguir, em especial a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) já então programada para

1994. A proposta ganhou corpo no segundo semestre de 1992 quando foi lançada, em Londres, a Campanha "Vozes das Mulheres para a CIPD 1994". Rosalind Petchesky não participou dos acirrados debates do Aterro do Flamengo, mas desempenhou um papel crucial nesta iniciativa. Entre outras razões, por que as conexões Norte-Sul e Sul-Sul abertas pelo projeto IRRRAG, seriam uma das pontes estratégicas que possibilitaram construir o consenso feminista global necessário para assegurar, dois mais tarde, os resultados favoráveis das Conferência do Cairo.

Um pouco antes da reunião de Londres, Petchesky veio ao Brasil para participar de um encontro promovido pelo Programa Regional de Direitos Reprodutivos da Fundação Carlos Chagas (PRODIR). Esteve no Rio antes de seguir para São Paulo e por esta razão viajamos juntas num vôo da ponte aérea. Chegamos as duas atrasadas no aeroporto Santos Dumont. Deste primeiro encontro guardo a memória do meu próprio espanto: a cientista política reconhecida - cujas idéias tinham tirado meu sono – era jovial, cheia de pulseiras e brincos, afetuosa e muito distraída.

No primeiro semestre de 1993, como parte de meu projeto individual de investigação estive dois meses no Harvard Center for Population and Development Studies. Foi nesta oportunidade que inauguramos nossa parceria "acadêmica" e descobrimos juntas o que significava fazer advocacy global pelos direitos reprodutivos. Colaboramos na produção do livro "Population Policies Re-Considered - Health, Rights and Empowerment" – organizado por Gita Sen, Adrienne Germaine e Lincoln Chen - para o qual escrevemos o texto *Direitos Sexuais e Reprodutivos na Perspectiva Feminista.* Também estivemos diretamente envolvidas nas negociações do Primeiro Comitê Preparatório da CIPD, uma etapa crucial de preparação da CIPD.

Em abril de 1993, em Nova York, nós feministas praticamente viramos pelo avesso o esboço de documento preparado pelo bureau e pela secretaria da Conferência, leia-se FNUAP. Nesta ocasião, Ros juntamente com Rhonda Copelon e Adrienne Germaine (entre outras) fez a revisão do que viria a ser o capítulo VII do Programa de Ação do Cairo - que trata da Saúde Reprodutiva, Direitos Reprodutivos e Planejamento Familiar. A elas devemos a consistência dos parágrafos 7.2 e 7.3 que, como se sabe, depois de 1994 se converteram em "textos sagrados" do feminismo, no Brasil e no mundo.

Nos anos seguintes, estivemos juntas no Cairo (1994), em Copenhague (1995), em Pequim (1995), nas revisões de cinco anos e seus encontros preparatórios (1998-2000), na preparação para a Conferência de Financiamento para o desenvolvimento, no Fóruns Sociais Mundiais de Porto Alegre e Mumbai e, em incontáveis debates acadêmicos. Hoje trabalhamos juntas no Grupo Internacional para Sexualidade e Política Social. Não nos faltam idéias, projetos e tarefas para o futuro. Desde a tarde luminosa em que nos encontramos pela primeira vez no aeroporto Santos Dumont, eu e Ros compartilhamos idéias, projetos tarefas e desafios políticos e incontáveis momentos pessoais inesquecíveis, sobre os quais eu poderia escrever muitas páginas.

Quando aceitei o convite para escrever este prefácio não imaginei que iria ser arrastada através de tantos meandros de memória. Na medida em que texto evoluía cheguei mesmo a considerar que este talvez não fosse o tom mais apropriado para o texto que me havia sido solicitado. Mas, depois de algumas idas e voltas, conclui que esta narrativa personalizada fazia sentido. Ainda que de forma breve, o percurso que aqui se descreve resgata momentos, decisões e ações coletiva nem sempre identificadas e valorizadas na "história" recente dos direitos reprodutivos. Mais especialmente, neste trajeto pode-se visualizar como a produção intelectual, o engajamento e as políticas da amizade se entrelaçam no árduo ofício de ser feminista.

Mas também é interessante lembrar que este relato tem uma forte afinidade com a proposta conceitual, metodológica e política do próprio projeto IRRRAG. A investigação foi guiada por uma pergunta: em que medida os elementos constitutivos dos direitos reprodutivos – tal como concebidos pelas feministas – estavam pré-figurados nas experiências das mulheres "não brancas, não ricas, não ocidentais"? Um de seus objetivos era identificar e valorizar representações e práticas das mulheres como contraponto frente aos argumentos do relativismo cultural em relação ao conceito de direitos, em especial os direitos humanos das mulheres nas esferas da reprodução e da sexualidade.

Adicionalmente, o engajamento foi uma premissa central do projeto. Tanto as pesquisadoras eram engajadas com a agenda dos direitos reprodutivos, quanto as mulheres ouvidas estavam envolvidas em organizações de base. Sabemos que tais características – de pesquisa engajada ou pesquisa ação - implicam riscos e desafios em termos de definição de amostras, escolha de sítios de pesquisa e de temas e, mais especialmente, no que diz respeito a metodologias e estratégias de análise do material coletado. Tais riscos que estariam presentes numa investigação feita num único país ganhavam contornos ainda mais complexo numa pesquisa trans-cultural.

Ouso dizer, porém, que no contexto histórico específico em que se desenrolou a pesquisa talvez não houvesse outro caminho possível para explorar o tema. Em 1992, só pesquisadoras feministas "muito comprometidas" com esta agenda estavam dispostas a investigar a experiência e significado da autonomia reprodutiva das mulheres em países tão diversos quanto Brazil, Egito, Estados Unidos, Filipinas, Malásia, México e Nigéria. Por outro lado, não era absurdo prever reações negativas - masculinas, comunitárias e religiosas - em relação a uma pesquisa que tratava de questões como aborto, contracepção, casamento e sexo entre as mulheres de menor renda e com menor poder de barganha. Uma estratégia possível para reduzir tal risco era identificar sítios de investigação com os quais as pesquisadoras tinham conexões e que podiam ser considerados como "espaços relativamente seguros". Finalmente, na medida em que a moldura teórica da pesquisa concebia os direitos reprodutivos como direitos sociais era crucial examinar as experiências reprodutivas de mulheres engajadas com a transformação social no sentido mais amplo.

É bem verdade que passados dez anos do Cairo, os resultados da pesquisa IRRRAG já não são exatamente uma novidade. O conceito de direitos reprodutivos foi legitimado em documentos das Nações Unidas e vai, gradualmente se tornando língua franca nas sociedades estudadas pelo IRRRAG, assim como em outras. Hoje, de fato, experimentamos a legitimação paulatina um discurso público dos direitos sexuais, uma dimensão que, deve-se dizer, não foi tratada se não tangencialmente pela pesquisa IRRRAG. Esta lacuna, inclusive, é reveladora das concepções e prioridades feministas no início da década de 1990.

Ainda assim, várias razões fazem com que seja um enorme privilégio contar com a tradução em português de "Negociando Direitos Reprodutivos". Em primeiro lugar, como já foi sugerido anteriormente, o livro é um marco na história de construção contemporânea dessa nova geração de direitos humanos. Além disto, o formato global e transcultural da pesquisa nos lembra, uma vez mais, que o feminismo – especialmente aquele que atua no campo dos direitos reprodutivos e sexuais – foi sempre internacionalista. Ou seja, já tinha fortes vinculações para além das fronteiras nacionais muito antes do processo de globalização da sociedade civil registrado nos primeiros anos do século 21. Mais especialmente, as vozes que falam através do livro refletem a conexão entre feministas e as mulheres "de base" bem como a vinculação inegociável entre direitos reprodutivos e justiça social.

Mais importante, porém, talvez seja sublinhar a pertinência e relevância política da publicação de "Negociando Direitos Reprodutivos" em 2004. A despeito de avanços inegáveis - assim como acontecia no início dos anos 1990 quando projeto IRRRAG se iniciou - os direitos reprodutivos e direitos sexuais estão na mira do conservadorismo moral, hoje mais globalizado e melhor articulado. O Vaticano continua em cena. Aí já não está Bush pai, mas nos enfrentamos com Bush filho, cuja agenda geopolítica neste campo é mais virulenta e melhor estruturada. Também se contabilizam novos atores - como é o caso dos países islâmicos, igrejas e evangélicas e outros grupos fundamentalistas religiosos – cujo poder político e capilaridade não podem nem devem ser minimizados.

Ou seja, hoje como ontem, continua sendo vital documentar, por um lado, os significados positivos da liberdade e , de outro, os custos da coerção e violência reprodutiva e sexual na vida das pessoas, especialmente as mulheres. O consenso discursivo sobre estas realidades e representações é o terreno mais firme de que dispomos para ancorar princípios de cidadania e de direitos humanos aplicáveis às esferas da reprodução e da sexualidade. Sobretudo, a experiência cotidiana daquelas e daquelas que estão impedidos de exercer esses direitos é, possivelmente o melhor argumento de que podemos lançar mão para enfrentar no debate público o avanço das forças regressivas.

Sonia Corrêa

Rio, 17 de janeiro de 2005

1

INTRODUÇÃO

Rosalind P. Petchesky[1]

As origens e o contexto global do IRRRAG

> Através das viagens pelos "mundos" de outras pessoas, descobrimos que há "mundos" nos quais as vítimas de percepções arrogantes são, na verdade, sujeitos, visionários, seres resistentes e cheios de vida, ainda que, nas ideologias dominantes, os arrogantes os percebam tão somente como maleáveis (...) classificáveis (Lugones, 1990).

O Grupo Internacional de Pesquisa e Ação em Direitos Reprodutivos (IRRRAG) nasceu da seguinte premissa: até que se conheça melhor os contextos locais e os modos de pensar a partir dos quais as mulheres negociam as questões sexuais e de saúde reprodutiva nas suas vidas cotidianas, não se pode presumir que os direitos sexuais e reprodutivos sejam uma meta a ser alcançada por elas e, portanto, de aplicabilidade universal. Tampouco podemos saber que distintos significados adquire o conceito de direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres, dependendo de idade, etapa da vida, estado civil, condições econômicas, identidades religiosa e étnica e outras circunstâncias sociais. Para extrair esse conceito do plano imponente dos princípios abstratos, precisamos situá-lo nos testemunhos diretos acerca das

[1] Pela leitura e pelos comentários úteis sobre esta introdução, agradeço a Marge Berer, Zillah Eisenstein, Rayna Rapp, à equipe egípcia do IRRRAG, Rashidah Abdullah (equipe malaia), Adriana Ortiz Ortega (equipe mexicana) e aos participantes da reunião do IRRRAG no México, em maio de 1996. Agradeço também a Mercy Fabros (equipe filipina), que muito contribuiu para o essencial do marco conceitual do IRRRAG e para sua formulação a seguir.

limitações cotidianas e dos relacionamentos através dos quais as mulheres — de culturas e países diversos — se envolvem em relações sexuais e reprodutivas.

As participantes deste projeto — algumas como pesquisadoras, outras como profissionais de saúde, todas como ativistas feministas — têm estado envolvidas com um grande conjunto de questões sobre saúde sexual e reprodutiva em seus próprios países.[2] Com base na nossa experiência direta nos contextos locais e na participação em debates regionais e internacionais, fomos convencidas de que era oportuno, do ponto de vista histórico, e politicamente urgente lançar o olhar para os diversos significados dos direitos reprodutivos em diferentes níveis. Todas compartilhamos da visão de que os direitos humanos estão enraizados no conceito de *cidadania cultural* e da idéia de que é preciso "ouvir as vozes das mulheres" para se construir definições de direitos sexuais e reprodutivos que sejam adequadas do ponto de vista cultural e situacional (Benmayor, Torruellas e Juarbe, 1992). É importante trazer à luz as perspectivas das mulheres de baixa renda, que normalmente não participam desses debates, não somente para formular políticas e programas mais eficazes, como também para ampliar nossas próprias concepções e desenvolver nossa capacidade de organização política.[3]

Fundado em 1992, o IRRRAG surgiu num contexto em que os movimentos e as redes feministas de saúde e de direitos das mulheres eram, há muito, uma força vital nas mudanças sociais e legislativas nos países e regiões do sul e do norte. No início dos anos 80, esses movimentos já haviam provocado um impacto crítico nos debates sobre crescimento populacional e taxas de fecundidade. Por um lado, a perspectiva das ativistas de saúde (baseada em anos de experiências práticas com educação popular e serviços alternativos) questionava as pressuposições demográficas que atribuíam a pobreza e a degradação ambiental à alta taxa de fecundidade das mulheres

---

[2] Claro que existem muitas definições do termo *feminista* e são variadas as práticas feministas. Para manter a coerência e clareza neste livro, nós, do projeto IRRRAG, chegamos a um acordo sobre a seguinte definição de feminismo: *uma preocupação prática e teórica sobre a situação da mulher e um compromisso de transformar a opressão de gênero e os sistemas de dominação que dividem as mulheres por classe, raça, etnia, região, nacionalidade, religião, orientação sexual e idade. Essa definição implica questionar todas as hierarquias e relações de poder, incluindo as do próprio processo de pesquisa, e o compromisso geral de alcançar a justiça social em todo o mundo. Também implica reconhecer que os movimentos de mulheres, voltados para "a ação política das mulheres" em muitas questões, nem sempre se autodefinem como feministas com esse mesmo sentido e que podem variar os significados aceitos de feminismo em nossos diversos contextos nacionais e culturais.* Para uma visão ampla dessas variações, veja Basu (1995), especialmente a *Introdução* e os capítulos sobre o Brasil, a Nigéria e as Filipinas.

[3] Neste texto, muitas vezes nos referimos a "mulheres de baixa renda" para indicar que a pesquisa do IRRRAG está focalizada em mulheres que não são da elite; em geral, além dos baixos rendimentos, vivem em áreas urbanas e rurais, em situação de pobreza, são de diversos grupos etários e étnicos, vivem situações diferenciadas em termos de relações conjugais e de emprego, algumas estão envolvidas em grupos comunitários locais e outras têm apenas suas famílias como referencial básico de vida.

e esta, por sua vez, era atribuída à falta de informação ou de acesso aos métodos contraceptivos. É claro que mulheres de todos o mundo desejam métodos seguros e eficazes de contracepção e aborto, mas também desejam melhores condições de saúde para ter e criar seus filhos, desejam uma sexualidade livre de violência e de doenças, segurança alimentar, qualificação profissional e renda própria, além de dignidade e respeito como seres humanos e como usuárias de serviços públicos.

Os programas populacionais orientados para atingir metas demográficas não levam em conta as percepções das próprias mulheres sobre suas necessidades de saúde e tampouco consideram como essas necessidades situam-se num conjunto mais amplo de aspirações de *empoderamento** social e econômico (Batliwala, 1994). Com freqüência, esses programas são opressivos e coercitivos, negando a informação e a orientação necessárias; muitas vezes, as mulheres resistem a eles, abandonando-os e deixando de usar os métodos oferecidos. Em certos casos, elas têm organizado movimentos contra determinadas tecnologias contraceptivas consideradas prejudiciais à saúde (veja Barroso e Corrêa, 1995; Dixon-Mueller, 1993; Hartmann, 1995; Ravindran, 1993 e 1996; *Reproductive Health Matters*, 1993-1997; e Rede Global das Mulheres pelos Direitos Reprodutivos, 1990-1997). As feministas de muitos países também se têm oposto aos programas hegemônicos de planejamento familiar e de população por razões éticas e políticas. A incapacidade desses programas de tratar a saúde da mulher e seu bem-estar como fins em si mesmos (e não apenas como meios para reduzir ou aumentar as taxas de fecundidade) e sua total desconsideração às mulheres como aquelas que tomam as decisões reprodutivas constituem violações dos direitos humanos das mulheres.[4]

Embora a origem do termo *direitos reprodutivos* possa ser encontrada em movimentos que inicialmente surgiram na América do Norte e na Europa, movimentos similares (porém distintos) em defesa da saúde e dos direitos reprodutivos das mulheres formaram-se rapidamente na América Latina, no Caribe, na Ásia e na África, entre o início e meados dos anos 80.[5] Como observaram Garcia-Moreno e

---

* Não existe tradução dicionarizada para o termo *empowerment*. Ele tem sido traduzido por "emancipação" ou "fortalecimento das capacidades". Entretanto, o movimento feminista considera que essas traduções não denotam o significado contido no termo *empowerment*, de reequilíbrio das relações de poder entre homens e mulheres e, por isso, as feministas têm usado o termo empoderamento como sua tradução (Nota das Editoras Brasileiras). Todas as notas das editoras e dos tradutores estarão grafadas com asterisco.

[4] Nos anos 90, foram publicadas numerosas críticas feministas às teorias e políticas populacionais neomalthusianas. Veja, por exemplo, Bandarage, 1997; Batliwala, 1994; Corrêa, 1994; Dixon-Mueller, 1993; Greenhalgh, 1996; Hartmann, 1995; Pitanguy e Petchesky, 1993; e Sen, Germain e Chen, 1994.

[5] Nos Estados Unidos, o Comitê pelo Direito ao Aborto e contra os Abusos da Esterilização (CARASA) foi formado em 1977, e a Rede Nacional de Direitos Reprodutivos (R2N2), em 1978. Na Europa, a Campanha Internacional pelo Direito ao Aborto, que se tornou a Campanha Internacional sobre Aborto, Esterilização e Anticoncepção (ICASC), também foi estabelecida em 1978. Em 1984, logo antes da Conferência Mundial sobre População, na Cidade do México, com incentivo dos grupos de ativistas do Sul, transformou-

(Cont.)

Claro (1994:48), os princípios incorporados nos direitos sexuais e reprodutivos muitas vezes são rotulados como um subproduto da cultura ocidental, mas essa é uma visão distorcida tanto da história quanto das variações e raízes locais dos movimentos feministas: "Apesar de as idéias do Ocidente terem cumprido um papel, as mulheres dos países do Sul geraram suas próprias análises, organizações e movimentos, com ou sem exposição ao Ocidente, e tem havido considerável intercâmbio de idéias em muitos países e continentes". Os movimentos pelos direitos das mulheres, dos homossexuais e das lésbicas, nos países onde a Igreja Católica é poderosa — como Filipinas, Brasil e México —, têm lutado para legalizar o aborto, reduzir a mortalidade materna e dar informações sobre sexo mais seguro e uso da camisinha. Em Bangladesh, as organizações de mulheres reagiram publicamente aos brutais ataques a mulheres acusadas por tribunais religiosos islâmicos de transgredirem normas sexuais (Amin e Hossain, 1995). Na África e no Oriente Médio, as campanhas dos grupos de mulheres contra a mutilação genital feminina (MGF) focalizam sua atenção tanto na supressão do prazer sexual da mulher quanto nos graves riscos para a saúde que decorrem dessa prática (Toubia, 1995; Tambiah, 1995).[6] A mutilação genital feminina (MGF), que envolve a remoção de partes ou de toda a genitália externa feminina, pode resultar em trauma psicológico e físico de longo prazo, dores durante o ato sexual e graves complicações na gravidez (veja Toubia, 1995, para uma análise detalhada).

Tanto as organizações de mulheres não-brancas* nos Estados Unidos e no Brasil como os grupos de mulheres da Índia têm feito vigorosa oposição aos abusos da esterilização e à promoção coercitiva ou não-consensual de anticoncepcionais de longa duração por programas de planejamento familiar (Fried, 1990; Hathi, 1996; Srinivas e Kanakamala, 1992; Delegação das Mulheres Não-brancas dos Estados Unidos, 1994).

Tanto essas campanhas quanto os esforços de reconceituação deram força às coalizões de mulheres na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos (Viena, 1993),

---

se na Rede Global de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos (WGNRR), com um mandato mais amplo para tratar de todas as questões de saúde reprodutiva das mulheres e não somente das relativas ao controle da fecundidade (veja Petchesky e Weiner, 1990; Corrêa, 1994; e Garcia-Moreno e Claro, 1994). Durante os anos 80 e início dos 90, foram criadas redes e campanhas nacionais e regionais em torno de um amplo leque de temas de direitos sexuais e reprodutivos na América Latina, no Caribe, na Ásia Meridional e no Sudeste da Ásia e no Pacífico, assim como em muitos países da África e do Oriente Médio. Entre as organizações internacionais formadas durante aquele período, e que incorporaram os direitos sexuais e reprodutivos nas suas agendas, estavam: Isis International, DAWN (Alternativas de Desenvolvimento para Mulheres numa Nova Era), Rede Latino-americana e Caribenha de Saúde da Mulher, Rede Regional Mulher e Saúde do Oriente e Sudeste da Ásia e Pacífico, Mulheres na Legislação e no Desenvolvimento e Sociedade para Mulheres e Aids na África e Rede de Mulheres que Vivem sob Leis Islâmicas.

[6] A mutilação genital feminina (MGF), que envolve a remoção de partes ou de toda a genitália externa feminina, pode resultar em trauma psicológico e físico de longo prazo, dores durante o ato sexual e graves complicações na gravidez (veja Toubia, 1995, para uma análise detalhada).

* *Women of color*, no original, descreve todos os grupos raciais não-brancos: negros, mestiços, orientais, etc. (Nota do Tradutor.).

na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD – Cairo 1994) e na IV Conferência Mundial de Mulheres (CMM – Beijing, 1995). Representando as mulheres do Sul e do Norte, essas coalizões fizeram com que o velho discurso sobre população e planejamento familiar fosse substituído por um amplo conceito de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, vinculando a liberdade sexual e reprodutiva aos direitos humanos das mulheres.[7] O princípio nuclear destes conceitos — direitos sexuais e reprodutivos —, até meados da década de 80, era considerado, em quase todos os países e sistemas políticos, como inaceitável. Isso porque era impensável conceber que, até mesmo nas esferas mais íntimas das vidas familiar e sexual e da procriação, devem prevalecer os direitos humanos das mulheres à autodeterminação e igualdade. Esse princípio — e o sucesso dos movimentos de mulheres que fizeram com que o mesmo fosse internacionalmente reconhecido — está incorporado num parágrafo histórico adotado por delegações governamentais em Beijing:

> Os direitos humanos da mulher incluem o seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive à sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente com respeito a essas questões, livres de coerção, discriminação e violência. As relações igualitárias entre a mulher e o homem a respeito das relações sexuais e da reprodução, incluindo o pleno respeito à integridade pessoal, exigem o respeito e o consentimento recíprocos e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade e as conseqüências do comportamento sexual.[8]

No entanto, ao afirmar a importância vital de controlar sua fecundidade e sexualidade, as mulheres do Sul e as mulheres não-brancas do Norte, nos anos 80 e 90, estavam exigindo também um enfoque bem mais amplo, que integrasse questões, como aborto, contracepção, gravidez e sexualidade — a política do corpo —, num marco mais alargado e enfatizasse "a transformação das políticas de governo — sociais, demográficas e de desenvolvimento econômico — para incorporar os direitos sociais e econômicos das mulheres". Como afirma a plataforma da Rede DAWN, "a saúde reprodutiva da mulher deve ser concebida no interior de um referencial mais amplo

---

[7] Tanto o Programa de Ação da CIPD (parágrafo 7.2) quanto a *Declaração e a Plataforma de Ação de Beijing* (parágrafo 95) definem "direitos reprodutivos" como baseados no "reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsavelmente o número de filhos, o intervalo entre os nascimentos e a dispor de informação sobre os meios para isso e o direito de alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva. Também inclui seu direito de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coações nem violências, em conformidade com o que estabelece nos documentos relativos aos direitos humanos." Para uma discussão mais completa sobre os esforços das mulheres para influir nessas conferências, veja Boland, 1997; Centro pela Liderança Global das Mulheres, 1995; Copelan e Petchesky, 1995; DAWN, 1995; Germain e Kyte, 1995; Hartmann, 1994; Hodgson e Watkins, 1997; Petchesky, 1997 e o próximo a ser publicado; e Rashidah/ARROW, 1995.

[8] Nações Unidas, IV Conferência Mundial da Mulher, Beijing, setembro de 1995, *Declaração e Plataforma de Ação*, parágrafo 96, Nações Unidas, Nova York.

de desenvolvimento humano que promova o bem-estar de todos e a plena cidadania das mulheres" (Corrêa, 1994:64).[9] Isso sugere que o conceito de direitos sexuais e reprodutivos deve ser examinado a partir de uma lente dupla: suas dimensões pessoal e social não estão em conflito; ao contrário, são mutuamente dependentes.

Por um lado, essa perspectiva dual dos direitos sexuais e reprodutivos inclui a ética feminista de integridade corporal e autonomia pessoal* que permeia os documentos do Cairo e de Beijing e questiona diretamente o arsenal moral dos fundamentalistas, sejam eles cristãos ou islâmicos. Essa ética feminista exige não só que as mulheres não sofram abuso e violação de seus corpos, mas que sejam tratadas como agentes principais, como aquelas que tomam as decisões sobre sua fecundidade e sexualidade; devem ser percebidas como o fim, e não o meio dos programas de saúde, população e desenvolvimento. Além disso, esse imperativo é aplicado não somente aos Estados e seus agentes, mas também a todos os níveis em que os diferenciais de poder entre homens e mulheres estão em operação: a família, os serviços de saúde, o local de trabalho, o centro religioso e a comunidade. Por outro lado, a perspectiva feminista vincula os direitos do corpo e da pessoa diretamente aos direitos políticos, econômicos e sociais, ou seja, às condições necessárias para se atingir uma situação de justiça entre pessoas de ambos os sexos e de diferentes classes, raças e etnias (Blatiwala, 1994; Corrêa e Petchesky, 1994).

Tendo alcançado considerável êxito no plano das visões teóricas e da retórica das Nações Unidas, as ativistas feministas de todas as regiões do mundo enfrentam agora o problema de transformar os direitos sexuais e reprodutivos em realidades concretas na vida cotidiana das mulheres. Para fazer isso, defrontam-se com inúmeros obstáculos. Primeiro, na maioria dos países, a hegemonia da lógica do mercado capitalista e o declínio do papel do Estado fazem com que a disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde pública continuem a se deteriorar, com impacto especial sobre as mulheres de baixa renda. A implementação prática dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vai exigir não somente leis e políticas de apoio (ainda não aprovadas na maioria dos países), como também uma transformação completa das estruturas econômicas em nível global, regional e nacional (Bandarage,

---

[9] Para outros exemplos de análises feministas ligando temas de saúde e direitos reprodutivos às questões do desenvolvimento e da economia global, veja Bandarage, 1997; Comitê de Mulheres, População e Meio Ambiente, 1994-1997; DAWN, 1995; Kabeer, 1994; Petchesky, 1995a; Sen, 1997; e Delegação de Mulheres Não-brancas dos Estados Unidos, 1994.

* Personhood no original. Muito embora personhood possa, em contextos semânticos específicos, ser traduzido por pessoalidade, optamos por não adotar essa tradução para evitar ambigüidades. Na tradição intelectual brasileira, "pessoalidade" denota melhor uma certa lógica dos relacionamentos que um atributo dos sujeitos sociais. Na perspectiva desenvolvida neste livro, o sentido fundamental de personhood é o de "ser respeitada e poder tomar decisões éticas como pessoa humana". Isso nos fez optar pela noção de autonomia pessoal que — embora não sendo uma tradução perfeita — está consagrada no discurso político do movimento feminista brasileiro. (Nota das Editoras Brasileiras.)

desigualdade de gênero. A falsa crença (que remonta a Aristóteles) de que as mulheres são, principalmente, seres privados, incapazes ou desinteressadas em participar do debate público, limita, em todas as sociedades, a possibilidade de as mulheres expressarem e exercerem claramente seus direitos e de exigirem que os poderes públicos os implementem. Ou seja, impede que elas atuem como cidadãs em defesa de sua própria integridade corporal, da sua autonomia e da sua condição de pessoa (Peter e Wolper, 1995; Nelson e Chowdhury, 1994). Para que os direitos sexuais e reprodutivos se tornem realidades práticas para todas as mulheres, devem ser integrados nas agendas dos movimentos pela democratização e pela justiça social. Em primeira instância, isso significa que os grupos de mulheres devem mobilizar ações e sólidas alianças que possam garantir mecanismos de implementação efetiva dos acordos internacionais. Em outras palavras, que possam estimular a vontade política onde ela estiver ausente.

Em última análise, no entanto, a ação política somente será eficaz se as mulheres, massivamente, acreditarem em seus direitos e deles se apropriarem. Precisam estar convictas de que têm o direito de ser tratadas como as pessoas que tomam as principais decisões sobre seus próprios corpos e sua capacidade reprodutiva. Foi desse nível de aspirações e consciência das mulheres que a pesquisa do IRRRAG tratou.

Marco Conceitual

As ferramentas conceituais e críticas que orientaram a pesquisa do IRRRAG derivam da ética feminista já descrita, que enfatiza os vínculos entre os direitos pessoais e sociais. No entanto, embora, desde a conferência do Cairo, o conceito de direitos reprodutivos seja amplamente utilizado, suas premissas não são, de nenhum modo, universalmente aceitas pelos grupos feministas. Para alguns grupos, evoca a estreita matriz ocidental, que reduz a reprodução, na melhor das hipóteses, ao controle da fecundidade e, na pior, ao tema único do aborto; ou remete, ainda, a um cenário mais tortuoso, que esconderia uma lógica de controle populacional eugênico e racista sob uma "face feminista" (Akhter, 1994; Hartmann, 1994). Para outros grupos, qualquer discurso sobre direitos é suspeito, ou mesmo inaceitável, seja nos planos filosófico e político (por sua associação a significados individualistas, privatistas, contratuais e litigiosos, derivados da tradição ocidental da ética e do direito), seja no âmbito das práticas (pois não teriam significado para as mulheres populares). Outras feministas preocupam-se com o fato de que o conceito focaliza a reprodução, e não os direitos, reiterando o preconceito ideológico que reduz as mulheres a um aspecto do seu ser e bloqueia outros, especialmente a sexualidade não-reprodutiva (Pateman, 1988; *WGNRR Newsletter*, 1993).

Na reunião de fundação do IRRRAG em 1992, ficou evidente que dúvidas similares persistiam no interior do próprio grupo, exigindo uma investigação crítica sobre como nós mesmas estávamos usando o conceito. Por um lado, termos como *direitos reprodutivos*, assim como diversas expressões subsidiárias em inglês, não possuem

1997; Corrêa, 1994; Desai, 1994; Sparr, 1994). As mulheres não podem, individualmente, exercer seus direitos sexuais e reprodutivos na ausência de condições que favoreçam seu *empoderamento*. Essas condições incluem tanto suporte material quanto de infra-estrutura (como transporte confiável, creches, empregos, assim como serviços de saúde adequados e acessíveis) quanto mecanismos de apoio nos planos culturais e políticos (como acesso à educação e ao poder político e fortalecimento da auto-estima). A implementação de tais condições para a ampla maioria das mulheres exige um reordenamento das políticas econômicas nacionais e internacionais que permita o não-pagamento do serviço das dívidas externas e a redução dos gastos militares, em favor do bem-estar social e dos serviços básicos de saúde (Corrêa e Petchesky, 1994). No entanto, as políticas econômicas e sociais nos sete países onde o IRRRAG atua, refletindo as tendências globais, seguem na direção oposta: implementam programas de ajuste estrutural que impõem privatizações e cortes nos serviços sociais e privilegiam os interesses empresariais e o capital transnacional, continuando a realizar elevados gastos militares.*

Além disso, os fundamentalismos ressurgem em vários países, reivindicando a autoridade suprema sobre doutrinas religiosas e valores morais e questionando, ativamente, o reconhecimento da liberdade sexual e reprodutiva como um direito humano básico. Quer sejam cristãs, hinduístas, islâmicas, budistas ou judaicas, essas correntes fundamentalistas reiteram as visões patriarcais tradicionais que preconizam a subordinação "natural" das mulheres e a primazia da família heterossexual, procriadora e dominada pelos homens. Embora sob uma fachada religiosa, o impacto e os objetivos dos atuais movimentos fundamentalistas são esmagadoramente políticos: buscam influenciar ou tomar o poder de Estado, fortalecer a autoridade das leis religiosas e dos seus tribunais sobre todas as relações sexuais e familiares e remodelar políticas nacionais e normas internacionais em um padrão conservador. Em meados dos anos 90, o Vaticano e seus aliados dos Estados católicos formaram uma aliança aberta com regimes islâmicos para influenciar as conferências do Cairo e de Beijing e, especialmente, para fazer oposição às noções de direitos sexuais e reprodutivos, aos direitos individuais e ao reconhecimento dos diferentes tipos de arranjos familiares. Apesar de terem perdido a disputa pela linguagem nos documentos das Nações Unidas, essas forças continuam a ter considerável poder e a influenciar governos, legislação e opinião popular em muitos países, inclusive naqueles onde o IRRRAG atuou (Amin e Hossain, 1955; *Católicos pela Livre Escolha*, 1995; Freedman, 1996; *Mulheres contra o Fundamentalismo*, 1995).

Finalmente, os obstáculos políticos e econômicos para concretizar os direitos sexuais e reprodutivos são reforçados pelas raízes culturais e sociais profundas da

---

* Em relação a gastos militares, o Brasil está entre os países do mundo que apresentam os menores percentuais de despesas nesta área (Nota das Editoras Brasileiras).

nenhum equivalente em certas línguas nacionais (por exemplo, não existe palavra equivalente a *reprodutivo* em árabe e malaio; e nenhuma expressão vernácula para *empoderamento* ou *entitlement*, em português e espanhol).[10] Embora, nos últimos dez anos, grupos de mulheres, em alguns de nossos países, tenham usado alguma versão do termo *direitos reprodutivos* no seu trabalho de organização e ação política (*advocacy*),* em outros países, o termo era muito menos aceito. As participantes da Nigéria e das Filipinas preferiam utilizar um discurso voltado para a "saúde" ou para a "plenitude física e mental", pois consideravam que, mais do que o discurso dos direitos, isso faria maior sentido nos grupos de base aos quais estavam relacionadas. No entanto, outras participantes defendiam, de forma igualmente vigorosa, a manutenção de "direitos reprodutivos", especialmente as pesquisadoras do México e do Brasil, onde os movimentos de mulheres têm associado autonomia reprodutiva a direitos de cidadania; as participantes dos Estados Unidos, onde o movimento pelos direitos civis dos afro-americanos tem nutrido uma longa tradição de direitos da comunidade, também tinham uma argumentação semelhante. Ressaltavam que os movimentos progressistas de todo o mundo adotaram uma agenda de direitos humanos associada a lutas por igualdade e justiça não somente para as mulheres, mas também para muitos outros grupos oprimidos. As participantes do Egito e da Malásia observavam que, em seus países, apesar de não existir um equivalente exato em seus idiomas, as feministas, e até mesmo funcionários da saúde, já usavam o termo.

Embora o debate não tenha sido resolvido em nossa reunião inicial, o projeto havia sido concebido exatamente para dar ao conceito de direitos reprodutivos uma definição mais bem fundamentada do ponto de vista cultural. Assim, decidimos mantê-lo, até que concluíssemos que os resultados da pesquisa justificassem seu abandono. Na verdade, como observa Sonia Corrêa, as estratégias de "saúde" e "direitos" "não são mutuamente excludentes" e têm sido usadas de forma simultânea pelos movimentos de mulheres, tanto no Norte, quanto no Sul:

> As mulheres podem ou não interpretar sua decisão [de interromper a gravidez] como tendo algo a ver com as relações desiguais entre homens e mulheres ou com "direitos". A decisão de uma mulher representa, sempre, um ponto de equilíbrio entre suas próprias necessidades, as de sua família e, algumas vezes, da sua comunidade. Essa decisão representa um indicador crítico da autonomia reprodutiva da mulher e de seu direito à saúde — tomada sozinha ou através do diálogo com outros agentes importantes (1994:69).

---

[10] A tradução direta de *direitos reprodutivos* para o árabe é *al-hoquoq al-ingabiah* ou, literalmente, "o direito de dar à luz".

* *Advocacy* pode, eventualmente, ser traduzido por advocacia. Entretanto, em português, advocacia se refere, fundamentalmente, a atividades de natureza legal ou jurídica. *Advocacy*, porém, tem um significado mais amplo, denotando iniciativas de pressão política e de articulação, mobilizadas por organizações da sociedade civil com o objetivo de dar visibilidade a certos temas no debate público e influenciar políticas públicas. (Nota das Editoras Brasileiras.)

primários, (b) filtrá-los através de uma lente comparativa e intercultural e (c) fazer um conjunto específico de perguntas sobre a vida sexual e reprodutiva das mulheres e suas estratégias de tomada de decisão nestes campos. Embora nossa pesquisa suscitasse muitas questões correlatas, os estudos nacionais foram motivados, sobretudo, por duas perguntas: como as mulheres de diferentes países, culturas e gerações experimentam o sentimento e/ou a consciência de que estão autorizadas e legitimadas a ter direitos (*entitlement**) (e negociam-no) em relação ao seu bem-estar e à sua saúde reprodutiva e sexual e ao seu bem-estar? Em que circunstâncias de vida e através de que termos, códigos e estratégias, elas passam a assumir o controle de seu corpo nos domínios da sexualidade e da reprodução? Assim, desde o início, a pesquisa estava fundamentalmente preocupada com questões de *agenciamento*** moral e político e com a formulação, por parte das mulheres, de demandas por autonomia pessoal sobre suas decisões e com sua luta para conquistar essa autoridade. Estávamos especialmente interessadas em saber como e quando essas reivindicações emergem na chamada arena "privada" da família e das relações sexuais, buscando, porém, conhecer sua ressonância nos domínios "públicos" — o Estado, os serviços de saúde, a instituição religiosa, a comunidade —, que se tornam guardiões locais do comportamento sexual e reprodutivo da mulher. Além do nível micropolítico, também estávamos interessadas em saber quando as políticas públicas relativas à saúde e população reforçam as normas tradicionais da subordinação feminina e quando, de fato, contribuem para o *empoderamento* das mulheres, levando-as a desafiar essas normas.

Assim, nossa pesquisa transita entre dois planos da realidade social. O primeiro deles é o das *percepções* — como as mulheres expressam suas aspirações e a consciência de que são sujeitos de direitos à luz tanto das normas da comunidade quanto das suas próprias necessidades materiais e emocionais mais urgentes (e também as de seus filhos). O outro plano é o das *relações de poder* e das *condições* nas quais elas ocorrem — como elas negociam as relações com seus pais, seus maridos e outros parceiros sexuais, com os médicos e com as autoridades públicas ou religiosas e como elas atuam sobre a escassez de recursos e serviços, para traduzir essas necessidades em demandas explícitas por direitos ou justiça. Uma observação comum a todos os estudos nacionais é a de

---

* A palavra *entitlement* é literalmente traduzida por direito e *sense of entitlement*, portanto, conceito central nesta pesquisa, pode ser traduzido por *percepção ou consciência de direitos*. Nesta tradução, utilizaremos estas duas formas ou, ainda, tal como descrito anteriormente, para significar o sentimento de sentir-se autorizada ou legitimada a ter direitos em determinado campo da vida (Nota das Editoras Brasileiras).

** Agenciamento foi, à falta de outra mais adequada, a palavra escolhida para o conceito de *agency*, cuja tradução literal é agência. O sentido do conceito de *agency* liga-se à capacidade e possibilidades de os/as indivíduos serem agentes de suas próprias ações e de suas próprias vidas, sendo próximo, mas não idêntico, ao conceito de sujeito, entendido como aquele ou aquela que é portador/a de autonomia e projeto(s) próprio(s). Em razão destas sutilezas teóricas reveladas pelas dificuldades de tradução, o termo *agency* (ou agenciamento) só foi utilizado quando não nos foi realmente possível encontrar outras palavras que melhor expressassem o seu significado (Nota das Editoras Brasileiras).

que as mulheres se envolvem nessas relações como sujeitos ativos, e não como vítimas passivas, embora tanto as circunstâncias quanto as pessoas que detenham mais poder possam erodir seus esforços de tornarem-se sujeitos nestas relações.

As mulheres sempre tentam, a partir de suas posições tradicionais como trabalhadoras, mães e esposas, não somente influenciar seu entorno imediato, como também ampliar esse espaço. No entanto, a ideologia patriarcal dominante, que promove os valores da submissão, do sacrifício, da obediência e do sofrimento em silêncio, muitas vezes solapa essas tentativas de afirmação própria e de reivindicação de recursos sociais e materiais (Batliwala, 1994:129-30).

O objetivo da pesquisa do IRRRAG foi o de revelar e reforçar as condições para que as mulheres superem estas barreiras no sentido de desafiar as atuais relações de poder e... obter maior controle sobre as fontes de poder" (Batliwala, 1994).

Na reunião de fundação do IRRRAG, em 1992, adotamos um amplo conjunto de questões como marco de referência para a pesquisa, que foi organizada em torno de quatro matrizes conceituais: (1) o conceito de *entitlement*; (2) os processos de tomada de decisões no campo da reprodução; (3) as dinâmicas de resistência e acomodação; e (4) as condições econômicas, sociais, políticas e legais.

Entretanto, durante a pesquisa, não apenas descobrimos uma razoável sobreposição entre esses temas, como também compreendemos que os conceitos com que trabalhávamos exigiam um esforço contínuo de construção e desconstrução, à medida que tentávamos aplicá-los a diferentes contextos e situações de campo. Somente depois de revisitar esses conceitos em nossas discussões coletivas e de usá-los de forma concreta em nosso trabalho de campo e na interpretação dos dados, durante três anos, é que compreendemos melhor suas nuanças e sua utilidade para decodificar a linguagem e as ações das mulheres entrevistadas.

Reprodução

Virtualmente, todas as equipes, através de suas experiências nos movimentos locais e regionais de saúde da mulher, trouxeram para o projeto a visão de que a reprodução denotava uma esfera de atividade muito mais ampla do que a mera administração da fecundidade. Concordamos que a saúde reprodutiva inclui o acesso a anticoncepcionais seguros e ao atendimento obstétrico e pré-natal, bem como a serviços relacionados à menarca e à menopausa; o aborto seguro e legal; serviços de prevenção e tratamento das infecções do trato reprodutivo (ITRs), HIV/aids, infertilidade e cânceres ginecológicos; proteção contra a violência sexual, mutilação genital feminina e outras práticas tradicionais nocivas; informação plena e respeito pela capacidade da mulher de tomar decisões; e acesso, durante toda a vida, à assistência à saúde de boa qualidade. Além disso, a equipe egípcia sublinhou que a reprodução e a maternidade são funções sociais, e não unicamente um direito ou uma responsabilidade individual; e a equipe brasileira, com base em sua pesquisa com trabalhadoras domésticas e rurais,

sempre enfatizou que a reprodução social envolve atividades que afetam todo o ciclo de vida da mulher, e não somente os chamados anos reprodutivos.

A visão de que as atividades reprodutivas das mulheres são determinadas socialmente e constituem um "trabalho útil" ganhou vida nas experiências das mulheres com quem conversamos nas comunidades pesquisadas.[12] Tornou-se evidente que os vários temas agrupados em torno da reprodução biológica estavam, na vida cotidiana das mulheres, estreitamente interligados com as tarefas da reprodução social. Cientistas sociais e demógrafos entenderam, há muito tempo, que as mulheres decidem se vão ter filhos ou não, levando em conta o fato de terem ou não trabalho remunerado e acesso a creches, assim como as demandas de maridos ou de outros parentes. Porém, logo entendemos que a "trajetória reprodutiva", incluindo os cuidados com as crianças e as tarefas domésticas, não é apenas socialmente determinada. No contexto de dominação masculina, característico de muitas sociedades atuais, as atividades reprodutivas são fortemente marcadas pelo gênero e distribuem-se ao longo de todo o ciclo de vida das mulheres — desde a época em que se espera que as meninas façam o papel de "pequenas mães" até a velhice. Além disso, a gravidez e os cuidados com as crianças são vividos por muitas mulheres não como acontecimentos biológicos, mas como formas de trabalho social realizado para outros e que exige um considerável grau de organização, energia e habilidade. Esta percepção teve implicações importantes para a nossa metodologia e para a formulação da pesquisa; significou que, ao estudar as expressões da consciência de direitos das mulheres no campo da reprodução e da sexualidade, tivemos que também investigar como a idéia de direitos era entendida e se expressava em relação à divisão de trabalho e às relações de poder nas arenas mais amplas do casamento, do trabalho e da família.

Direitos

Desde os anos 70, os movimentos de mulheres têm desempenhado um papel central para o reconhecimento das questões ligadas à integridade pessoal e corporal, à saúde e à reprodução nos instrumentos políticos e normativas internacionais. Também têm contribuído para a promoção do princípio da indivisibilidade dos direitos, que articula os direitos individuais aos direitos civis e políticos, mais bem estabelecidos no discurso institucional e político, assim como aos econômicos, sociais

---

[12] Esta visão é tema de vasta literatura feminista e sociológica. Entre outros, veja Afshar, 1991; Agarwal, 1998; Collins, 1990; Dixon-Mueller, 1993; Eisenstein, 1978; Engels, 1972; Ginsburg e Rapp, 1995; Kelly, 1984; Kuhn e Wolpe, 1978; Mies, Bennholdt-Thomsen e Von Werlhof, 1988; Ruddick, 1989; e Yuval-Davis e Anthias, 1989. Essa literatura, em boa parte derivada da perspectiva feminista-marxista, analisa criticamente as formas através das quais maridos, grupos de parentesco, comunidades e Estados se apropriam da capacidade da mulher como procriadora e mantenedora da família para seus próprios fins políticos e econômicos. Também reivindica que o trabalho reprodutivo biossocial das mulheres seja reconhecido como valioso e necessário para a sobrevivência da comunidade, com seu próprio conjunto de conhecimentos e habilidades.

e culturais.[13] As primeiras normativas internacionais, como a Carta de Fundação da Organização Mundial da Saúde (1946), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e a Convenção Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1967), já foram escritos numa linguagem que inscreve "o usufruto do mais elevado padrão possível de saúde" e o direito à "vida, liberdade e segurança pessoal" como direitos humanos fundamentais. A Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1970) e a Carta Africana sobre Direitos Humanos e dos Povos (1982) também se referem à integridade e física e mental e à inviolabilidade da pessoa, enquanto a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Convenção das Mulheres, 1979) proíbe aos seus signatários a discriminação contra as mulheres, com relação a todos os direitos estabelecidos, incluindo o acesso à assistência à saúde, educação e informação, ao emprego e à liberdade para decidir sobre casamento e reprodução.

Mais recentemente, graças ao trabalho das articulações internacionais de mulheres mencionadas anteriormente, a Declaração e Programa de Ação da Conferência de Direitos Humanos de Viena (1993), o Programa de Ação da Conferência de População e Desenvolvimento (1994) e a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher (1995) estendem os princípios básicos dos direitos humanos a aspectos específicos da liberdade sexual e reprodutiva das mulheres. Assim, atualmente, o vocabulário internacional dos direitos humanos inclui: (a) "o direito básico de *todos* os casais e indivíduos de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos, o espaçamento entre eles e o momento adequado para tê-los, assim como ter a informação e os meios para isso"; (b) incorpora a ausência de "violência contra a mulher e de todas as formas de assédio e exploração sexuais", incluindo "o estupro sistemático, a escravidão sexual e a gravidez forçada"; (c) ausência de mutilação genital; (d) o "direito de tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência"; (e) e o direito a "ter uma vida sexual satisfatória" (Cook, 1995; Leary, 1994; Otto, 1995).

Entretanto, persiste um problema com relação a esses documentos formais. Em função das debilidades e divisões das organizações internacionais, sua aplicação depende dos governos nacionais, que são, com freqüência, corruptos, instáveis e desinteressados. Apesar de, na série de foros paralelos das ONGs (organizações não-governamentais), realizados durante as conferências das Nações Unidas na década de 90, terem sido dados os primeiros passos para criar uma "sociedade civil internacional", que pressione os governos a honrarem seus compromissos com os direitos humanos, são ainda raros os mecanismos confiáveis de implementação e monitoramento dos planos de ação, através dos quais grupos e indivíduos politicamente minoritários possam apresentar suas próprias demandas. Mais importante ainda, as declarações

---

[13] Para uma discussão mais completa sobre a abordagem da indivisibilidade dos direitos humanos, veja Borland, Rao e Zeidenstein, 1994; Cook, 1994 e 1995; Copelon e Petchesky, 1995; Freedman, 1995; Freedman e Isaacs, 1994; S. Fried, 1994; e Schuler, 1995.

formais de direitos das mulheres não apenas são desconhecidas por parte da grande maioria das mulheres, como também permanecem distantes dos constrangimentos sócio-econômicos que pesam sobre as mulheres pobres e, portanto, dos contextos encontradas pelas pesquisadoras do IRRRAG. Para a maioria das pessoas, ao menos por dois motivos, a tradução dos direitos em leis nacionais e acordos internacionais está muito afastada do modo como elas encaram o certo e o errado, a justiça e a injustiça, as necessidades e as privações em sua vida cotidiana.

Em primeiro lugar, o termo *direitos* está normalmente associado às arenas formais e aos mecanismos legais, estatais ou religiosas. Contudo, a maior parte das pessoas, nos países onde realizamos a pesquisa, tem experiência em lidar com as autoridades encarregadas do cumprimento da lei (polícia, servidores públicos, profissionais de saúde) que, com freqüência, são opressoras, corruptas e desrespeitam as leis nacionais e princípios internacionais, ou até mesmo a simples decência, de modo rotineiro. Como conseqüência, as pessoas vêem os direitos formalmente constituídos como inaplicáveis aos seus casos, especialmente se são pobres e mulheres. Entre as mulheres que responderam à nossa pesquisa, especialmente no Brasil, México e EUA, foi possível observar uma desconfiança muito intensa contra burocratas, funcionários de tribunais ou membros das forças policiais e, por associação, contra a premissa de que os sistemas legais formais podem proteger seus direitos ou interesses. Nesses contextos, pouco significa falar de "direitos sexuais e reprodutivos", exceto para aquelas e aqueles que já são politizados e estão envolvidos em lutas sociais e políticas que pressupõem a possibilidade de se exigir justiça.

Em segundo lugar, embora os mecanismos de aplicação dos direitos humanos sirvam, de fato, para responsabilizar o Estado e seus agentes (polícia, militares, funcionários e profissionais de saúde pública), entre os que violam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres também estão agentes privados, como os pais ou outros parentes, maridos e parceiros sexuais. Na verdade, como sugerem alguns dos estudos nacionais incluídos neste volume, a prerrogativa de afirmar seus próprios direitos ou de ter autoridade para tomar decisões pode ser mais fácil para muitas mulheres quando se trata de figuras de autoridade mais distantes — médicos, líderes religiosos, o prefeito —, do que de pessoas com as quais têm envolvimento íntimo, como os maridos. Especialmente no caso das mulheres cujas vidas, em muitos países e culturas, ainda estão aprisionadas na domesticidade, as afirmações dos direitos humanos precisam penetrar na esfera "privada", onde ocorrem violações cotidianas de sua integridade corporal e de sua individualidade — como, por exemplo, o estupro conjugal, a mutilação genital feminina (MGF), o controle da sexualidade das mulheres e o repúdio consuetudinário ao planejamento reprodutivo. As ações "públicas" do Estado e dos seus agentes expressas, por exemplo, através das leis que proíbem ou restringem o aborto ou o estupro de civis por soldados ou policiais, reforçam as invasões privadas cotidianas, produzindo um *continuum* de abusos sistêmicos (Copelon, 1994; Romany, 1994). Romper as barreiras artificiais entre as esferas "pública" e "privada" tem sido um objetivo principal das feministas ao se

aliviar, ao invés de transformar, os efeitos mais severos do sistema econômico capitalista (como o desemprego crônico), também reconheceu que o acesso e usufruto de direitos por parte de cidadãos e cidadãs dependiam de regulamentação para a sua legitimação.[14] A conhecida "abordagem do *entitlement*", desenvolvida pelo economista Amartya Sen, segue a tradição do Estado do Bem-estar. Para explicar a ocorrência de fome, ou seja, de que ainda hoje há pessoas que morrem por falta de alimentos, mesmo quando existe alimentação abundante, Sen interpreta a idéia de *entitlement* como falta ou falha: algumas pessoas não conseguem comida porque não puderam ter acesso aos direitos e benefícios sociais, econômicos, políticos e legais existentes em um determinado país — "A lei se ergue entre a disponibilidade de alimentos e o direito à alimentação" (Sen, 1981; 1984:348). Em outras palavras, o sistema de acesso a direitos tal como o conhecemos fracassa em possibilitar o pleno usufruto dos direitos naturais.

A abordagem do IRRRAG sobre a "*entitlement*" pode ser considerada como subjetiva, pelo fato de estar mais centrada nas demandas éticas e morais das mulheres, especialmente em relação a parceiros, parentes, pessoas mais próximas da família e servidores públicos ligados a programas sociais, do que nas suas percepções a respeito da lei ou do Estado. Nossa hipótese básica, ao desenvolver esse conceito, foi a de que muitas mulheres, incluindo as pobres, sem educação formal ou provenientes de culturas nas quais o discurso dos direitos não tem ressonância, atuarão conscientemente para atender às suas necessidades e às de suas crianças, inclusive no campo da reprodução e sexualidade. A consciência de que se é sujeito de direitos, porém, vai além do conceito de *necessidades básicas*, pois inclui a convicção da correção moral da demanda, sem, talvez, o reconhecimento público formal ou legal subentendido na idéia de "direitos". Assim, denota um espaço intermediário entre a percepção da necessidade e a expressão do direito. Nesse sentido, a consciência de direitos se traduz em ações verbais, metáforas, ou mesmo em comportamento não-verbal, que representam tanto (1) uma aspiração de mudar a própria situação ou a dos filhos, uma esperança de vida melhor; e (2) um senso de autoridade para efetuar essas mudanças, através das próprias palavras ou ações.

É claro que uma meta de pesquisa tão ampla e, em muitos aspectos, filosófica, apresenta problemas analíticos e metodológicos de difícil equacionamento, os quais

---

[14] Durante a Depressão dos anos 30, nos EUA, as lutas contra o desemprego, a pobreza, por direitos trabalhistas e habitação resultaram em leis que ficaram conhecidas como *entitlements*, sendo as mais importantes a Lei da Seguridade Social e a Ajuda aos Filhos Dependentes (depois, Ajuda às Famílias com Filhos Dependentes), popularmente conhecidas como *welfare*. Nos anos 60, foram aprovados os programas Medicaid e Medicare, provendo direitos à saúde para os pobres e idosos, respectivamente. Nas décadas de 80 e 90, esses e muitos outros programas de *entitlements* para ajudar os pobres, portadores de deficiências e populações imigrantes sofreram uma bateria de ataques dos conservadores da direita, que promoviam uma volta aos valores do livre mercado e do *laissez-faire*. Logo em seguida à privatização global, ocorreram movimentos similares em muitos países europeus e no Canadá, com diversos graus de sucesso.

este projeto apenas faz aflorar. Ao pressupor que os termos com que as pessoas justificam seu próprio comportamento ou decisões "na esfera privada" geralmente diferem das formas mais "públicas" de legitimação utilizadas pelos ativistas, torna-se necessário desenvolver maneiras cuidadosas de escutar, de modo a perceber expressões, códigos locais e até mesmo silêncios, que possam sinalizar a presença da consciência de ser sujeito de direitos. Isso sugere um segundo problema, comum em muitas pesquisas qualitativas, porém particularmente agudo no caso de pesquisas que lidam com as questões mais íntimas — com freqüência camufladas — das relações sexuais e reprodutivas: como distinguir entre o *normativo* e o *comportamental*, entre o *que as pessoas dizem e pensam que devem fazer* e o *que de fato fazem*. Na verdade, o problema é mais complicado do que isso, pois os termos normativos que as pessoas podem usar para justificar (ou mesmo condenar) suas próprias ações — por exemplo, fazer um aborto em segredo, em condições de ilegalidade ou sob censura da comunidade — podem não expressar completamente o modo como justificam aquelas ações perante si mesmas, à luz das circunstâncias imediatas. Assim, para a clareza da análise, é preciso reconfigurar o conceito de *entitlement* em vários níveis normativos: (1) o plano da legislação nacional e internacional, isto é, os direitos formais (tanto o que estes direitos são quanto o que parecem ser para as pessoas entrevistadas); (2) o plano do costume/tradição (as normas religiosas dominantes e outras normas que determinam os valores das pessoas e/ou seu comportamento na comunidade); (3) o plano da prática (o que as pessoas realmente fazem na sua vida cotidiana, além dos valores normativos e legais); e (4) no plano das percepções, como as entrevistadas acreditam que as coisas devem ser e como sentem que sua consciência de direitos e suas aspirações são ou não reconhecidas ou atendidas na realidade.[15]

Durante o processo de pesquisa, os relatórios preliminares de campo nos ofereceram algumas pistas para um entendimento mais matizado das bases culturais e imagens que poderiam invocar a consciência de direitos entre as mulheres pobres. Por exemplo, a equipe brasileira descobriu, em Pernambuco, que as mulheres entrevistadas da zona rural tendiam a associar direitos com a "liberdade de ir e vir", de deixar a casa e ir para a lavoura. Mulheres de um lugarejo rural do sul dos EUA utilizaram quase as mesmas palavras — "fazer o que quero e ir para onde quiser" — para indicar que tinham atingido o *status* adulto e podiam exercer seus direitos. Da mesma forma, as mulheres no Egito encaravam a prova pública de sua virgindade no casamento como um salvo-conduto para caminharem livremente nas ruas (veja capítulos 2, 3 e 8). Algumas vezes, as expressões da consciência de direitos das mulheres assumiram uma forma negativa, ao invés de positiva quando, por exemplo, uma entrevistada demonstrava arrependimento ou se sentia injustiçada por ter sido esterilizada, impedida de trabalhar fora de casa, não ter tido informação sexual, ou

---

[15] Uma das nossas consultoras de pesquisa, Beth Richie, do Hunter College de Nova York, forneceu essa útil categorização.

ter sido forçada a casar ou engravidar. Muitas vezes, tal arrependimento evolui para a decisão de que suas filhas deverão gozar de maior liberdade do que a que tiveram — uma *transferência de direitos entre gerações*.

Finalmente, os resultados de campo nos levaram a encarar a consciência de direitos como algo que emergia não de um "eu" fixo ou de um sujeito isolado (o "indivíduo" do pensamento liberal clássico), mas a partir de um contexto social cujas normas e relações são continuamente transformadas e contestadas. A equipe filipina nos ajudou a desenvolver essa compreensão, com sua cuidadosa formulação da idéia de "direitos contextualizados ou negociados". Ao associar "*entitlement*" ao termo filipino *sana*, ou "aspirações e expectativas", a análise das Filipinas enfatiza as muitas dimensões e níveis da consciência e vivência de direitos ao fazer sua interseção com a dinâmica sexual e familiar, com as condições socioeconômicas, a disponibilidade de serviços médicos e de planejamento familiar, assim como com a etapa de vida da mulher. A análise destaca que, para as mulheres populares (portanto, para a maioria das mulheres em nossos sete estudos nacionais), "o desejo de ter direitos deriva, em grande medida, de condições relacionais ou situacionais, e não de uma clara noção de integridade corporal". A decisão de uma mulher em relação à sua sexualidade e fecundidade dependerá não somente de sua posição de classe, ocupação, estrutura familiar, educação, de seu acesso a serviços de saúde reprodutiva e outras variáveis socioeconômicas, como também de suas próprias percepções, à medida que sua "noção de 'eu' evolui e muda durante as etapas de vida"; depois do casamento, é mais provável que projete suas aspirações na família, especialmente nos seus filhos. Em resumo:

> A realização das aspirações de uma mulher é o produto da interação entre, de um lado, o que ela diz que deseja e necessita e, de outro, o que acredita que sua família e a sociedade podem realisticamente lhe dar, assim como o que de fato ela faz para si própria. Portanto, pode-se afirmar que a busca de direitos está sempre *sendo negociada*. Este é um processo que é vivenciado intimamente pela mulher, entre demandas e valores que, muitas vezes, são ambíguas e contraditórias, e é também vivido na relação entre ela e o mundo externo, sendo a família o primeiro plano no qual as negociações acontecem.[16]

Essa análise relacional deixa claro que o enfoque do IRRRAG sobre o conceito de *entitlement* como um tipo de discurso sobre direitos é mais complexa e multifacetada do que as noções ocidentais convencionais de "privacidade" e "individualismo". Ao contrário, recorremos a uma tradição subversiva de autonomia e apropriação de si existente na cultura popular européia, afro-americana e em muitas culturas não-ocidentais, as quais postulam um "eu" tanto individual quanto construído pela permanente interação e interdependência com os demais (Corrêa e Petchesky, 1994; Petchesky, 1995b; Collins, 1990; Eisenstein, 1988). Para a mulher, afirmar sua

---

[16] Estes trechos são do relatório da equipe das Filipinas, versão preliminar de 1995.

autoridade ou sua autonomia e capacidade para tomar decisões nos campos da sexualidade e da reprodução, baseada nos fatos de que é o seu próprio corpo que está em jogo ou de que é a mãe a maior responsável pelo que acontece aos filhos, não significa ser "egoísta" ou agir apenas por interesse próprio. De fato, como confirmam os estudos deste livro, as mulheres, muitas vezes, aparecem agindo ou decidindo em seu próprio nome (isto é, em separado dos maridos ou em contradição com as normas dominantes da comunidade), com base em um sentimento de dever para com os outros, em geral, seus filhos. Desse modo, elas põem em prática suas próprias intenções, reconciliando-as normativamente com séculos de cultura e socialização patriarcais, que as definem como "aquelas que cuidam", como as que devem pensar nas necessidades de todas as pessoas, antes das próprias.

Essa impressão inicial provocou um intenso debate na equipe do IRRRAG com relação à ética feminista. Interrogamo-nos se a ética feminista implica um tipo de hierarquia, na qual a ação para si própria seria de alguma maneira superior, ou politicamente mais consciente, do que a ação para os outros — o papel tradicional das mulheres. Contudo, numa investigação mais cuidadosa, os dados de nossa pesquisa sugerem que as mulheres, em suas deliberações cotidianas sobre questões de fecundidade, sexualidade, trabalho e cuidados com os filhos, não necessariamente vivenciam seus direitos e os de sua família (especialmente dos filhos) como operando em diferentes e conflitantes níveis de decisão. Ao contrário, durante todo o tempo elas entretecem a relação eu–outro nas suas avaliações morais, enraizando sua identidade individual na família e na comunidade. Por exemplo, aos olhos das mulheres das áreas rurais da Nigéria, descansar e preservar seus corpos após a gravidez parece necessário para uma maternagem competente — para o bem de seus filhos e delas mesmas. De modo similar, para as mães brasileiras em setores urbanos, proporcionar às suas filhas maior liberdade sexual e reprodutiva do que as que tiveram quando jovens elevará sua própria dignidade e auto-estima (e da geração mais velha). Portanto, o "direito negociado" implica um conceito de *eu* que "vai muito além da noção de integridade corporal [para incluir]... o contexto de todas as relações significativas — econômicas, sociais, culturais e familiares" (Corrêa, 1994:77).

O corpo e o "eu"

Mesmo quando as pesquisadoras do IRRRAG concordavam que "o 'eu' que toma decisões deve permanecer no núcleo dos direitos reprodutivos" (Corrêa, 1994:77), surgiram diferenças filosóficas entre o "eu" como agente moral e o corpo com suas conotações sexuais. Em 1995, durante uma apresentação informal feita por membros do IRRRAG,[17] Nilüfer Gole, socióloga e feminista turca, observou:

[17] Realizada no Centro de Conferências Rockfeller em Bellagio, Itália, onde tivemos uma reunião de trabalho de nove dias.

"Estou surpresa com o fato de que nenhuma de vocês tenha mencionado o que me parece ser o foco de todo o seu trabalho: o corpo da mulher, sua autodeterminação em relação ao corpo". A coordenadora da pesquisa nas Filipinas respondeu que as mulheres populares filipinas achariam estranho qualquer conversa sobre o "corpo"; por razões culturais, elas não falariam sobre o corpo, mas sobre o "eu". Essa resposta refletia ensinamentos religiosos que estigmatizam o corpo, associando-o com a sexualidade? Ou estaria expressando uma persistente resistência, inclusive entre nossas pesquisadoras de campo, a articular os direitos sexuais e reprodutivos a uma atitude *afirmativa* da sexualidade, em lugar de apenas expressar uma defesa contra o abuso ou as enfermidades sexuais? (Petchesky, a ser publicado). Por outro lado, nossa equipe egípcia rejeitava a dicotomia corpo–eu, do ponto de vista de um contexto cultural em que os dois termos são estreitamente associados e o "eu" é entendido como uma unidade integral do corpo e da alma.[18]

No que diz respeito ao conceito de *entitlement*, essa discussão sobre a relação entre o corpo e o eu é teoricamente importante em função das questões que faz emergir: o conceito implicaria um senso de apropriação e, portanto, do corpo como algo separado do próprio eu. Segundo algumas teóricas feministas, aplicar qualquer noção de propriedade (ou, na linguagem do liberalismo lockiano, a "propriedade da própria pessoa") à relação da mulher com seu corpo é apelar para o instrumentalismo e dualismo radicais que tiveram origem na cultura burguesa e são anátemas para o pensamento feminista. Nessa visão, a idéia de "controle sobre o próprio corpo", que apela para a propriedade, pode expressar aprovação da alienação comercial do corpo, por exemplo, através da prostituição e dos chamados contratos de barriga de aluguel (Akhter, 1990; Pateman, 1988).

Contudo, também se pode argumentar que a noção de auto-apropriação é inerente a uma longa tradição de movimentos de resistência popular, tanto na Europa como em diversas culturas não-européias, em defesa da autonomia sexual e da integridade corporal da mulher e de grupos oprimidos e escravizados. Esta trajetória política tem uma longa história e continua a ter relevância hoje em dia — serve de testemunho a afirmação da idéia do "direito da mulher controlar seu corpo", amplamente difundida entre os movimentos das mulheres, no Sul e no Norte — exatamente porque, especialmente para as mulheres, o corpo foi rotineiramente apropriado por outros, para seus fins sexuais e reprodutivos e, portanto, está separado de nós e é parte de nós ao mesmo tempo. Assim, para as mulheres, de forma coletiva, falar de nosso direito à autodeterminação sobre o corpo expressa uma "condição fundamental para o desenvolvimento e o fortalecimento das mulheres como um grupo social e,

---

[18] Membros da equipe egípcia do IRRRAG assinalaram que a palavra árabe utilizada no Egito para designar o "eu", em relação às questões físicas e sexuais, é a mesma usada para "alma"(*nafsek*). Esta palavra é usada, às vezes, para evocar a castidade, por exemplo, quando uma mãe diz à filha para "se cuidar", querendo dizer que conserve seu corpo sexualmente puro.

portanto, para sua participação plena como cidadã" (Petchesky, 1995b). Com respeito à sexualidade e à gravidez, os resultados de nossa pesquisa sugerem que, a depender das circunstâncias, muitas mulheres sentem seu corpo como lhes pertencendo e, ao mesmo tempo, como alienado delas. Contudo, até o ponto em que o marco conceitual do IRRRAG e, conseqüentemente, os resultados da pesquisa foram capazes de examinar em detalhe, permanece ainda tênue e incompleta a consciência de direitos em relação ao prazer e à satisfação sexual, independentemente da etapa da vida e da experiência sexual das mulheres (veja Capítulo 9).

Acomodação e resistência

Se o *entitlement* representa a consciência da mulher a respeito de seus direitos, de sua autoridade para tomar decisões e, portanto, de sua condição de sujeito, o grupo de estratégias que denominamos de "nexo de acomodação–resistência" se refere às maneiras pelas quais esta compreensão se manifesta nos planos do comportamento e do discurso. Em nossas primeiras discussões, imaginamos acomodação e resistência como uma dicotomia, a primeira refletindo o cumprimento passivo das normas dominantes e a última, a oposição ativa a essas mesmas normas. Um julgamento moral e político estava implícito nesse modelo, que via as concessões das mulheres às formas tradicionais de subordinação de gênero como sendo sempre unidimensionalmente autodestrutivas. À medida que nosso trabalho de campo avançou, no entanto, descobrimos que os dois extremos, de resistência aberta e acomodação passiva, são muito mais raros do que as complicadas e sutis estratégias sexuais e reprodutivas que a maioria de nossas entrevistadas adota para conseguir algum grau de autonomia e, ao mesmo tempo, manter sua posição na família e na comunidade. Assim, passamos a adotar um modelo de *continuum*, no interior do qual os atos de acomodação e resistência estão vinculados a partir de uma área intermediária e mais obscura, que reflete as circunstâncias materiais e culturais específicas de nossas entrevistadas. Para interpretar se um determinado comportamento constitui resistência ou apenas uma estratégia flexível para sobreviver ou lidar com a necessidade, precisamos examinar cuidadosamente o contexto particular no qual ocorre esse comportamento e a própria maneira como a mulher o entende. Uma ação que, em um dado contexto, pode ser interpretada como "acomodada", pode ser um gesto de oposição em outras circunstâncias (por exemplo, fugir para a casa do vizinho, para escapar da violência doméstica); uma ação que aparece como de resistência pode estar em conflito com o próprio juízo moral da mulher (por exemplo, a decisão de fazer um aborto, apesar da convicção de que é um "pecado" ou é proibido). Para atestar a complexidade da questão, embora as ações e as palavras de uma mulher possam aparecer, em tais casos, como conflitantes, ela própria, muitas vezes, não vê absolutamente nenhuma contradição em agir contra determinada norma e, ao mesmo tempo, falar sobre ela respeitosamente. Na prática, freqüentemente, a acomodação significa, de fato, uma

maneira conciliatória ou um modo de evitar a confrontação, para atingir o que se quer ou exercer os direitos almejados.

Vistos dessa perspectiva matizada, os significados de "práticas tradicionais" também se complexificam. Membros da equipe brasileira do IRRRAG sugerem que certas formas de resistência popular são, de fato, tradicionais, embora possam não ser convencionalmente reconhecidas como tais. Assim, mulheres pobres nas zonas rurais do Nordeste brasileiro se apóiam numa longa história de oposição popular aos ensinamentos da Igreja Católica sobre o aborto, quando encaram habitualmente seus abortos nos primeiros três meses como uma espécie de "negociação com Deus". A teologia da libertação lhes fornece uma visão alternativa, que justifica sua transgressão — a de uma divindade misericordiosa e gentil, que ajuda as mulheres em tempos difíceis e entende suas necessidades. Ao contrário, as mulheres na Nigéria agem, com freqüência, como guardiãs da tradição cultural (por exemplo, executando e garantindo o cumprimento da MGF ou os rituais de viuvez), num posicionamento ambíguo que tanto reforça seu poder na comunidade (principalmente sobre as mulheres mais jovens) quanto perpetua os padrões de dominação masculina. Ao interpretar o que se denomina de "práticas tradicionais perniciosas", as antropólogas de nossa equipe insistem em que encaremos as decisões sexuais e reprodutivas das mulheres "à luz de sua lógica própria". Essa lógica pode aceitar crenças e práticas que são profundamente perturbadoras para nossos valores políticos feministas, mas também nos recorda que a visão de nossas entrevistadas a respeito de suas necessidades e direitos pode ser distinta da percepção que temos sobre sua situação. Por outro lado, as práticas tradicionais nem sempre seguem um modelo simples de "opressão"; as mulheres podem utilizá-las de forma estratégica, para reforçar seu poder ou sua posição na comunidade ou para afirmar uma determinada identidade nacional, cultural ou religiosa.[19]

Em face de tais ambigüidades, como definir resistência ou identificar estratégias de tomada de decisões sexuais e reprodutivas que estejam, de forma clara e consciente, em oposição às normas ou expectativas dominantes? Embora não sejam muito freqüentes, em vários casos, pudemos localizar indicadores evidentes dessa resistência: por exemplo, quando o comportamento não-conformista de uma mulher se torna público (em lugar de clandestino ou secreto); quando ela mostra óbvia disposição de arriscar uma provável punição ou reprovação; e, acima de tudo, quando ela expressa uma ideologia ou um discurso que justifica sua ação ou crença em termos

---

[19] Cf. Trinh (1990): "...quando as mulheres decidem levantar o véu, podemos dizer que o fazem em desafio ao opressivo direito dos homens a seu corpo. No entanto, quando decidem mantê-lo ou recolocar o véu que tinham tirado, podem estar fazendo isso para reapropriar-se de seu espaço ou para afirmar uma nova diferença, desafiando uma padronização centralizada, hegemônica e indiferente ao gênero." As antropólogas feministas apontaram a mesma questão; ver Ginsburg e Rapp, 1995; Göle, 1996; Pearce, 1995; e Sanday, 1981.

de direito, justiça ou imparcialidade (e não apenas de falta de opções). Por outro lado, estávamos bem conscientes de que a resposta de uma entrevistada, argumentando que sua ação tinha sido "errada" ou "um pecado", mas que não tinha tido escolha, não necessariamente nos dizia tudo sobre suas convicções. Certamente, nestes casos, existem camadas mais profundas de valores morais não-verbalizados e difíceis de serem investigados; e, na maior parte das vezes, essas camadas revelam a disposição das mulheres de desafiar a legislação religiosa ou secular dominante (embora normalmente em segredo), para realizar os imperativos práticos, morais e sociais de seu papel reprodutivo.

Para ajudar na travessia dessas dificuldades, a equipe egípcia desenvolveu uma ferramenta analítica muito útil, ao enunciar quatro posturas estratégicas diferenciadas entre as mulheres que entrevistaram: "faz parte da natureza das coisas" (fatalismo, não questionamento de normas recebidas); "doloroso, mas necessário" (agir de modo transgressivo, aceitando a desaprovação tradicional; ou o contrário, ser cúmplice das práticas tradicionais, mas expressar, abertamente, queixas ou arrependimentos); "resistência e resistência disfarçada" (subterfúgios e subversões); e "não é não!" (confrontação direta para afirmar uma prerrogativa ou um direito). O elemento crucial desta matriz é a idéia de "trocas" ou acomodações estratégicas. Ficamos mais sintonizadas com essas trocas nas discussões sobre os resultados preliminares, quando percebemos, por exemplo, que, entre as filipinas entrevistadas, as esposas normalmente atendem ao desejo sexual dos maridos, mesmo contra a vontade, para obter certos outros benefícios estratégicos, tais como ajuda nas tarefas domésticas ou abrandamento dos conflitos familiares. Do mesmo modo, algumas mulheres, entre as entrevistadas egípcias, expressaram aceitação do tradicional ritual de defloramento da noite de núpcias (*baladi dokhla*) como uma possibilidade para conseguir maior liberdade e mobilidade. Elas afirmavam: "Já que provei minha castidade, devo poder trabalhar fora e ir e vir como me aprouver".

Assim, começamos a entender que as mulheres, muitas vezes, *optam* por aceitar as expectativas tradicionais que lhes desagradam, mesmo aquelas que, flagrantemente, violam seu senso de integridade corporal ou bem-estar, para obter vantagens nas relações de poder na comunidade e em casa, nas condições reais em que elas ocorrem e em que as mulheres têm restrita margem de manobra. Finalmente, uma visão das estratégias de acomodação e resistência como sendo interativas e sobrepostas, e não dicotômicas, recorda-nos que as estratégias que as mulheres adotam para expressar sua consciência de direitos ou para agir sobre ele quase sempre se desenrolam num contexto de dominação, subordinação em que o poder ou os recursos são, para elas, limitados (De fato, o próprio conceito de *resistência* abrange esta realidade; ver MacLeod, 1991 e Scott, 1990). As feministas rejeitam a maioria das estratégias de acomodação porque elas tendem a reforçar, a longo prazo, as relações de gênero tradicionais (Corrêa, 1994; Molyneux, 1985). Contudo, esse contínuo processo de negociação, nas circunstâncias mais limitadas e comprometedoras, também nos lembra que,

para muitas mulheres, o êxito significa, muitas vezes, ter a habilidade de passar da condição de vítima para a de sobrevivente.

Entretanto, em última instância, precisamos nos perguntar se (e quando) as estratégias das mulheres, desenvolvidas com base no nexo acomodação–resistência, passam a transformar as relações de poder existentes na família e fora dela. As acomodações estratégicas que as entrevistadas nos estudos do IRRRAG utilizam mais freqüentemente para negociar suas prerrogativas sexuais e reprodutivas são ainda reativas, e não exatamente transformadoras. Nesse contexto, é interessante observar que a afirmação ativa de prerrogativas e direitos está, freqüentemente, relacionada a atividades econômicas que, por sua vez, são vistas como parte da sobrecarga e da responsabilidade da maternidade; em quase todos os locais da pesquisa, o desenvolvimento pessoal e o lazer, assim como as demandas em favor da autodeterminação sexual e do prazer da mulher, aparecem em último lugar. Essa hierarquia das demandas pode ser atribuída ao fato de que, nas famílias de baixa renda, a sobrevivência econômica é a necessidade mais urgente da mulher. No entanto, também parece que, em muitos casos, resistir em nome da necessidade ou sobrevivência econômica é socialmente mais aceitável, pois, nesse caso, a mulher é vista como resistindo em nome da defesa da família, e não em seu próprio nome. Em outras palavras, esse comportamento está de acordo com as noções que prevalecem, na sociedade em geral, sobre o papel doméstico das mulheres, enquanto as demandas mais "pessoais" são encaradas como "egoístas", por violarem a tradição patriarcal.[20]

Quando uma mulher argumenta, como fizeram muitas de nossas entrevistadas — "Sou eu quem deve decidir sobre anticoncepção, pois sou eu quem carrega o peso e a responsabilidade da maternidade" —, ela está definitivamente afirmando um tipo de demanda ética em nome de sua prerrogativa de tomar as decisões reprodutivas. De fato, para algumas de nossas entrevistadas — especialmente no México, nas Filipinas e na Nigéria e para os grupos de dominicanas e afro-americanas nos EUA —, a maternidade é a categoria abrangente que não somente ordena suas atividades econômicas, como também fundamenta sua identidade como cidadãs e adultas. Para muitas, a maternidade é também o domínio em que experimentam a única gratificação real e o senso de autoridade que conhecem. Mas essa posição pode também resultar em uma convicção de que os fardos e as iniqüidades de classe e gênero que caracterizam o exercício da maternidade, de algum modo, fazem parte da "natureza das coisas"; que a pobreza, a falta de instrução e a ausência de apoio social mantêm, virtualmente, fora de alcance qualquer outra identidade mais "pública" que não seja a maternidade.

---

[20] As idéias expostas neste parágrafo provêm, em larga medida, de uma versão preliminar anterior do capítulo sobre as Filipinas: "Direitos negociados nas decisões reprodutivas: rumo a uma definição de direitos reprodutivos entre mulheres populares nas Filipinas", por Mercedes Lactao-Fabros e Maria Teresa Guia-Padilla (julho de 1995).

Na medida em que o conceito de *agenciamento* implica autodeterminação, ele nos leva diretamente para a idéia de um conjunto de relações e de uma sociedade transformada, na qual as mulheres atuam como cidadãs plenas e com poder para tomar decisões, tanto na esfera privada quanto na vida pública. Junto com "Alternativas de Desenvolvimento para as Mulheres numa Nova Era" (DAWN), as participantes do IRRRAG concordam que "devemos questionar as práticas culturais quando elas apenas reforçam a subordinação das mulheres e causam danos à sua integridade física ou à sua liberdade de tomar decisões sobre suas próprias vidas" (Corrêa, 1994:82). Ao mesmo tempo, conceitualmente, insistimos na importância de uma perspectiva intermediária: nessa conjuntura da história e do desenvolvimento social, as mulheres podem mostrar uma consciência de direitos, mesmo na ausência de qualquer perspectiva mais concreta a respeito de uma família ou sociedade mais justas ou de soluções para as concessões que fazem quanto à sua integridade corporal. É nesta posição tênue, ambígua, porém promissora, que se acham as mulheres que ouvimos na pesquisa.

Processo e metodologia do IRRRAG: um modelo de pesquisa colaborativa internacional

Nas elaborações conceituais iniciais do projeto do IRRRAG, nossa proposta era desenvolver e implementar um modelo de pesquisa sobre os significados interculturais dos direitos reprodutivos. A contribuição singular do modelo seria seu escopo multicêntrico internacional, sua metodologia etnográfica e comparativa, sua ética e seus objetivos feministas. Essa opção significava que a pesquisa, para ser ética, deveria estar ligada à intervenção e levar a mudanças que *empoderassem* aquelas e aqueles que são tanto seus sujeitos quanto agentes. Essa agenda continha as sementes de uma tensão inevitável: onde se localiza a linha divisória que permite manter um conjunto de valores políticos e objetivos voltados para a ação (a "ética e os objetivos feministas") e para "escutar as vozes das mulheres" (a postura sem preconceitos da pesquisadora)? O que aconteceria se as vozes das mulheres nos dissessem coisas que preferíamos não ouvir ou simplesmente não conseguíssemos escutar, pois estariam expressando valores e prioridades diferentes daqueles que abraçamos? Em que medida, motivos e pressuposições não reconhecidos estão escondidos até mesmo num projeto feminista de pesquisa, cujo objetivo é melhorar a vida das mulheres, particularmente quando grandes distâncias de educação e classe separam as pesquisadoras das entrevistadas?

O problema das contradições inerentes às pesquisas que procuram ser "feministas" e "participativas" é muito debatido entre os etnógrafos (por exemplo Abu-Lughod, 1994; Behar, 1993; Benmayor, 1991; Patai, 1991). No entanto, é, sem dúvida, agravado num projeto explicitamente voltado para a ação política e a mudança social. Mais ainda, o desafio de superar as diferenças entre pesquisadoras e

pesquisadas/os se refletia nos esforços da equipe do IRRRAG em aprender e se beneficiar com as diferenças — mesmo quando lutávamos contra elas — entre as equipes de cada país (e dentro delas) e entre as equipes e a coordenação internacional. Essas diferenças eram de perspectiva, condições políticas, econômicas e culturais e também diziam respeito à maior orientação para o ativismo ou para a pesquisa, ao acesso à tecnologia e, até mesmo, ao estilo pessoal. O que seria necessário para tornar a pesquisa realmente participativa e a colaboração internacional verdadeiramente democrática?

Desde o início, o projeto foi perturbado por uma questão estrutural: as diferentes posições das sete equipes, especialmente a da coordenação internacional, situada em Nova York, sobre a dinâmica de poder do capital global, dos países e das agências financiadoras.[21] A localização da coordenação internacional do IRRRAG nos EUA tinha o potencial de recriar um padrão global em que as decisões financeiras e organizativas, as ligações com os doadores e outros aspectos do poder estariam, uma vez mais, concentrados no Norte. Em maior ou menor escala — desde questões como e onde conseguíamos nossos financiamentos, passando por nossas possibilidades de ter acesso à informação e até sobre a que restaurante íamos e o que comíamos —, éramos constantemente lembradas que, mesmo com a melhor boa vontade, as colaborações internacionais das feministas têm de enfrentar as estruturas de poder hierárquicas, que refletem diferentemente o mundo em que nos situamos. Nossos distintos graus de acesso a recursos e privilégios dentro daquelas estruturas podem afetar nossos interesses relativos em transformá-las, assim como nossa confiança recíproca. Portanto, o desenvolvimento de um processo coletivo voltado para nutrir a confiança mútua foi crítico para possibilitar o trabalho conjunto do IRRRAG.

Vários critérios foram aplicados na seleção dos países onde a pesquisa seria realizada. Primeiro, embora reconhecêssemos a impossibilidade de representar todas as regiões e grupos culturais do mundo, procuramos incluir uma diversidade de regiões, tradições étnicas e religiosas e sistemas políticos e sociais. Segundo, buscamos países onde existissem movimentos e organizações de mulheres com experiência comprovada na pesquisa e na ação política em defesa dos direitos reprodutivos e também com entusiasmo para fazer avançar esse trabalho. Terceiro, esperávamos que, no país, houvessem sido realizadas, previamente, pesquisas baseadas nas ciências sociais sobre temas relacionados à saúde reprodutiva, de modo que as equipes não tivessem

---

[21] As economias locais, a política e a vida cotidiana na Nigéria, no México, no Egito e nas Filipinas têm sido movidas pelas pressões das Instituições Financeiras Internacionais (IFIs), assim como pelas empresas transnacionais que dominam os mercados mundiais, tanto umas quanto outras, em grande parte, baseadas nos EUA e na Europa. Somente a Malásia, dentre os países sulinos do IRRRAG, como outros países economicamente prósperos da Ásia, permaneceu relativamente livre (até os problemas econômicos de 1997) dessas pressões externas, sob as quais a economia neoliberal contemporânea, muitas vezes, esconde formas de neo-imperialismo (veja Cavanagh, Wysham e Arruda, 1994; e Sparr, 1994).

que partir do zero e pudessem encontrar consultoras locais bem informadas. Finalmente, tínhamos esperança de encontrar países com uma organização bem estabelecida, capazes de lidar, de maneira relativamente eficiente, com as comunicações internacionais e internas e que pudessem coordenar o trabalho. Com a inclusão dos EUA, não se esperava uma verdadeira comparação Norte–Sul; ao contrário, seria útil focalizar as comunidades não-brancas dos EUA, para iluminar o tão esquecido "Sul dentro do Norte", como bem nos lembrava a equipe norte-americana.

Embora a composição específica das equipes nacionais tenha sido, em grande medida, deixada com a coordenação ou grupo nuclear local, foram fornecidas diretrizes para assegurar que cada equipe cobrisse as seguintes áreas de conhecimento: experiência com pesquisa social e previamente aplicada a temas de direitos ou saúde reprodutiva; vínculos sólidos com organizações comunitárias de mulheres e com grupos feministas; e experiência com serviços de atendimento direto de saúde ou saúde reprodutiva. Na realidade, nem o critério de seleção dos países nem o da escolha dos membros das equipes foram aplicados com total coerência. Contudo, a própria ausência de coerência — disparidades entre os contextos políticos e a composição das equipes de pesquisa entre os sete países — demonstrou ser uma das variáveis mais interessantes na modelagem do processo e dos resultados da pesquisa do IRRRAG. Por certo, os sete países e as equipes de pesquisa e ação reunidas em cada um deles de nenhum modo se aproxima do tremendo leque de diferenças entre as mulheres do mundo ou entre as mulheres de cada país. Contudo, não é menos significativa a diversidade de condições e experiências pessoais que representam, o que enriquece os estudos contidos neste volume, embora torne mais complexo o exercício comparativo entre países ou dentro de um mesmo país (veja Capítulo 9).

Em nossa primeira reunião internacional, realizada em novembro de 1992, em Kuala Lumpur, as pesquisadoras do IRRRAG chegaram a um acordo sobre diversos procedimentos para maximizar a colaboração e a consulta e para garantir a democracia na tomada de decisões. Isso incluía: a elaboração coletiva de políticas, de modo que as reuniões internacionais se tornassem, de fato, o organismo diretivo do IRRRAG; a rotação da coordenação e da sede das reuniões, para compartir a liderança e as responsabilidades; e um cuidadoso sistema de relatórios e registro das discussões, para garantir que todas as decisões importantes fossem realmente consensuais e que todos os pontos de vista estivessem representados. Dessa maneira, construímos um corpo comum de políticas e procedimentos internos, assim como documentamos a evolução de nosso pensamento ao longo do tempo.

Desde sua origem, o projeto apresentou uma tensão intrínseca entre o consenso internacional e a autonomia local. Embora essa tensão tenha óbvias implicações em relação aos diferenciais de poder anteriormente discutidos, também nos confrontou com questões complicadas quanto à metodologia de pesquisa e ao nosso marco conceitual. Onde deveria ser traçada a linha divisória entre a necessidade de

comparação entre países e a necessidade de respeitar prioridades e especificidades locais? Em nossa primeira reunião internacional, adotamos regras básicas, comuns para os métodos da pesquisa, a serem usadas no campo e na seleção de locais de pesquisa e de pessoas a serem entrevistadas. De acordo com o foco basicamente subjetivo de nossa investigação sobre como as mulheres pobres entendiam seus direitos sexuais e reprodutivos, concordamos que um enfoque qualitativo e etnográfico era o mais adequado aos nossos objetivos. Esse enfoque, envolvendo entrevistas em profundidade com um número relativamente pequeno de pessoas em locais cuidadosamente selecionados, seria a melhor maneira de iluminar os significados das decisões sobre reprodução, revelar como as próprias mulheres vêem esses significados e nos permitiria utilizar o próprio processo de pesquisa para *empoderar* as mulheres participantes do estudo.

Isso não significa que os métodos qualitativos seriam utilizados excluindo-se os métodos quantitativos ou fontes secundárias e estatísticas. Ao contrário, estas últimas seriam usadas para validar e reforçar nossas descobertas qualitativas. As equipes nacionais estariam livres para escolher entre várias técnicas de entrevistas qualitativas (entrevistas de grupo, entrevistas individuais em profundidade, técnicas de dramatização e outras). Todos os projetos, porém, seriam contextualizados a partir de um diagnóstico preliminar da situação econômica, social, cultural, jurídica e de saúde das mulheres em seus países, tornando esse contexto parte integrante das interpretações dos resultados locais. Embora as equipes nacionais desenvolvessem instrumentos e análises apropriados aos contextos locais, eles seriam guiados pelas questões do marco de referência comum. Tomadas em conjunto, as questões deste marco de referência, os temas comuns (sexualidade, casamento, controle da fecundidade, gravidez) e as metodologias superpostas formariam uma razoável base para a comparabilidade dos estudos.

Além dos parâmetros metodológicos, chegamos a um acordo sobre diretrizes para a escolha dos locais de pesquisa e das mulheres a serem entrevistadas. Isso incluía a decisão de que a pesquisa se concentraria primordialmente nas mulheres de baixa renda, para realizar nossa meta de dar voz às mulheres que normalmente não são ouvidas nos debates internacionais sobre saúde e direitos reprodutivos.[22] Além disso, acertamos que cada estudo nacional incluiria, pelo menos, um local urbano e um rural e envolveria entrevistadas de diferentes etnias, raças (quando relevante), religiões, idades e situação conjugal. Embora, realisticamente, um estudo em escala tão pequena não pudesse ser representativo das mulheres de qualquer país ou de qualquer classe ou grupo dentro do país, consideramos que era necessário coletar dados que pudessem refletir as diferenças sociais significativas, mesmo dentro

---

[22] As pesquisadoras do IRRRAG tentaram concretizar este objetivo, em parte através da apresentação de painéis com nossos resultados nos Foros de ONGs, no Cairo (1994) e em Beijing (1995), e no *IX Encontro Internacional da Saúde da Mulher*, no Rio de Janeiro, em março de 1997.

de nosso pequeno universo de pesquisa.[23] Inicialmente, também decidimos excluir os homens do estudo, pela preocupação com o fato de que as mulheres poderiam não responder se soubessem que os homens da comunidade ou da família também estariam sendo entrevistados. Finalmente, para compensar o fato de nossas pesquisadoras não poderem residir nas comunidades pesquisadas por longos períodos, decidimos buscar grupos a serem entrevistados que estivessem ligados a organizações comunitárias, dos campos do trabalho ou da saúde, com as quais as pesquisadoras locais tivessem alguma conexão e que pudessem nos dar uma base de aproximação e confiança com a área e com o grupo.

Na prática, muitas dessas decisões foram revisadas ou modificadas pelas diferentes equipes de país ao longo do caminho, conforme as exigências das circunstâncias específicas (veja tabela 1). Com relação aos métodos de pesquisa, a maioria das equipes de país utilizou uma combinação de três técnicas: entrevistas em grupos (algumas vezes, imprecisamente denominados "grupos focais"[24]); entrevistas individuais em profundidade — com um número menor de pessoas, escolhidas entre as participantes dos grupos — baseadas em roteiros mais estruturados; e diagnósticos preliminares (incluindo levantamentos de dados secundários nacionais e perfis comunitários baseados em dados primários). Além disso, vários países suplementaram esses métodos registrando histórias de vida (mais abertas do que as entrevistas individuais); entrevistando informantes-chave da comunidade (como profissionais de saúde e líderes religiosos, sindicais e comunitários, o que muitas vezes incluía homens); realizando levantamentos em maior escala, com o uso de questionários ou usando técnicas de psicodrama e dramatização.[25]

---

[23] Não impusemos um número mínimo ou igual de entrevistados para cada estudo nacional, mesmo prevendo que o número total seria pequeno, considerando o método qualitativo escolhido. Na prática, incluindo todas as técnicas, a média, por país, foi de 197 pessoas; incluindo somente as entrevistas individuais e as de histórias de vida, a média foi de 41 por país. No total, 1.376 pessoas, de 32 comunidades diferentes, foram entrevistadas por todos os métodos combinados.

[24] Tecnicamente, não eram "grupos focais", pois estes, por convenção, são constituídos de indivíduos selecionados aleatoriamente entre diferentes grupos sociais e econômicas, enquanto nossos grupos eram deliberadamente compostos de amigas, vizinhas, colegas de trabalho, etc. residentes na mesma área ou filiados/as a um sindicato ou grupo comunitário e, algumas vezes, definidos pela mesma coorte de idade, estado civil ou gênero.

[25] Houve variações significativas na maneira pela qual as equipes nacionais trataram essas metodologias. Por exemplo, uma equipe do México utilizou as discussões de grupo mais como uma forma de avaliar o contexto cultural local e de identificar pessoas para entrevistas individuais do que como fonte de dados primários; outra, do Egito, tomou as entrevistas em grupo como sua fonte primária de dados, suplementando-a com um pequeno número de entrevistas individuais (12); enquanto outra, da Malásia, dispensou as entrevistas de grupo totalmente, concentrando-se exclusivamente nas individuais. As filipinas se concentraram principalmente em entrevistas individuais com 19 pares de mãe e filha, mas as suplementaram com grupos focais e um levantamento bem maior através de questionário (354 respostas).

Em relação ao foco da pesquisa, a decisão inicial de se concentrar em somente dois aspectos da saúde reprodutiva — anticoncepção e gravidez — demonstrou ser incoerente com as metas mais amplas do projeto e com a escolha de metodologias abertas, qualitativas. O objetivo de contextualizar as decisões reprodutivas das mulheres e de vê-las em toda a sua complexidade situacional levou todas as equipes a investigar um leque de questões muito mais amplo. Além disso, tanto nas discussões de grupo quanto nas individuais, as entrevistadas não se limitaram a tópicos específicos, como anticoncepção, mas abrangeram questões e temas que inter-relacionavam fecundidade, sexualidade, economia, gênero e relações de parentesco, trabalho e o cuidado das crianças. Em outras palavras, o próprio processo da pesquisa, tanto quanto seus resultados, afirma que o controle da fecundidade não pode ser isolado de outros aspectos da vida das mulheres.

As maiores variações nos desenhos de pesquisa das equipes estiveram relacionadas com a composição de seus respectivos grupos de entrevistados. Tanto a equipe egípcia quanto a brasileira decidiram incluir um certo número de homens em suas entrevistas de grupo, para comparar seus pontos de vista com o das mulheres. Em contraste, a equipe filipina optou por iluminar a dimensão das diferenças e dos traços comuns entre as gerações, de um modo particularmente íntimo, através de uma estratégia apoiada em entrevistas em profundidade com pares selecionados de mães e filhas. Finalmente, as equipes nacionais apresentaram diferenças de enfoque em relação à nossa decisão original de buscar sujeitos de pesquisa pelo seu envolvimento em algum tipo de organização comunitária ou de local de trabalho. Assim, as equipes malaia, egípcia e filipina selecionaram pessoas a partir de seu local de residência, refletindo a realidade de que a maioria das mulheres dessas sociedades não está formalmente organizada, derivando sua identidade, primariamente, de grupos de parentesco e de comunidades residenciais e religiosas. Ao contrário, as equipes do México, do Brasil e dos EUA — onde a participação das mulheres nas organizações populares é parte fundamental da sociedade civil e dos processos de mudança social — não somente fizeram a seleção com base na filiação a organizações, como também consideraram essa filiação e o ativismo comunitário como fatores principais da análise dos dados.[26] Assim, as estratégias metodológicas foram necessariamente adaptadas para refletir as condições particulares do cenário político local.

As diferentes culturas políticas presentes entre os movimentos nacionais de mulheres representados no IRRRAG, assim como as variações entre ativistas e acadêmicas no equilíbrio interno de cada grupo, sem dúvida, afetaram a posição de

---

[26] A equipe nigeriana também selecionou as entrevistadas com base na sua filiação às organizações de base, mas estas tendiam a ser grupos mais tradicionais, como associações de mulheres do mercado ou grupos de igrejas. Essa seleção foi mais uma estratégia ativista para desenvolver uma base comunitária, que facilitasse futuras intervenções, do que uma estratégia analítica.

cada equipe no *continuum* entre pesquisa "objetiva" e "participativa". Embora todas aceitassem, em princípio, a responsabilidade de "dar algo em troca" às comunidades pesquisadas e de contribuir para o *empoderamento* das mulheres, nem todas as equipes nacionais possuíam os recursos organizacionais necessários ou a base para assumir essa responsabilidade no mesmo grau e da mesma maneira. Entretanto, além dos problemas práticos de transitar da pesquisa à ação, permanecem questões mais básicas de ética e valores de pesquisa. Ao tentarmos transmitir as "vozes das mulheres", especialmente em línguas que não são as delas, como podemos evitar os riscos de distorção e má interpretação provenientes de múltiplas camadas de tradução, revisão, edição e descontextualização? E como devemos equilibrar as duas metas diferentes de reproduzir as "vozes das mulheres" e transformar sua condição?

Embora essas questões nunca tenham sido resolvidas, elas estimularam muitos diálogos frutíferos durante os quase cinco anos de trabalho que resultaram neste livro. A equipe egípcia (mobilizada pelas lutas contra a MGF em seu país) enfatizou o desafio às concepções prévias e aos valores das próprias pesquisadoras, colocado por mulheres entrevistadas que não compartilhavam da visão de que certas práticas violavam seus direitos. Podem as pesquisadoras enxergar a situação das entrevistadas através dos olhos destas em vez dos próprios? Membros da equipe brasileira argumentaram que essa tensão, em nosso trabalho, entre reproduzir as realidades das mulheres e mudá-las, é inevitável; que nosso objetivo é analisar a própria lógica das mulheres para interpretá-la e intervir de modo adequado; e que o fato de que nossas entrevistadas consideram que uma prática ou tradição é boa ou natural, não significa que a julguemos da mesma forma. Outras assinalaram que, embora devamos tentar ser isentas, os dados que recolhemos são sempre necessariamente mediados por nossa análise e interpretação, na medida em que selecionamos certos temas e respostas e inserimos estas respostas dentro de um contexto social mais amplo. Como pesquisadoras engajadas, não podemos evitar a dupla responsabilidade de tentar entender a situação de nossas entrevistadas através da ótica delas e de trabalhar para tornar real nossa própria visão do *empoderamento* das mulheres e de seus direitos humanos plenos.

Na realidade, a experiência do IRRRAG mostra que é mais fácil resolver o dilema na teoria do que na prática e que isso se torna ainda mais complicado em função de nosso compromisso com a ética dos direitos e da construção de sujeitos. Em certos momentos, a tentação de trocar o papel de pesquisadora pelo de organizadora ou educadora comunitária foi muito grande: por exemplo, quando algumas mulheres, calmamente, defenderam a MGF como socialmente benéfica para elas próprias e suas filhas, negando danos à saúde e à sexualidade da mulher; ou quando argumentaram que a exigência de sexo é um direito do marido. Além disso, desde 1992, quando começou nossa pesquisa, tem-se intensificado um clima de instabilidade e incerteza sobre o futuro, envolvendo pressões de natureza pessoal e deslocamentos, algumas vezes tão severos para as pesquisadoras (de classe média) quanto para as entrevistadas (trabalhadoras e pobres). Sem minimizar as diferenças

educacionais e de classe que separam, muitas vezes, nossas pesquisadoras das mulheres que encontraram no trabalho de campo, tornamo-nos conscientes — com as mudanças ocorridas em nossas próprias vidas durante os anos deste estudo — de que as crises econômicas e políticas criadas pelo capitalismo neoliberal contribuíram, de muitas maneiras, para nos aproximar mais de nossas entrevistadas. Viajar pelos mundos de outras mulheres nos possibilitou não somente descobrir sua subjetividade e visões de mundo, como também serviu para reanimar as nossas.

Negociando os Direitos Reprodutivos apresenta sete estudos nacionais que trazem à luz as estratégias das mulheres para conseguir, se não autoridade, pelo menos dignidade sexual e reprodutiva, em contextos muito distintos e diversos em termos de cultura, nação, religião e etapa de vida. Contudo, no final do século 20, muitas das experiências de vida apresentadas nos próximos capítulos, assim como as condições sociais que as limitavam, tocam às mulheres de todo o mundo, apesar dessas diferenças.[27]

Tabela 1 Perfil dos/as Entrevistados/as pelo IRRRAG

Entrevistados/as	Brasil[a]	Egito[b]	Malási[a]	México[a]	Nigéria[a]	Filipinas[a]	EUA
Número (total)	182[c]	130	71	141	354	334[c]	130
Individual	45	12	71	29	72	28	32
Grupo	104	130	0	141	354	39	101
Inclui homens	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Urbano/a	59%	79%	38%	44%	35%	36%	73%
Rural	41%	21%	62%	56%	65%	64%	27%
Casados/as ou Coabitando	58%	63%	68%	61%	53%[d]	93%	42%
Nunca casados/as	31%	35%	24%	25%	28%	0	40%[e]
Divorciados/as, viúvos/as ou separados/as	11%	2%	8%	14%	19%	7%	13%
Empregados/as	84%	61%	68%	64%	65%	71%	84%
Desempregados/asf	16%	39%	32%	36%	35%	29%	16%
Idade							
Menos de 21	13%	36%	19%	0	25%	3%	11%
21 a 44	46%	61%	62%	86%	49%	39%	65%
Mais de 45	41%	3%	19%	14%	26%	57%	24%

a. As porcentagens incluem somente entrevistas individuais.
b. As porcentagens só incluem mulheres.
c. Inclui algumas respostas através de questionários (sem entrevistas).
d. Destes, 33% são casamentos polígamos.
e. Inclui mulheres recebendo assistência pública, com parceiros não declarados.
f. Inclui estudantes, aposentados/as e donas-de-casa.

[27]A história mais detalhada do IRRRAG, seus métodos e processos organizacionais, assim como lições que queremos compartir com outros pesquisadores-ativistas, podem ser encontrados em outra publicação: *Both Catalysts and Messengers: Lessons from a Crosss-Cultural Project on Women's Reproductive and Sexual Rights*, 1998 (Catalisadoras e Mensageiras: Lições de um Projeto Intercultural sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres). Os sete capítulos seguintes são todos versões condensadas de relatórios dos estudos nacionais, mais longos e detalhados. Os nomes das pessoas entrevistadas, que aparecem nos próximos capítulos, são todos pseudônimos, para proteger sua privacidade.

2

"Nunca como nossas mães!" Brasil — escolhas reprodutivas e a emergência da cidadania entre trabalhadoras rurais, trabalhadoras domésticas e donas-de-casa

Simone Grilo Diniz, Cecília de Mello e Souza e Ana Paula Portella[1]

Para as mulheres brasileiras, a vida reprodutiva está entrelaçada ao tecido maior da subordinação de gênero em casa e no local de trabalho, da violência doméstica, das representações e práticas relacionadas ao matrimônio e à sexualidade, e de um sistema de saúde em contínua deterioração. A nova Constituição brasileira, promulgada em 1988, estabeleceu que a saúde é um direito universal e uma responsabilidade do Estado, porém, na prática, a implementação plena desse direito e a reforma da saúde têm sido impedidas pela instabilidade e má gestão financeiras. Ao mesmo tempo, a taxa de fecundidade declinou quase 50% desde 1970, passando de 5,6 para 2,5 filhos por casal, a despeito da atitude *laissez-faire* do governo em relação a políticas de planejamento familiar (BEMFAM/DHS, 1997). No entanto, esse "milagre demográfico" não foi acompanhado do previsto "milagre econômico" para uma significativa percentagem de brasileiros que permanecem aprisionados na

[1] Além das três autoras principais, este capítulo não poderia ter sido escrito sem o esforço dedicado de outros membros da equipe do IRRRAG no Brasil: Margareth Arilha, Cássia Carloto, Teresa Citeli e Maria Dirce Gomes Pinho (São Paulo); Maria Betania Ávila (Pernambuco); Helena Bocayuva e Carmen Dora Guimarães (Rio de Janeiro). Muitos agradecimentos também para nossas pesquisadoras: Sílvia Marques Dantas, Josineide de Oliveira e Vanete Almeida (Pernambuco) e Maria Lúcia da Silveira (São Paulo).

pobreza. As mulheres pobres, especialmente as negras e mestiças, têm os empregos mais mal remunerados e menos valorizados, não têm acesso a creches ou outros serviços públicos e quase não contam com a ajuda masculina nas tarefas domésticas.

Nesse contexto, não é de surpreender que as mulheres de nosso estudo, pobres do campo e da cidade, não distingam facilmente as diferentes esferas do trabalho, da reprodução e da sexualidade. Para elas, o corpo é instrumento de trabalho para lidar no campo, limpar a casa de alguém, ter filhos ou relações sexuais. Entretanto, algumas dessas mulheres começaram a questionar e a transformar a injusta sobrecarga que o trabalho reprodutivo lhes impõe. É o caso das mulheres que participam de movimentos sociais e trabalhistas, que, sem se identificar como feministas, lutam pelos direitos das mulheres e pela melhoria de sua vida cotidiana.

A equipe brasileira do IRRRAG realizou o estudo com três grupos representativos das atividades mais comuns das mulheres: trabalhadoras rurais no Nordeste, trabalhadoras domésticas no Rio de Janeiro e donas-de-casa de baixa renda, envolvidas no movimento de saúde popular na periferia de São Paulo. A despeito da separação geográfica e das diferenças nas condições de trabalho e de vida, importantes traços comuns ligam esses três grupos. Muitas das trabalhadoras domésticas do Rio e das donas-de-casa de São Paulo e suas famílias são também migrantes provenientes do Nordeste, de modo que muitas das mulheres dos três grupos compartilham a mesma origem econômica e cultural. Também surgem similaridades entre as estratégias para conquistar poder de decisão sobre a reprodução e a sexualidade e seus desejos de transformar suas dores e adversidades numa vida melhor para elas próprias e seus filhos. Acima de tudo, uma boa parte de nossas entrevistadas buscava conscientemente uma vida além da reprodução, através do trabalho fora de casa e da participação política em movimentos populares e sindicais. Esse envolvimento foi um passo importante no desenvolvimento da consciência de seu próprio valor, de suas capacidades e de seus direitos sociais, sexuais e reprodutivos.

O contexto socioeconômico e político brasileiro

Ocupando a metade da área da América Latina e sendo a nona economia capitalista em termos de produto interno bruto (PIB), o Brasil tem uma das mais desiguais distribuições de renda e recursos do mundo. O Sudeste, a região mais rica e desenvolvida do país, onde está concentrada quase a metade da população, é, em grande parte, industrializado e urbanizado, sendo responsável por 80% da produção industrial e mais de 75% da agrícola. Nessa região, nosso estudo foi realizado com mulheres das duas maiores cidades brasileiras: Rio de Janeiro e São Paulo. O Nordeste, onde está nosso terceiro local de pesquisa, o sertão pernambucano, permanece uma região majoritariamente rural, onde prevalecem o latifúndio e o trabalho informal (Soares *et al.*, 1996). Por todos os indicadores sociais, esta região está em muito pior situação do que o Sudeste: taxas de analfabetismo três vezes mais altas, mortalidade infantil quase

três vezes maior, fecundidade mais alta, menor esperança de vida, menos da metade do salário médio do Sudeste (FIBGE, 1996; FLACSO/CEPIA, 1993).

Não se deve deixar de mencionar, porém, que articuladas a estas desigualdades econômicas e regionais, encontramos ainda as desigualdades raciais e étnicas. O Brasil é uma sociedade multirracial, cuja população é 45% mestiça e negra (FIBGE, 1996). Mais de 70% da população negra e mestiça vive no Nordeste, onde as condições de vida e de trabalho são muito mais precárias e marginais do que em outras regiões. As mulheres negras e mestiças têm os níveis mais baixos de escolaridade e renda entre todas as mulheres e maior probabilidade de estarem trabalhando no mal remunerado setor informal, especialmente como domésticas. Assim, o racismo estrutural aumenta a opressão de gênero e de classe sofrida pelas mulheres dessa região e das que migraram para escapar desses sofrimentos. O emprego rural em Pernambuco, como no restante do Nordeste, permanece, em grande medida, sem regulamentação, com remuneração inferior ao salário mínimo e com violações dos limites máximos nacionais de jornada de trabalho e das exigências de segurança. Todo um conjunto de direitos que foram dados aos trabalhadores e às trabalhadoras de outros setores do Brasil — incluindo licença-maternidade, creche e amamentação no local de trabalho para as mulheres — ainda está fora do alcance das trabalhadoras rurais.

No sertão, os conflitos de terra são somente o aspecto mais visível de um contexto social extraordinariamente violento, que inclui, no vida cotidiana, a perseguição política, o descumprimento das leis trabalhistas, o trabalho infantil e escravo, as condições de trabalho inumanas e a violência doméstica. Além disso, secas periódicas forçam populações inteiras a se deslocarem em busca de trabalho e alimentos. Como as mulheres rurais só têm experiência com o trabalho agrícola e doméstico, quando migram para a cidade, fugindo da seca e da pobreza, normalmente só conseguem emprego como trabalhadoras domésticas, fazendo tarefas de casa em troca de salário, comida e, muitas vezes, moradia.

No Sudeste, o Rio de Janeiro, a segunda maior cidade e capital do país até 1960, continua a ser um centro econômico e cultural, assim como uma meca turística internacionalmente conhecida. Tanto o Rio quanto São Paulo são comparáveis aos principais centros urbanos dos países desenvolvidos em seus recursos tecnológicos e culturais, a despeito dos enormes bolsões de pobreza nas favelas. A partir dos anos 60, ambas passaram por um aumento do fluxo de migrantes, em busca de trabalho e de melhores condições de vida. Trabalhadoras rurais nordestinas migraram para o Sudeste em números significativos, onde trabalham como trabalhadoras domésticas ou seus maridos trabalham na indústria (veja Minayo, 1995).

Entre 1964 e 1985, o Brasil viveu sob uma ditadura militar, cujo período mais repressivo (1968-1974) coincidiu com uma intensa industrialização e crescimento econômico. O chamado "milagre econômico" foi, no entanto, conseguido às custas de uma enorme dívida externa, exclusão política e econômica das massas e aumento

da distância entre a renda dos ricos e a dos pobres. Na década de 80, a recessão, a inflação, o alto desemprego, o declínio dos investimentos sociais e a deterioração dos serviços públicos exacerbaram essa distância e a sobrecarga doméstica imposta às mulheres pobres. Ao mesmo tempo, a industrialização e a urbanização nos anos 60 e 70 deflagraram profundas mudanças na estrutura do mercado de trabalho, nas relações familiares e na posição da mulher. Como resultado, hoje, mais de 30% de todas as mulheres e 50% daquelas na faixa etária de 20 a 49 participam da força de trabalho, em comparação com 75% de todos os homens (FIBGE, 1996; Bruschini, 1994). Além disso, um enorme contingente de mulheres trabalha no mercado informal e estas não são oficialmente contadas como "economicamente ativas".

As razões desse maciço aumento de trabalhadoras são primariamente econômicas, incluindo salários declinantes para os homens, crescentes expectativas do consumidor e mercados de trabalho em expansão. Contudo, a renda das mulheres não aumentou em relação à dos homens (embora elas tenham mais anos de educação formal), principalmente em conseqüência da contínua segregação de gênero no mercado de trabalho brasileiro (FLACSO/CEPIA, 1993). A maioria das mulheres ainda faz os trabalhos de menor remuneração e de menor prestígio e o maior contingente de trabalhadoras urbanas se ocupa em serviços domésticos. As trabalhadoras domésticas entrevistadas eram tipicamente migrantes, a maioria negra e mestiça, ganhando entre US$ 122 e US$ 224 por mês. A maioria não completou os estudos elementares e sua taxa de alfabetização é muito baixa. Estima-se que as trabalhadoras domésticas do Brasil cheguem a 10 milhões, das quais 350 mil estão no estado do Rio de Janeiro.

O início da década de 80 foi o período da transição para a democracia, no qual os partidos políticos foram reorganizados e surgiram muitos dos movimentos sociais que permanecem ativos até hoje. A primeira eleição presidencial pós-ditadura militar aconteceu em 1989, logo após a promulgação da nova Constituição, em 1988, que é considerada uma das mais progressistas do mundo não somente garante a igualdade de gênero na esfera civil, no trabalho e nas relações familiares, como também tornou a "prática do racismo" um crime federal, punido com pena de prisão.[2] Mais ainda, desde 1948, o governo brasileiro tem assinado várias convenções, tratados e acordos relativos à mulher e a seus direitos, incluindo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Programa de Ação do Cairo (CIPD) e a plataforma de Ação de Beijing

[2] O movimento de mulheres do Brasil conseguiu a codificação de um conjunto significativo de direitos, que se constituem em uma base importante para transformar as relações de gênero. Em relação ao trabalho, a Constituição proíbe a discriminação de gênero na contratação, promoção e remuneração; garante licença-maternidade remunerada, sem risco de demissão, de 120 dias, assim como licença-paternidade de 5 dias; e dá às mulheres o direito de propriedade e uso da terra em áreas rurais e urbanas. Além do mais, de clara direitos e obrigações iguais no casamento, para homens e mulheres (Alvarez, 1990; Pitanguy, 1994). Para a história recente da democratização, ver Stepan, 1989.

(IV CMM).[3] Entretanto, existe ainda uma tremenda distância entre os princípios democráticos da Constituição Federal e o seu cumprimento e implementação, especialmente em relação à não-discriminação por classe social, gênero, raça, etnia e orientação sexual. A maioria das mulheres de nosso estudo — predominantemente não-brancas, trabalhadoras domésticas, trabalhadoras rurais e do setor informal — é afetada por essa situação, na qual a igualdade existe apenas na letra da lei. Em 1972, as trabalhadoras domésticas ganharam o direito de ter contrato formal e mais alguns benefícios, como um dia de folga semanal, férias remuneradas, acesso a seguridade social e licença-maternidade; com a Constituição de 1988, trabalhadores e trabalhadoras rurais conseguiram alguns benefícios de seguridade social, como a aposentadoria. Contudo, em ambas as categorias ainda não há proteção quanto ao limite de jornada de trabalho e o direito ao FGTS e, somente em 1995, as trabalhadoras rurais obtiveram o direito à licença-maternidade (CFEMEA, 1994).

Fora do local de trabalho, todas as trabalhadoras brasileiras sofrem com a falta de ajuda masculina nas tarefas domésticas; assim, além do trabalho remunerado, as mulheres executam grande parte do trabalho doméstico e dos cuidados com as crianças. Também não foram implementadas políticas de educação e creche para as crianças de até 6 anos de idade, embora esses benefícios estejam previstos na Constituição de 1988. Entre 1982 e 1990, a proporção de famílias chefiadas por mulheres (que têm renda inferior às chefiadas por homens) no Brasil aumentou de 16,6% para 20,3%.[4] Além disso, a falta de creches e de outros equipamentos de apoio ao trabalho reprodutivo, junto com a prática ilegal, porém comum, de exigir teste de gravidez ou ligação das trompas como condição para o emprego, ajudam a explicar porque a fecundidade declinou mesmo com algumas políticas sociais de apoio à maternidade[5] (CFEMEA, 1993).

---

[3] O Brasil também é signatário da Convenção Interamericana sobre Direitos Civis das Mulheres (1948), Convenção Interamericana sobre Direitos Políticos das Mulheres (1948), Convenção sobre Direitos Políticos das Mulheres (1952) e Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (1981).

[4] Enquanto a renda média mensal domiciliar de famílias chefiadas por homens, em 1990, era de US$ 705,60, a renda das famílias dirigidas por mulheres era somente de US$ 291,20 (PNAD, 1990, citado em Berquó, Araújo e Sorrentino, 1995).

[5] De fato, recentes pesquisas acadêmicas mostram que o rápido declínio da fecundidade, desde 1970, não foi o resultado de uma estratégia de controle populacional agressiva e deliberada, mas da modernização e das mudanças socioeconômicas, pressões econômicas, urbanização e conseqüências não intencionais de políticas públicas. Tudo isso resultou em aumento dos custos da criação das crianças e, portanto, na diminuição do tamanho da família (Martine, 1996). Mais ainda, essas mudanças nas condições sociais e econômicas contribuíram para modificações importantes (e foram reforçadas por elas) no domínio da cultura popular, incluindo a difusão maciça de imagens de televisão que estimulam o consumismo e famílias pequenas. Por seu lado, o vasto crescimento do número de trabalhadores industriais e de serviços aumentou enormemente a quantidade de pessoas que estão, ao mesmo tempo, expostas à mídia comercial e limitadas pelas circunstâncias econômicas, sendo, assim, receptivas à ética capitalista que favorece um número menor de filhos (Faria, 1989).

Como o emprego, o atendimento à saúde recebe da Constituição brasileira proteções formais que vão muito além das existentes em muitos países, definindo a saúde como um direito universal e atribuindo ao Estado o dever de garantir um acesso igualmente universal. O sistema de saúde pública, acessível a toda a população, é composto de centros de saúde e hospitais públicos e centros médicos privados conveniados com o Ministério da Saúde. A Constituição também considera que o planejamento familiar é um direito universal, baseado na livre escolha dos casais. Em 1983, o Ministério da Saúde, estimulado por ativistas e acadêmicas feministas do campo da saúde, criou o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher). Esse programa reconhece a necessidade de ações e serviços direcionados especialmente às mulheres, para atendê-las da infância à velhice, com ênfase especial no período reprodutivo. O PAISM, visto como alternativa aos programas tradicionais de saúde materna e infantil, obriga o Estado a fornecer serviços preventivos e educativos para um amplo espectro de necessidades, incluindo assistência ao pré-natal, parto e puerpério e tratamento da infertilidade; contracepção; prevenção e tratamento do câncer de mama e cérvico-uterino, de DSTs/Aids e de desordens relacionadas à menopausa (Pitanguy, 1994; CFEMEA, 1994).

Na prática, porém, a implementação desses serviços tem se ressentido dos sérios problemas de alocação de recursos que afetam as políticas sociais no Brasil. A privatização e a deterioração dos serviços públicos no setor de saúde, em geral, têm se somado a pressões culturais e religiosas para restringir a realização prática dos direitos reprodutivos das mulheres. A despeito das garantias constitucionais, do PAISM e de políticas públicas endossando o acesso universal ao planejamento familiar, o governo vem, há muito tempo, relutando em traduzir esses direitos em ação. Embora, nos anos 60 e 70, as autoridades governamentais tenham estimulado os serviços privados de planejamento familiar,[6] foi somente em 1983 que, de fato, o governo lançou oficialmente o PAISM e nunca forneceu os recursos necessários para que se implantasse um programa abrangente de saúde sexual e reprodutiva. Além disso, o aborto continua ilegal no Brasil, exceto nos casos de estupro e quando a vida da mulher corre risco; portanto, na maioria das vezes, os abortos só podem ser feitos ilegalmente, no setor privado.

Assim, apesar da visão ampla contida no PAISM, permanece bastante limitado, na prática, o leque de serviços e métodos de saúde reprodutiva aos quais as mulheres brasileiras têm acesso. Mesmo a crescente demanda e o uso de anticoncepcionais nos anos 80 e 90 não foram acompanhados por um acesso igualitário e livre à gama completa de métodos contraceptivos eficazes e seguros. Os dados nacionais mais recentes sobre contracepção revelam que quase 77% das mulheres entre 15 e 49 anos, casadas ou em coabitação, e 55% de todas as mulheres utilizavam a

---

[6] Em 1965, a IPPF – International Planned Parenthood Federation criou a BEMFAM (Sociedade Civil para o Bem-estar da Família) no Brasil, uma instituição privada para oferecer serviços gratuitos de planejamento familiar e *advocacy* (Barrosos e Bruschini, 1989).

contracepção. No entanto, o padrão de contracepção é dominado pela esterilização feminina, que, em 1996, tinha se tornado o método adotado por 40% das mulheres casadas ou unidas de todo o país, seguido por métodos hormonais (principalmente a pílula), usados por 22%. As taxas de esterilização das mulheres também variam por região: 44% das mulheres casadas ou unidas no Nordeste, 46,3% no Rio e 33,6% em São Paulo tinham sido esterilizadas (BEMFAM/DHS, 1997). Embora a esterilização seja o método contraceptivo mais amplamente utilizado no Brasil, tinha um *status* legal ambíguo antes de 1997. Até então, não era realizada oficialmente pelos serviços públicos de saúde, mas profissionais de saúde e mulheres encontravam estratégias para realizá-la rotineiramente, sendo a mais comum a ligação de trompas associada a uma cesariana. Na verdade, 60% de todas as ligações de trompas foram realizadas dessa maneira.[7]

A mortalidade materna é ainda muito alta em todo o Brasil, mas é bem maior no Nordeste, apesar do recente declínio da taxa de fecundidade. De acordo com as estimativas revisadas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o índice nacional por 100.000 nascidos vivos foi de 220 mortes maternas. As mulheres pobres continuam a morrer por causas evitáveis e tratáveis relacionadas à gravidez: abortos ilegais realizados em condições inseguras, hipertensão, doenças curáveis, hemorragias e infecções pós-parto são responsáveis por mais de 90% dessas mortes. Esse fato destaca o fracasso dos serviços públicos de saúde, especialmente no atendimento pré-natal e obstétrico, a despeito de sua expansão nos anos 80. Considera-se que o aborto inseguro é responsável por 12% das mortes maternas do Brasil. Considerando que o aborto é uma prática ilegal e tendo em vista as dificuldades de colher informação confiável, os dados sobre sua prevalência no Brasil devem ser interpretados cuidadosamente. No entanto, dados derivados dos registros hospitalares indicam que os índices de aborto, no país como um todo, aumentaram continuamente durante a década de 80 e início dos anos 90, especialmente no Nordeste e no Rio de Janeiro, onde corresponderam a mais de um terço das gestações (Singh e Sedgh, 1997).[8] O Ministério da Saúde estima que ocorram no Brasil, anualmente, de 800 mil a um milhão e 200 mil abortos, realizados por grande variedade de métodos, desde os mais seguros, em centros médicos privados, até aqueles feitos com remédios tradicionais e caseiros.

---

[7] Antes de 1997, a ligação de trompas podia ser realizada legalmente e inscrita em registros médicos oficiais, com base no testemunho do médico de que outra gravidez seria uma ameaça para a saúde ou a vida da mulher e, neste caso, o Estado pagava a cirurgia. Ver Berquó, 1993; Barros *et al.*, 1991; Faúndes e Ceccatti, 1991; e Vieira e Ford, 1996. A Constituição de 1988 considerava o planejamento familiar como um direito básico, mas, somente em 1997, isso se tornou parte de legislação ordinária, que estabeleceu regras claras para o aconselhamento e a oferta de serviços relacionados à esterilização.

[8] Estimativas baseadas em hospitalizações por complicações indicam que o índice de aborto (por 100 gestações) para todo o Brasil, em 1991, era 31,2; no Rio de Janeiro, 38,5; em São Paulo, 32,5; e no Nordeste, 37,9 (Singh e Sedgh, 1997, Quadro 1).

O aborto é um procedimento amplamente praticado pelas mulheres de todas as classes sociais, apesar das dificuldades de atendimento adequado para as complicações que dele podem resultar. A principal razão para sua alta incidência é a baixa qualidade dos serviços de saúde reprodutiva e a falta de acesso — particularmente para as mulheres pobres — a métodos seguros e não-permanentes de contracepção, através do sistema público de saúde (Singh e Sedgh, 1997). No final dos anos 80, as mulheres começaram a usar o abortivo misoprostol, que podia ser adquirido, sem receita médica, na forma de uma droga chamada Cytotec (prescrita para úlceras). O Cytotec forneceu às mulheres brasileiras um meio relativamente fácil e privado de fazer aborto, num contexto geral de ilegalidade e condenação religiosa (Arilha e Barbosa, 1995)*.

Dos casos conhecidos de pessoas soropositivas na América Latina, estima-se que 50% se encontrem no Brasil, associado aos índices geralmente altos de DSTs. São Paulo conta com 57% dos casos registrados de aids no país. Como no resto do mundo, as mulheres estão sendo contaminadas com muito maior freqüência e adoecendo mais rapidamente; a proporção de casos de aids entre mulheres e homens reduziu-se, na última década, de 1:40 para 1:3 (Ministério da Saúde, 1996). As mulheres casadas, particularmente as de baixa renda, são atualmente as mais expostas às dsts e ao HIV, num contexto cultural de desigualdade de gênero, que cria obstáculos à educação e prevenção, o que inclui a negociação de sexo seguro. Enquanto as mulheres são mantidas no padrão da monogamia heterossexual, os homens casados ainda têm múltiplas parceiras sexuais e, muitas vezes, relacionamentos homoeróticos, que não alteram sua identidade sexual, nem sua posição na chefia da família (Barbosa e Villela, 1996; Guimarães, 1996).

No Brasil, tais condições, especialmente os problemas encontrados nos serviços de saúde e de saúde reprodutiva, terminaram por contribuir para galvanizar um movimento de mulheres inusitadamente dinâmico e amplo, focalizado, em grande medida, nos temas de direitos sexuais e reprodutivos.

O movimento de mulheres e os direitos reprodutivos

Desde o declínio da ditadura no final dos anos 70, os movimentos de mulheres no Brasil têm se aliado a outros movimentos populares na luta pelo fim da a miséria e da injustiça e para promover a democratização e a cidadania. Dentre os diversos grupos de mulheres que configuravam o movimento — alguns ligados à Igreja (por exemplo, os clubes de mães das paróquias); outros, às Comunidades Eclesiais de Base (CEBs); alguns, às organizações de moradores que buscavam serviços de saúde ou creches; e ainda, outros, aos sindicatos ou partidos de oposição — "mais de

---

* Atualmente, a comercialização do Cytotec em farmácias está proibida, o que deixa as mulheres sem qualquer alternativa segura para a interrupção da gravidez (Nota das Editoras Brasileiras).

quatrocentas organizações que se autoproclamavam feministas foram formadas durante os anos 70 e 80" (Alvarez, 1990:10; Barroso e Bruschini, 1989; Soares *et al.*, 1996). Embora os grupos feministas estejam localizados principalmente nas áreas urbanas, a maioria dos grupos de mulheres (que não necessariamente se identificam como feministas) desenvolvem suas atividades nas periferias urbanas e nas favelas, nas pequenas comunidades rurais e nos sindicatos (Carloto, 1992).

É irônico constatar que, durante o período de repressão política, as mulheres tenham encontrado menos limitações para participar dos movimentos sociais de base do que os homens, pelo fato de serem normalmente percebidas como domésticas e apolíticas. Foi nessa época que emergiu da domesticidade o atual setor popular do movimento de mulheres (baseado nos bairros), composto principalmente de trabalhadoras e donas-de-casa pobres, para se organizar publicamente em torno de suas preocupações como responsáveis pelos cuidados com a família: protestando contra o regime militar e os aumentos de preços e exigindo melhores serviços públicos. Os grupos feministas brasileiros constituem um segmento de um movimento mais amplo e crescentemente diversificado, que tem criado muitas oportunidades de participação política para as mulheres. O foco do movimento na cidadania traz novos significados para os direitos individuais e para os direitos sociais, através da formação de sujeitos políticos que exercitam a sua capacidade de tomar decisões, de formular políticas que expressem interesses comunitários e de monitorar as ações do Estado. Sua ênfase nas necessidades da vida cotidiana, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos, forma a base comum que interliga as várias correntes, feministas e não-feministas, do movimento brasileiro de mulheres.

A Igreja Católica, talvez mais do que qualquer outra instituição da sociedade civil, tem tido um impacto crucial, embora contraditório, no desenvolvimento do movimento das mulheres, oferecendo simultaneamente espaços para a organização das mulheres de áreas de baixa renda e oposição organizada e sistemática às ações feministas. A Igreja esteve presente, no início da democratização, como estimuladora e base de apoio para a maioria dos movimentos de mulheres das últimas décadas, incluindo os grupos que são analisados nesta pesquisa. Através das CEBs e dos vários movimentos pastorais, a Igreja forneceu um canal legítimo para o ativismo feminino fora da esfera doméstica e um espaço no qual questões de justiça e igualdade sociais eram tópicos constantes dos debates. Ao mesmo tempo, a hierarquia se opôs totalmente a qualquer política oficial de planejamento familiar e às demandas feministas de aborto e contracepção legais. Contudo, as mulheres dos grupos baseados na Igreja, muitas vezes, opuseram resistência aos ensinamentos e às práticas relacionados a essa questão e realizaram muitas ações conjuntas com grupos feministas, especialmente na esfera da saúde (Soares *et al.*, 1996; Barroso e Bruschini, 1989). De fato, a força da sua aliança com mulheres de organizações baseadas na Igreja pode ajudar a explicar a notável eficiência das campanhas feministas em algumas áreas.

Os direitos reprodutivos das mulheres são parte integrante da agenda política do movimento feminista brasileiro. Nos anos 80, durante o período da redemocratização, as feministas brasileiras formularam uma visão ética e política dos direitos reprodutivos como parte essencial da cidadania. A demanda pelo "direito à autonomia sobre o próprio corpo" e as críticas feministas aos muitos abusos e às muitas deficiências das políticas dominantes de população e saúde dominantes vieram a ocupar uma importante posição nos debates públicos. As campanhas para melhorar o acesso das mulheres ao aborto legal seguro têm sido cruciais para esses esforços (Alvarez, 1990; Ávila, 1993; Barroso e Bruschini, 1989; Barroso e Corrêa, 1995; Barsted, 1992; Dixon-Mueller, 1993; Martine, 1996; Pitanguy, 1994).

O enfoque das feministas brasileiras (e deste estudo) sobre a noção de direitos reprodutivos contém dois níveis, separados apenas analiticamente: o primeiro abrange as experiências reprodutivas diretamente relacionadas com o corpo da mulher (sexualidade, dsts, fecundidade, contracepção, gravidez, aborto, nascimento, amamentação), e o segundo envolve tarefas domésticas ligadas à reprodução social da vida humana (cuidados da criança, trabalho da casa, cuidado com a saúde da família, etc.). No primeiro nível, graças aos movimentos feministas, é possível pensar, agora, no Brasil, na reprodução como uma esfera de responsabilidade social, na qual direitos estão se moldando. O segundo nível é menos freqüentemente percebido como um *locus* da responsabilidade social e do Estado, com algumas exceções, como a grande batalha do Movimento de Luta por Creches, em São Paulo, nos anos 70 (Alvarez, 1990). Assim, há um longo caminho a percorrer para ampliar o conceito de direitos reprodutivos, o que inclui o trabalho não-remunerado das mulheres na reprodução social.

Metodologia, processos e grupos estudados

Integrantes de sete organizações — uma no Recife, uma no Rio de Janeiro e cinco em São Paulo — participaram da equipe de pesquisa do IRRRAG no Brasil. Entre essas organizações, seis estiveram envolvidas em *advocacy*, pesquisa e educação; uma tem sido um catalisador institucional de pesquisa sobre temas de saúde e direitos reprodutivos em toda a América Latina; e três têm trabalhado, há anos, na provisão de serviços e em articulação estreita com os movimentos descritos a seguir.[9] Todas

[9] As sete organizações são as seguintes: no Rio de Janeiro, CEPIA (Cidadania, Estudos, Pesquisa, Informação e Ação), que há muito tempo trabalha com o sindicato das trabalhadoras domésticas; no Recife, o SOS Corpo, que tem um longo relacionamento com o MMTR-NE; e, em São Paulo, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, a Equipe de Comunicação em Sexualidade (ECOS), Fala Preta – Organização de Mulheres Negras, a Sempreviva Organização Feminista, que há anos trabalha com o MSZL (Movimento de Saúde da Zona Leste) e a Fundação Carlos Chagas, um centro de pesquisa de ciências sociais, cujo Programa PRO-DIR patrocina pesquisas em toda a América Latina sobre saúde e direitos reprodutivos.

estiveram na vanguarda do movimento feminista de saúde no Brasil. Escolhemos os três grupos de reivindicações específicas — trabalhadoras domésticas, trabalhadoras agrícolas e donas-de-casa urbanas — como nossos pontos focais não somente porque representam os três maiores grupos ocupacionais das mulheres brasileiras, mas também porque já tínhamos uma história de cooperação com eles, o que facilitaria a comunicação e as futuras atividades de articulação política. Foi com base no trabalho anterior das organizações e nas conexões estabelecidas com os três movimentos populares que a equipe selecionou as comunidades a serem pesquisadas. A amostra de 182 pessoas (158 mulheres e 24 homens) que participaram da investigação foi selecionada usando-se uma metodologia de "construção de teia ou rede", na qual os primeiros contatos, que foram as lideranças comunitários, nos indicavam participantes de seus movimentos para serem contactados pela pesquisa.[10]

Em nosso estudo, todas as pessoas entrevistadas foram selecionadas entre os membros das três organizações representativas dos três grupos ocupacionais: o Sindicato dos Trabalhadores Domésticos do Município do Rio de Janeiro, o Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR) e o Movimento de Saúde da Zona Leste, em São Paulo. Na Tabela 2.1, está a distribuição ocupacional dos entrevistados selecionados nos três grupos.

Tabela 2.1 Entrevistados/as por tipo de ocupação principal

Ocupação	%
Fora do mercado formal de trabalho (donas-de-casa)	25,3
Trabalhadoras domésticas	29,6
Trabalhadoras rurais	11,0
Agricultores familiares	11,6
Agricultoras familiares	20,7
Trabalhadores da saúde (homens)[1]	1,8
Total	100,0

1 Três homens entrevistados em São Paulo, filiados ao MSZL.

Trabalhadoras domésticas

Além da limitada proteção trabalhista e de um ambiente de trabalho extremamente isolado, as relações sociais nas quais as trabalhadoras domésticas estão envolvidas as diferenciam de outras ocupações. Trata-se de uma das poucas relações de trabalho que se dá entre duas mulheres e é usualmente determinada por suas respectivas condições de classe e raça (Rollins, 1985). Como mulheres, elas compartilham subordinação e intimidade cotidiana no reino doméstico, mas detém poder desigual

[10] Um total de 75 entrevistados (54 mulheres e 21 homens) participou em Pernambuco; 54 mulheres, no Rio de Janeiro; e 50 mulheres e três homens, em São Paulo.

(uma supervisionando, a outra realizando tarefas); por isso, essa relação empregadora–empregada é particularmente tensa e conflituosa (Souza, 1980; Mello e Souza, 1989). Isso torna ainda mais notável o grau de organização das trabalhadoras domésticas no Rio de Janeiro. Em 1961, o Sindicato desta categoria no Rio de Janeiro foi fundado por 18 mulheres, como uma associação, sob os auspícios do movimento da Juventude Operária Católica (JOC), mas somente em 1989 conseguiu o *status* de sindicato. À época da pesquisa, o sindicato tinha mais de 2 mil membros, representando os três regimes de trabalho doméstico: diaristas, que são pagas por dia e trabalham em casas diferentes a cada dia; mensalistas não-residentes, que trabalham todos os dias na mesma casa, recebem salário mensal, mas não moram no local de trabalho; e mensalistas residentes, que vivem no local de trabalho, recebem por mês e têm um dia e meio de folga nos fins de semana. Com jornada de trabalho de até doze horas e freqüente abuso de seu direito à folga remunerada, este último grupo sofre mais violações de direitos do que qualquer outro.[11] No entanto, por razões que tanto refletem mudanças na economia quanto o desejo, por parte das domésticas, de ter maior liberdade e melhor remuneração, o número de trabalhadoras residentes no local de trabalho está em declínio em relação ao de não-residentes. Nossa amostra foi composta por diaristas que trabalhavam em diferentes locais e residentes que estavam no mesmo emprego há muitos anos. As diretoras do sindicato do Rio de Janeiro estão nesta última categoria.

Trabalhadoras rurais

As mulheres pequenas produtoras, as sem-terra de pequenos povoados, as trabalhadoras diaristas e as trabalhadoras das grandes propriedades rurais têm transformado o cenário político e social da agricultura brasileira, militando ativamente para afirmar uma nova identidade social (Soares *et al.*, 1996). Até o início da década de 80, o número de trabalhadoras rurais sindicalizadas era extremamente baixo, um fato que estimulou a organização do MMTR em 1981. Durante sua existência, este movimento tem sido independente dos sindicatos, embora trabalhe em estreito contato com eles, prepare mulheres para assumir posições de liderança e influencie a agenda política sindical para que incluam as demandas das mulheres. Seu principal objetivo é o de organizar as trabalhadoras rurais, reforçar sua identidade e ajudá-las a assumir posições decisórias em todas as esferas da sociedade. Atualmente, o MMTR tem presença nacional, com fortes ligações com outros movimentos rurais latino-americanos.

O trabalho rural no Brasil é caracterizado por relações sociais muito diferenciadas. Além da existência de latifundiários e trabalhadores rurais, entre estes últimos há

---

[11] Os dados de Portella indicam que as condições de trabalho das trabalhadoras domésticas no Rio de Janeiro são similares às de outras regiões do Brasil (Portella, 1993).

também uma grande diversidade social e cultural.[12] Nossa amostra inclui dois tipos de trabalhadores e trabalhadoras rurais: pequenos/as proprietários/as que desenvolvem lavouras de subsistência, com ligações com os mercados locais; e trabalhadores/as assalariados/as do setor agroindustrial de fruticultura para exportação. As/os pequenos/as proprietários/as trabalham por conta própria e, portanto, têm um acesso mínimo a benefícios sociais e, mais raramente, a alguns direitos trabalhistas; já os/as assalariados/as da agricultura de exportação estão, em geral, protegidos pelo rigoroso monitoramento sindical das leis trabalhistas que os/as afetam. Porém, nem a legislação trabalhista nem os sindicatos têm evitado a violação dos direitos reprodutivos das trabalhadoras por empresas decididas a contratar mulheres sem filhos ou esterilizadas. Perante essa falta de proteção, em 1994, as trabalhadoras agrícolas da região do São Francisco, uma das áreas de realização da pesquisa, demonstraram sua capacidade de luta, reivindicando e obtendo uma cláusula importante no acordo coletivo entre o sindicato e as empresas, que lhes deu o direito a dois dias de descanso durante o período menstrual (FETAPE, 1994).

As donas-de-casa urbanas

O Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo (MSZL), o terceiro grupo incluído na pesquisa, foi formado por mulheres dos clubes de mães e das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), da Igreja Católica, e é um exemplo típico dos movimentos populares de mulheres da periferia urbana. Originou-se, em 1973, na zona leste operária de São Paulo, como um veículo alternativo para reivindicar melhor atendimento de saúde durante o regime militar, quando os tradicionais canais institucionais de negociação política estavam bloqueados. Com o apoio dos trabalhadores da saúde, o movimento organizou demonstrações de massa, criou comissões de saúde para pressionar o governo a abrir clínicas e hospitais e a contratar pessoal e exigiu participação no monitoramento e na gestão dos serviços de saúde através de conselhos locais. A coordenação do MSZL é constituída de vinte e cinco participantes, todas mulheres, contando também com uma Comissão de Saúde da Mulher.

As mulheres entrevistadas em São Paulo se consideram donas-de-casa e ativistas políticas, que lutam pelo bem-estar da comunidade. A maioria vive na região há anos, após terem migrado das zonas rurais, especialmente do Nordeste. Essas mulheres criaram suas famílias em São Paulo e atingiram um padrão de vida melhor do que poderiam conquistar se tivessem ficado no interior e, por isso, não pensam em retornar

---

[12] Entre trabalhadores/as rurais, incluem-se "sem-terra", tanto os que perderam sua propriedade como os que nunca a tiveram; trabalhadores/as agrícolas proletarizados, trabalhando por salário nas grandes propriedades e na atividade extrativista; pequenos/as proprietários, que trabalham em agricultura de subsistência, através de cooperativas comerciais ou como produtores independentes para o mercado local; e agricultores/as integrados, que vendem toda a sua produção a uma única indústria.

ao estado natal. Seus maridos são, na maioria, trabalhadores da região industrial do estado, conhecida como o ABC paulista, o maior centro industrial do Brasil.[13] Desse modo, atingiram o mais alto nível de organização, os maiores salários e as melhores condições econômicas e trabalhistas de todos os trabalhadores brasileiros, o que fica evidente na comparação com as famílias dos dois outros grupos (Citeli, 1994). Entretanto, como veremos em seguida, os benefícios para a família nem sempre são convertidos em benefícios para as mulheres.

Embora as pessoas de contato para a pesquisa estivessem envolvidas no MSZL, o grau em que cada uma delas poderia ser considerada ativista desse movimento foi bastante variável. Entre as nossas informantes havia desde líderes que participavam do movimento há décadas, algumas com reconhecimento regional ou nacional, até mulheres cuja filiação à organização tinha se iniciado na época da pesquisa, motivada, em alguns casos, por uma disputa trabalhista. Apesar dessas variações, reconhecemos que nossas entrevistadas são atípicas entre os grupos urbanos e rurais de baixa renda no Brasil, na medida em que sua filiação ao sindicato ou ao movimento sinaliza um certo grau de consciência política de pertencer a uma coletividade e, portanto, uma inclinação prévia para refletir sobre reivindicações e direitos de grupos. Assim, decidimos incluir um pequeno número de mulheres não-ativistas (10% do total), que não estavam engajadas nas atividades do movimento de forma permanente, como um grupo de controle para efeitos comparativos. Durante toda a análise de dados, vamos nos referir a "ativistas" e "não-ativistas", com o entendimento de que as primeiras vão de líderes a membros da base.

Todos os locais de pesquisa utilizaram os mesmos instrumentos: (1) um questionário sociodemográfico (com perguntas específicas para cada região); (2) grupos focais ou entrevistas de grupo; e (3) entrevistas em profundidade (somente com mulheres). Os métodos para conduzir as entrevistas de grupo variaram um pouco de um local a outro, dependendo das disponibilidades e necessidades dos participantes. Nossas 45 entrevistas em profundidade (total para os três locais) incluíram tanto participantes como não-participantes dos grupos focais. Em Pernambuco e no Rio de Janeiro, essas entrevistas foram feitas utilizando-se a técnica das "histórias de vida" e, em São Paulo, foram utilizadas questões semi-estruturadas, de acordo com as diferentes etapas do ciclo de vida das mulheres. Nos três estudos, tentamos entrevistar pessoas em um amplo espectro etário, divididas em três faixas de idade: menos de 21 anos (12,5% do total), entre 21 e 44 (46,3% do total) e 45 anos ou mais (41,2% do total).[14]

---

[13] A região é formada pelas cidades de Santo André, São Bernardo e São Caetano, onde está situada a maior parte da indústria metalúrgica e mecânica de São Paulo. É também o berço do novo movimento sindical brasileiro e onde foi originalmente formado o Partido dos Trabalhadores.

[14] Não houve nenhuma participante com menos de 21 anos entre as trabalhadoras domésticas do Rio de Janeiro.

Além de buscar a diversidade de gerações, também tentamos selecionar os entrevistados por raça/cor da pele, levando em conta a complexidade da classificação racial no Brasil.[15] Refletindo as dificuldades do debate sobre a questão racial na cena política e social brasileira, as mulheres e os homens entrevistados muitas vezes utilizaram termos para se descreverem que fazem eco à preocupação da sociedade com matizes de cor da pele: por exemplo, *morena*, *escurinha* ou *amarela*. Decidimos evitar essas categorias e classificamos os entrevistados como "ameríndios", "negros" (todas as referências não especificadas dos entrevistados à pele escura) ou "brancos", reservando esta última categoria para os casos em que os entrevistados se referiram a si próprios explicitamente dessa maneira. Dentro dessa classificação, merece atenção o fato de que a maioria absoluta dos entrevistados em Pernambuco e no Rio de Janeiro eram negros, enquanto quase dois terços dos entrevistados de São Paulo eram brancos. Além disso, os de São Paulo tendiam a ser mais velhos e prósperos do que os entrevistados dos outros dois grupos. Contudo, como veremos, enquanto as condições sociais diferenciam a relação dos grupos com o mundo do trabalho, o ativismo social aproxima muitas das donas-de-casa urbanas dos outros dois grupos, dos quais diferem por classe social e raça, quando se trata de suas atitudes sobre gênero e reprodução.

Tabela 2.2 Participantes por raça e local (em %)

Raça	Pernambuco	Rio de Janeiro	São Paulo
Branca	12	18	60
Negra	85	82	36
Ameríndia	3	-	4

A negociação dos espaços público e privado: trabalho, ativismo e cidadania

A distinção entre as esferas pública e privada, incluindo o mercado de trabalho e o ativismo político-social, é profundamente enraizada na cultura brasileira e é um ponto de referência importante na discussão sobre cidadania. No marco da cidadania, tal como elaborado nos anos 80, somente o domínio público está associado ao campo

[15] De acordo com a FIBGE, a população brasileira é composta de negros, brancos, pardos (mestiços) e amarelos. A própria percepção dos indivíduos entrevistados no censo demográfico determina em que grupo são classificados. Tem havido muitas críticas a esse sistema de classificação e suas definições baseadas na percepção da própria cor da pele. Seu impacto é diluir a importância da raça negra, colocando-a num dos extremos do contínuo que leva a um grau crescente de brancura. Este processo ideológico de "branqueamento" da raça negra coloca desafios para a construção social pelos negros de sua própria identidade. A categoria dos amarelos, por outro lado, termina por misturar todos os grupos indígenas com os asiáticos, o que também é muito confuso e nega as realidades distintas daqueles grupos. Para evitar essas complexidades e sua bagagem ideológica, adotamos a classificação mais simples da Tabela 2.2.

dos direitos e, portanto, à idéia negociação política de demandas. Por outro lado, no mundo privado da casa ou das relações patroa-trabalhadora doméstica, a linguagem dos direitos é raramente aplicada; as questões do espaço doméstico são mais freqüentemente expressas como necessidades a serem atendidas ou problemas pessoais a serem resolvidos dentro da esfera privada.

Embora reconhecendo a persistente força ideológica da dicotomia público-privado na cultura dominante, os achados do IRRRAG no Brasil questionam a própria distinção entre essas duas esferas. Entre as mulheres estudadas, essa distinção tem pouca relação com a vida cotidiana. Para grupos urbanos, a permeabilidade espacial entre público e privado resulta da própria configuração das cidades, com sua imensa circulação de pessoas, seu melhor acesso à mídia e aos serviços públicos e suas comunidades imersas em debates públicos como, por exemplo, sobre alocação de recursos e violência policial. Para os grupos rurais, o próprio espaço privado é um *continuum* ligando diferentes casas e áreas na mesma propriedade. As condições de trabalho na agricultura e no serviço doméstico também fundem as dimensões do público e do privado, de tal modo que tornam-se tênues as fronteiras entre local de trabalho e moradia, espaço social e espaço íntimo.

A experiência dos/as entrevistados/as contradizem as habituais pressuposições sobre a divisão entre público e privado. A maioria das mulheres entrevistadas, assim como grande parte das mulheres brasileiras, trabalha fora de casa e cuida de membros da família (veja Tabela 2.1). Através de seu trabalho e/ou de sua atividade política, as mulheres que entrevistamos cruzaram o umbral doméstico e começaram a encarar o espaço público como um caminho para desenvolver um novo projeto pessoal e uma visão política coletiva. Entre as ativistas de Pernambuco e de São Paulo, houve um momento em que se deram conta de que toda a sua vida tinha sido dedicada a cuidar de outras pessoas. Uma das entrevistadas em São Paulo, por exemplo, tinha sido tão confinada a seus limites domésticos que nem mesmo possuía a chave de sua própria casa. A auto-imagem das mulheres mudou de dona-de-casa — sem consciência política e social, dependente financeiramente, sem autonomia — para a de sujeito social e cidadã. Uma líder do movimento popular de saúde de São Paulo recordava:

> Quando comecei a participar, eu era Maria Ninguém, sem consciência de nada; uma mulher que cuidava de seu marido, tinha que entregar as roupas dele, os chinelos. Aqui no movimento, eu aprendi que a gente tem que lutar por nossos direitos, nosso espaço e pensar no dia de amanhã.

E uma outra:

> A gente aprende muito... uma mulher que fica somente em casa... parece caminhar para trás. A mulher que sai participa, ela progride, vê o mundo como ele é.

No entanto, os homens, especialmente nas áreas rurais, nem sempre compartem dessa visão. Um líder sindical de Pernambuco (pequeno produtor, 48 anos) expressou uma perspectiva mais tradicional sobre o lugar da mulher: "Uma mulher descer de um caminhão com um saco de feijão na cabeça — você não vê isso hoje em dia? Não fica bem. As pessoas vão dizer: ela não tem marido, não?" Essa atitude contrasta fortemente com a das entrevistadas, para quem o espaço doméstico significa restrições às mulheres, dependência de maridos e pais, sobrecarga do trabalho doméstico e cuidado das crianças. Amara, 26 anos e mãe de quatro filhos, explica sua impossibilidade de participar da vida pública: "Não tenho ninguém com quem deixar as crianças. Aí, meu marido... diz: 'Você quer ir, eu não vou impedir, mas ficar com as crianças para você sair, eu não fico, não'".

O trabalho da casa cumpriu um papel-chave para o desenvolvimento de um conceito de injustiça entre nossas entrevistadas. Muitas descreveram o trabalho doméstico como repetitivo, consumidor de tempo, solitário e servil. É realizado para outras pessoas que, por isso mesmo, sentem-se com liberdade para dar ordens. É invisível e não-remunerado (exceto no caso das trabalhadoras domésticas) e, portanto, desvalorizado socialmente. Essa realidade torna a casa um lugar de onde se quer escapar, pelo menos por algum tempo. Quando puderam escolher entre trabalhar fora ou dentro de casa, a maioria das mulheres escolheu a primeira opção, por motivos como os desta trabalhadora rural de um dos grupos focais de Pernambuco:

> Prefiro trabalhar na roça porque ali a gente vê o trabalho feito. Em casa, você faz, mas não vê o produto do trabalho. Se lavar, fica sujo outra vez. Na roça, a gente trabalha o dia todo e, no fim do dia, você vê sua produção; depois de oito, quinze dias, isso soma.

O trabalho remunerado dá à mulher autonomia e mobilidade, proporcionando liberdade de ir e vir, expandindo seu mundo. A mobilidade espacial e o maior contato social abrem novas possibilidades de acesso à informação e a outros pontos de vista. A extensão da rede social de alguém é especialmente importante na cultura brasileira, pois os contatos sociais são o meio para resolver problemas e conseguir resultados. Para muitas, o trabalho lhes dá o primeiro contato direto com o dinheiro, libertando-as da dependência de companheiros, maridos ou outro parente masculino e reforçando sua auto-estima. De nossas entrevistadas, 84% trabalhavam fora de casa, no setor formal ou informal.

A participação em movimentos sociais ou sindicatos também introduz diretamente a mulher em relações de cidadania. As trabalhadoras domésticas e rurais, ativistas ou não, demonstram uma melhor percepção de si como sujeito de direitos e um maior conhecimento de seus próprios direitos por pertencerem às duas categorias ocupacionais que não tem acesso a todos os direitos trabalhistas. Ao mesmo tempo, elas demonstram orgulho e conhecimento das leis trabalhistas conquistadas pelas organizações das trabalhadoras domésticas e rurais. Como conseqüência, tendem a

transferência de conhecimentos relacionados ao corpo, de uma geração a outra, era na primeira menstruação, porém essa informação era normalmente imprecisa e incompleta (comparar Desser, 1993 e Leal, 1994).

Nossas entrevistas mostraram que as mulheres mais velhas, na sua infância e adolescência, tiveram que procurar, sozinhas, as respostas para perguntas sobre as mudanças no seu corpo. Algumas se voltaram para livros, revistas e amigas; outras só aprenderam sobre essas questões tabus com o seu primeiro parceiro sexual. Nesse contexto, a menstruação era um marco muito significativo. Mariana, uma dona-de-casa de São Paulo, de 46 anos, transmite a confusão simbólica típica de sua geração, para a qual a chegada da menstruação aparece interligada com o terror de perder a virgindade: "Na primeira vez que fiquei menstruada, fiquei chocada; o sangue começou a descer e pensei que tinha perdido minha virgindade... Fiquei com tanto medo e não sabia se devia ou não contar a minha mãe... Solucei: Oh! tô perdida". O conselho que recebeu de sua mãe é ainda mais revelador do silêncio e da vergonha que existiam a respeito da menstruação:

> Quando minha mãe chegou em casa, eu criei coragem e contei a ela. Aí ela me chamou pro seu quarto e disse: "Você vai fazer o seguinte: vá e faça um forro na sua calcinha (e me deu uns pedaços de fazenda)... Não conte a ninguém o que aconteceu, não deixe o sangue aparecer, não deixe ninguém ver isso. Não conte nem às suas irmãs... lave as calcinhas com cuidado porque isso é... muito vergonhoso, se alguém ficar sabendo, é muito vergonhoso para a mulher".

Entre as mulheres da zona rural, as atribuições de gêneros e as representações sobre o corpo e a sexualidade são permeadas por regras e tabus, justificados pela naturalização da diferença entre homem e mulher, assim como pela noção-chave da honra feminina. Uma mulher honrada protege seu corpo do olhar masculino e do sexo, devendo ficar no restrito espaço da família, saindo da casa dos pais, onde obedecia aos pais e irmãos, para sua própria casa, onde deve obedecer ao marido. A virgindade, esse símbolo fundamental da honra, está inscrita no corpo da mulher, que não deve ser tocado, nem mesmo por ela própria. É uma moeda social que compra o futuro da mulher e é um requisito indispensável para o casamento, cujo objetivo último é a procriação. Esse código social garante a reprodução da família, a unidade básica de produção nas áreas de agricultura familiar, enquanto sua transgressão ameaça a sobrevivência da família, a herança e a honra (Quintas, 1987).

Desde a infância, o contato corporal entre meninos e meninas é desestimulado para que o desejo sexual não seja despertado. Nas zonas rurais de Pernambuco, esse controle é mais forte do que nas áreas urbanas do Sudeste, assim como a punição para aqueles que transgridem as normas. No caso das mulheres do campo, a experiência sexual antes do casamento pode levar ao ostracismo social por sanções que as forcem à prostituição, migração ou reclusão na casa dos pais, onde estão sujeitas a humilhações e violência. Entre as entrevistadas mais velhas da zona rural,

dúvida de que a epidemia de HIV/aids e a crescente conscientização sobre ela, especialmente nas cidades, cumpriram um papel crucial nessa mudança de atitude (Daniel e Parker, 1993; Parker e Barbosa, 1996). Nossos dados também refletem um forte sentimento de arrependimento entre as mulheres mais velhas sobre os silêncios que velaram sua nascente sexualidade, o que é aplicado de modo positivo a suas filhas adolescentes. As ativistas de São Paulo foram particularmente francas na aceitação da sexualidade de suas filhas, ao mesmo tempo que insistiam na proteção contra aids, outras dsts e gravidez não-desejada. Acima de tudo, querem que suas filhas sejam auto-suficientes. Mesmo as que não são ativistas rejeitam as velhas normas sobre pureza e passividade femininas para suas filhas. "Não tenho nada a ver com essa idéia de virgindade", afirma Fernanda, 36 anos, com três filhos, "mas quero [que minha filha] pelo menos termine a escola secundária, pra ter uma mente mais aberta, passar pela adolescência". Um relato de uma mãe de São Paulo sobre o conselho que deu à sua filha indica uma mudança dramática nos significados tradicionais associados ao termo *boa-moça*:

> Você tem de obedecer sua mãe e ser uma boa moça. Mesmo se transar, tenha cuidado, use a camisinha. Saiba o que está fazendo... porque se depois tiver um filho, quem vai cuidar dele? Tem tanta maneira de evitar isso.[18]

Nossas entrevistas com adolescentes sugerem que as mudanças nas atitudes sociais sobre a sexualidade têm tido um impacto direto nas mulheres jovens. Refletindo um grau de autodeterminação que suas mães não possuíam na sua idade, essas jovens buscam informação sobre o corpo e a sexualidade e, quando encontram resistência de mulheres mais velhas, as desafiam. Entretanto, ao contrário das mulheres de todas as gerações, nossos entrevistados homens se mostraram relativamente despreocupados com sua falta de informação sexual e reprodutiva. Tipicamente, sua iniciação e seu conhecimento sexuais provieram do contato com prostitutas e sua única preocupação era com doenças sexualmente transmissíveis. Os homens mais velhos pareciam relutar mais em mudar seu comportamento e suas atitudes sobre sexualidade, tanto em relação aos filhos quanto às mulheres ou parceiras. Fazendo eco à atitude responsável pelo drástico aumento na transmissão heterossexual do HIV no Brasil, João admitia:

> A gente não usou nenhum método, nenhuma camisinha, nada. Ela diz que eu saio com outras mulheres e que posso contaminá-la, mas eu não uso nada... Minha companheira disse que deu uma camisinha à filha. Aí eu

[18] As mulheres membros do Conselho, que representam as que tinham maior atividade política entre as entrevistadas, apresentaram razões um pouco mais complexas para se preocuparem com a possível gravidez de uma filha. Além da preocupação com o fato de suas filhas perderem terreno na escola ou no desenvolvimento profissional, também se preocupavam com críticas por não serem "boas mães", por não terem protegido suas filhas o suficiente.

disse: tu teve (sic) coragem de fazer isso? Tu não acha que tá incentivando a menina a ter relações sexuais?

Os resultados da pesquisa revelam sinais de mudanças nos valores morais e uma disposição das mulheres em tratar suas filhas como sujeitos sexuais autônomos, embora os homens pareçam estar ficando para trás. Entre as mulheres entrevistadas, o conceito de cuidar do corpo, para as adolescentes atuais, inclui a prevenção da gravidez indesejada, da maternidade precoce e a construção de um plano de vida autônoma e da independência financeira, assim como a prevenção da aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis (Guimarães, 1996). Essa nova visão é particularmente acentuada entre as entrevistadas de São Paulo, cujo ativismo está centrado na saúde, enquanto aquelas de Pernambuco dirigem sua reconsideração dos valores sexuais mais às futuras gerações de meninas e meninos. Embora a virgindade possa não ter desaparecido como um valor, sua importância diminuiu em face da realidade social e médica e do impacto da vida urbana contemporânea — que o feminismo tanto influencia como reflete — sobre o *ethos* moral do Brasil de hoje.

Casamento e relação sexual

As mulheres deste estudo utilizaram-se de duas linguagens contraditórias para se referir ao sexo: por um lado, como um dever matrimonial e uma espécie de trabalho; por outro, como uma fonte de prazer e uma atividade saudável. Este último discurso, que surgiu nos três grupos da pesquisa, estava, em alguns casos, parcialmente associado à influência de grupos de mulheres e à auto-percepção de si como indivíduo, gerada pelo trabalho e pelo ativismo. Ainda mais marcada, entre nossas entrevistadas, foi a associação entre o sexo prazeroso e a vida de solteira ou de separada; e, ao contrário, em São Paulo e Pernambuco, a associação entre o sexo como sobrecarga e violência e o casamento. Mais do que as relações sexuais com homens ou as normas tradicionais de virgindade e honra, foi o casamento o mais opressivo obstáculo enfrentado por muitas das mulheres entrevistadas, para concretizar suas aspirações de igualdade e direitos e sua construção pessoal como sujeitos.

Trabalhadoras domésticas do Rio de Janeiro, mais jovens e não-ativistas, falam sobre o direito ao prazer, à escolha do ato sexual e à igualdade nas relações sexuais: "Acho que nós dois devemos ter prazer". Surpreendentemente, algumas das expressões mais fortes de autonomia e liberdade sexual em relação aos vínculos matrimoniais vieram dessas jovens diaristas, que mostraram uma clara consciência em relação a direitos sexuais diante de seus companheiros. As ativistas mais velhas — aquelas com 40 anos ou mais, envolvidas no sindicato de trabalhadoras rurais, no movimento de mulheres ou em ambos — também apresentavam uma idéia clara do seu direito ao prazer sexual. Algumas haviam vivenciado dinâmicas de sensibilização ou conscientização corporal em grupos de mulheres. Talvez mais importante ainda, muitas tinham se separado de seu primeiro marido, em geral para escapar da violência

doméstica e tiveram a oportunidade de encontrar outros parceiros. Nas suas falas, encontramos o prazer sexual ligado à saúde física e mental, assim como experiências positivas de uso do preservativo masculino: "Não tem nada melhor do que fazer sexo com uma pessoa que a gente gosta e quando a gente precisa. É a melhor terapia para a mulher. Envolve todas as partes de seu corpo". Ou:

> [A camisinha] não faz diferença. Porque é uma coisa tão fininha, é muito sensível e também é macia... É somente uma pelezinha com óleo que não faz diferença nenhuma... Se você soubesse como é bom, nunca mais deixava de usar.

Algumas vezes, nos grupos focais de mulheres da zona rural, a liberdade individual em relação à sexualidade foi enfatizada de tal modo que começamos a ouvir suas falas como genuinamente feministas. Uma mulher, com mais de 45 anos, afirmou: "Como ela é dona de seu corpo, não precisa pedir nenhuma permissão. O corpo é dela e ela faz o que quiser com ele". Em outro depoimento, outra trabalhadora rural, um pouco mais jovem, afirmou:

> É uma questão de escolha. Se a pessoa se sente melhor com um homem, deve ficar com ele... se eu gosto de mulher, a decisão é minha. Eu tenho que pensar em mim e não no que os outros vão pensar... Todo mundo tem o direito de escolher o que é melhor para si mesmo.

Ao que parece, ainda que lentamente, diminui o preconceito social que esperar que as mulheres sejam permanentemente disponíveis para o sexo e que sejam submissas a seus parceiros, sem se importarem consigo mesmas. Josefa, uma líder do movimento negro e dona-de-casa de São Paulo, de 51 anos, transmite essa noção tradicional:

> Quando me casei com ele... uma mulher mais velha me aconselhou — "Mesmo que você esteja doente ou morrendo, tem que tá sempre pronta e cheirosa para ele", e assim eu faço, fielmente. Uma vez eu tive uma inflamação no útero; quando a gente fazia sexo, eu quase morria de dor, mas nunca disse nada a ele.

É preciso dizer, porém, que se a influência de grupos de mulheres foi o catalisador final das idéias libertárias sobre sexualidade, isso ocorreu dentro de um contexto mais abrangente de limitação e decepção no casamento.

Em relação à decisão de casar ou não, quando e com quem, as mulheres das três áreas de pesquisa afirmaram que tiveram muito pouca escolha. Nas zonas rurais, somente os homens podiam escolher, buscando uma mulher adequada para se casar e pedindo o consentimento dos pais dela antes da aproximação. A posição das mulheres é de mera reação: verificando se o homem vai dar um bom marido, se trabalha duro, se não tem vícios, se é um bom filho. A maioria se casou com o primeiro homem que lhe propôs matrimônio. Como disse uma participante de um grupo focal pernambucano: "Não queria casar. Casei pra obedecer meus pais". As

mulheres negras de São Paulo também vivenciaram imposições da família para a escolha do marido, através da lente distorcida da raça. Ao internalizarem a noção de que a pele mais clara é igual a ascensão social, alguns pais negros não deixavam suas filhas namorarem negros, estimulando-as a buscarem parceiros mais claros, "para melhorar a raça". Finalmente, várias domésticas não-ativistas do Rio de Janeiro foram forçadas ao casamento pela gravidez.

Apesar dessas limitações, nossas entrevistas sugerem que muitas mulheres se casaram com fortes expectativas não somente de *reciprocidade* — na qual a divisão sexual do trabalho é equilibrada, embora com tarefas específicas para cada um — como também de *igualdade*. Muitas das mulheres mais velhas, nos três grupos, viram o casamento não só como uma obrigação culturalmente determinada, mas também como uma forma de escapar do controle dos pais e das intermináveis tarefas que as boas filhas tinham de cumprir nas casas rurais, até mesmo, como dizia Marta (uma divorciada que migrou da zona rural para São Paulo), para "conhecer lugares" e "se divertir". Suas expectativas, porém, foram lamentavelmente destruídas pela realidade da vida de casada, caracterizada pela violência masculina, pelo alcoolismo, por casos extraconjugais e pela não colaboração no trabalho doméstico. Sentem-se enganadas e culpam o homem por não cumprirem sua parte do contrato. A decepção com o casamento foi um tema destacado nos três grupos de entrevistadas. De forma quase unânime, ativistas e não-ativistas expressaram nostalgia dos tempos de solteira, como a melhor época de suas vidas; depois do casamento, perderam as poucas vantagens que tinham antes. Josefa é um caso típico dessa decepção: "Quando casei, pensei que ele estava me escolhendo para esposa. [Na verdade], me escolhia para empregada, mas só vi isso agora, depois que entrei no Partido dos Trabalhadores (PT)". Selma, uma diarista branca de 27 anos que, ao contrário de Josefa, não é uma ativista, também expressa a consciência de que o matrimônio limitou sua liberdade:

> Se tivesse que começar tudo de novo, eu não me casava. Ia namorar... Mas não vivia junto. Pra mim, quando eu tô sozinha em casa, eu me sinto melhor. Você tem seu espaço, tem liberdade para pensar, pra ouvir música. Você fica mais à vontade, mais independente..

A máxima expressão de desigualdade entre mulheres e homens em relacionamentos amorosos, especialmente no casamento, é a violência masculina contra as mulheres. Ouvimos muitos testemunhos, em todos os locais da pesquisa, de esposas que tinham sofrido espancamentos, muitas vezes por causa do ressentimento dos homens contra seu envolvimento no trabalho ou no ativismo político. Em Pernambuco, são comuns os conflitos domésticos que levam à violência, mas a separação só ocorre em casos extremos, quando a vida da mulher de fato está ameaçada. Nesses casos, a família e, algumas vezes, o movimento das mulheres se envolvem, criando redes de solidariedade para proteger a mulher. Uma líder do MMTR, de 46 anos, contou uma longa história de violência e abuso que sofreu do

marido. Finalmente, com o apoio de grupos locais de mulheres, foi capaz de deixá-lo e reconstruir sua vida.

Para esta mulher, como para muitas outras, o padrão de comportamento violento começou na gravidez. Especialmente entre trabalhadores rurais, durante a primeira gravidez, os homens muitas vezes as rejeitam sexualmente e começam a cortejar outras ou a espancar as esposas.[19] Além das motivações psicológicas, esta violência está relacionada à divisão desigual do trabalho, que atribui às mulheres a múltipla sobrecarga de esposa, mãe, trabalhadora rural e responsável pelo lar. Com a chegada das crianças, torna-se cada vez mais difícil o cumprimento de todas essas obrigações, especialmente quando não existe nenhum auxílio para cuidar dos filhos. Os maridos reagem porque recebem menos atenção e porque as mulheres não cumprem suas "obrigações". Daí em diante, a violência surge como prática regular, o que só a separação resolve. Uma participante de um grupo focal na área rural transmite o horror desta situação:

> Eu apanhava todo dia. Eu dizia... como eu não posso largá-lo, vou tomar veneno. "Veneno é pior porque você vai para o inferno" [o povo me dizia], e eu respondia que era melhor do que viver com aquele filho-da-puta... Tinha somente duas saídas. Matar ele não era solução... a família dele também não era fácil, e eu tinha certeza que eles iam me matar. Na última vez, a gente se separou... eu tinha seis filhos. Ele me bateu, me arrastou pelo chão. Eu tava dando de mamar ao bebê. Fui-me embora somente com este pequenininho e deixei quatro meninos para trás. Um já tinha morrido. Saí com esse menino, descalça, com o cabelo repuxado e vivi dois anos e dois meses na casa de meu pai.

As mulheres mais jovens, buscando conscientemente evitar a brutalidade que presenciaram na vida de suas mães e avós, esperam adiar a época de se casar e encontrar um homem que não as oprima. As adolescentes que entrevistamos em São Paulo tentam evitar o controle dos pais, namorando em segredo e prolongando seu *status* de solteiras. Se vierem a casar, esperam firmemente poder escolher seus parceiros.

As trabalhadoras domésticas que vivem no local de trabalho estão em extrema desvantagem no que diz respeito à vida sexual e amorosa. Isoladas nas casas da classe média, onde é difícil conhecer pessoas, sem tempo ou disponibilidade para estabelecer relacionamentos, referem-se tipicamente a suas relações sexuais como "coisa do passado". Contam histórias de como seus empregadores, para usufruírem de sua atenção plena, desencorajam ou mesmo sabotam abertamente suas relações com homens. Contudo, se algumas reclamam de sua condição, outras, especialmente

---

[19] Ao analisar os vínculos entre a violência doméstica e a saúde reprodutiva das mulheres, Lori Heise sugere que o risco maior de violência durante a gravidez é um padrão existente em muitas partes do mundo (Heise, 1995).

as sindicalistas mais militantes, escolheram claramente a ligação com o sindicato em lugar da vida com um homem. Como disse uma ex-presidente do sindicato:

> Depois que eu ganhei consciência da minha vida e do que eu queria, tudo ficou mais fácil. Eu não ia agüentar um marido. Eu amo minha liberdade. Trabalho como doméstica e é sempre a mesma coisa. Chega a hora que você cansa e precisa ver as coisas do seu jeito. Por isso o trabalho no sindicato é tão importante. Sexo e a presidência... os dois não se combinam. A mulher não vive só para o homem... ela pode viver por sua conta. Não é somente através do sexo que ela se realiza.

O aumento do número de mães solteiras, de separações e de famílias chefiadas por mulheres é uma realidade crescente no Brasil, sugerindo que a desilusão feminina com o casamento pode representar um fenômeno social mais amplo, que ultrapassa a ideologia feminista. Em Pernambuco, uma ativista do sindicato de trabalhadores agrícolas, de 40 anos, decidiu ser mãe solteira e ainda assim conseguiu o respeito e a legitimidade social na comunidade: "Sou uma mãe solteira. Escolhi o que era melhor para meu filho. Posso até errar na sua educação, mas eu espero acertar e construir um mundo diferente deste que a gente vive".

Saúde reprodutiva e reprodução social

Maternidade e gravidez

Quando falam de reprodução, as mulheres de nosso estudo nos contam uma história que começa na infância e chega à velhice. As tarefas com a casa e com as crianças começam quando as meninas substituem as mães para que estas possam fazer outros trabalhos, em casa ou fora. As tarefas domésticas só acabam com a invalidez ou a morte, pois, no final do ciclo de vida, espera-se que as avós substituam suas filhas. Pressionadas pela necessidade, no contexto do fracasso governamental em implementar a legislação sobre creches e da crescente deterioração da escola pública, as mães dependem do trabalho das filhas, repetindo no relacionamento mãe–filha o mesmo padrão que criticam como trabalhadoras domésticas e esposas.[20] Entre as trabalhadoras rurais, existe uma diferença clara entre as não-ativistas, que aceitam a tradicional divisão sexual do trabalho, e as ativistas, que tentam

---

[20] Nas áreas rurais e, em menor escala, também nas urbanas, o trabalho de reprodução social incorporava tradicionalmente as parentas, vizinhas e avós; as crianças circulavam entre as casas de parentes e vizinhos. Mais recentemente, a migração, urbanização, dispersão das famílias, escolarização das meninas, instabilidade dos arranjos conjugais e a entrada de mulheres de todas as idades no mercado de trabalho (formal e informal) têm limitado essas possibilidades. Assim, o círculo de parentas para ajudar no trabalho doméstico ficou mais restrito, incluindo agora somente as filhas mais novas e as avós que não trabalham. No entanto, as crianças ainda circulam amplamente entre parentes e vizinhos.

conscientemente transformá-la através de suas próprias práticas na criação dos filhos. As não-ativistas relataram que os filhos homens "ajudavam o pai na lavoura", enquanto elas mesmas tinham ensinado as filhas, "desde pequenas, a cuidar da casa". Ao contrário, Miracéia — líder sindical e trabalhadora rural em tempo integral — cobra cooperação igual de seu marido, ativista, e de seus filhos homens:

> Ensinei meus filhos homens. Eles lavam roupa, remendam, recolhem do varal... Quando querem sair, passam sua roupa... Você acha que eu vou trabalhar como uma escrava sem dividir as tarefas com meus filhos?... Antes [de eu entrar no movimento], eles não faziam nada. Eu não dava comida na boca porque isso já era demais, mas botava a mesa, servia o almoço, e eles diziam: "Tô cansado, traga aqui", e eu levava. Isso acabou. Se estão cansados, eu também tô. "Você trabalha, eu também; vá até o fogão e pegue você mesmo". É assim que educo meus filhos e meu marido.

Entre as domésticas, são as diaristas não-ativistas, que, portanto, têm maior probabilidade de ter marido e filhos do que as residentes, as que exigem igualdade entre homens e mulheres na família. A insistência de Selma em compartilhar o trabalho de casa levou a confrontações sérias:

> [Meu marido] não pegava um copo... onde ele sentava para comer, ali mesmo deixava o prato e o copo. Um dia eu fiquei maluca e disse: "Se eu encontrar um copo, vou quebrar, não lavo, jogo fora". Aí fiz isso. Nunca mais... hoje ele lava, arruma, faz a cama, limpa o banheiro — me ajuda muito. Minha sogra disse que ele era ainda pior. Ela falou: "Deixa de ser burra, os direitos são iguais..." [Agora] a única coisa que ele não faz é passar roupa.

O trabalho das domésticas representa o caso especial de uma ocupação que impõe as tarefas da reprodução social, ao mesmo tempo que inibe a reprodução biológica. Muitas delas relatam que teriam maior dificuldade de encontrar trabalho se fossem casadas e tivessem filhos. Tanto as ativistas quanto as não-ativistas, assim como os/as empregadores/as, estão bem conscientes de que a gravidez pode significar a perda do emprego. Por esta razão, muitas trabalhadoras domésticas fazem abortos inseguros, ilegais e mesmo não-desejados. Se muitas domésticas se tornam mães e esposas, o fazem com grande custo. Aquelas que dormem no local de trabalho precisam repassar o cuidado da família para outras pessoas, passando a ver os filhos e o marido nos fins de semana ou mesmo com menor freqüência. Já as diaristas, fazem viagens longas e extenuantes para voltar para casa todas as noites, sempre muito tarde. Assim, cuidar da família de outra mulher significa, de fato, desistir da própria.

O trabalho reprodutivo não envolve apenas as tarefas domésticas, mas incontáveis negociações na arena pública, num contexto cada vez mais difícil, dada a baixa qualidade da assistência à saúde e de outros serviços públicos, das grandes distâncias a percorrer e do tempo de espera nos serviços, assim como a falta de respeito e o mau tratamento por parte de funcionários (veja Diniz, 1996 e

D'Oliveira, 1996). Marta, mãe de duas crianças, negra e divorciada, que trabalha como doméstica em São Paulo, falava de ter "horror" em levar as crianças ao posto de saúde local porque "eles tratavam a gente tão mal. Eu perdi tantos dias de trabalho para fazer o pré-natal e tratar das crianças". Outras mulheres reclamavam da falta de acesso, além da baixa qualidade da assistência. Os relatos mais amargos, porém, referem-se à experiência com serviços ginecológicos e obstétricos. Amélia, líder do movimento de saúde, de 63 anos, com três filhos, reage diante da impessoalidade dos serviços públicos ginecológicos: "De repente, você chega lá e tem de tirar a roupa para um sujeito que você nunca viu começar a lhe tocar... Para mim... este tipo de exame ginecológico é uma violência". Outra mulher de São Paulo presenciou o seguinte incidente de tratamento abusivo no parto: "A moça gritava no trabalho de parto — 'Doutor, me ajude!' O médico olhou pra ela e respondeu: 'Você não é minha mãe, minha irmã ou minha esposa, por que é que eu devia lhe ajudar?'. Ele virou as costas e saiu".

A adoção de novas medidas de contenção de despesas nos serviços de saúde tem aumentado os riscos para as mulheres, ao restringir ainda mais o seu limitado tempo de recuperação após o parto. Uma mulher mais velha de Pernambuco deplora este retrocesso:

> No meu tempo, a mulher tinha a criança em casa. A mãe dela ficava não sei quanto tempo ajudando, depois do parto. Levava uns quinze dias para ela lavar o cabelo pela primeira vez. Era um mês inteiro de repouso, não era? Agora, em vinte e quatro horas a mulher sai da maternidade e vai para casa, para cuidar ela mesma de tudo.

O costume tradicional de repousar por duas semanas, ou até mais, permitia que as mulheres do campo evitassem as tarefas domésticas e recuperassem as energias depois do parto. Hoje em dia, quando se espera que as mulheres façam todas as tarefas domésticas sem ajuda da família, além de participar do trabalho agrícola, o período de recuperação pós-natal quase desapareceu, com sérias conseqüências para a saúde das mulheres.

As mulheres pobres pagam um alto preço pela maternidade. Nas áreas rurais do Nordeste, os testemunhos falam de dor, incapacidade de cumprir as obrigações matrimoniais e deterioração da saúde reprodutiva, que termina por levar à ligação de trompas ou à histerectomia. Algumas das mulheres mais velhas haviam tido até vinte gestações, que somavam quinze anos de suas vidas. Uma líder do movimento, de 50 anos, que atualmente mora com sua jovem neta no sertão, exemplifica o sofrimento e a permanente intervenção médica na vida reprodutiva das mulheres desta região (veja Scheper-Hughes, 1992):

> Tive minha primeira filha. Com onze meses, nasceu um menino. Aí não agüentei mais e comecei a usar [contraceptivos]... Sangrava muito... Sangrei

> durante dezesseis anos... Me tratava, melhorava e engravidava outra vez... Tive sete [filhos]. Fiz três eletrocauterizações, três cauterizações cervicais, uma ablação do útero... e curetagem... porque tinha tido uma infecção no útero e um aborto. Com 38 anos, fiz uma histerectomia total.

Se a gravidez deve ser vista sempre como uma experiência socialmente construída, no Brasil ela é não apenas cada vez mais medicalizada, como também é vista como procedimento cirúrgico. Para a maioria das mulheres, ter ou evitar filhos envolve uma cirurgia, como fica claro pelo altíssimo número de cesarianas (52% de todos os nascimentos) e de laqueaduras tubárias (veja anteriormente, Mello e Souza, 1994, e BEMFAM/DHS, 1997). No entanto, como foi sugerido antes, a saúde reprodutiva não é uma vivência uniforme em todo o país, sendo mediada por claras diferenças regionais, que também são distintas de acordo com a raça e a inserção sócio-econômica das mulheres. Por exemplo, o atendimento pré-natal atinge somente 42% das mulheres no Norte e no Nordeste, enquanto em outras regiões chega a 75%. Mais ainda: a qualidade dos serviços públicos de atendimento pré-natal é muito baixa e a maioria das consultas não dura mais que cinco minutos (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1995).

Por todos esses motivos, a gravidez e a maternidade se tornam experiências cheias de perigo e angústia, e não de alegria. Como lamentava Lenice, uma doméstica negra de 46 anos: "Desde o momento da concepção, você se preocupa. Se preocupa com o nascimento; depois que nasce, se preocupa com a saúde do bebê... Depois que se tem um filho, você não pode mais ser feliz". Os contínuos ataques ao corpo no processo de reprodução — pelos médicos e maridos — levam as mulheres a perceberem a maternidade, de forma realista, como um risco para a saúde. Nas zonas rurais, é mais provável que seja percebida como uma ameaça à vida. Se ter filhos significa morrer um pouco, ter um número menor equivale a uma estratégia de sobrevivência. Uma ativista do MSZL perguntou com voz entrecortada: "Você pode imaginar uma mulher, aqui em São Paulo, ter vinte e três filhos como minha mãe? Ela nem tava viva!" No entanto, a percepção de risco é relativa. Selma reflete sobre sua própria situação: "Minha sogra achava que a gente devia ter somente um filho. Quando eu tive meu terceiro, ela botou a mão na cabeça e disse: 'Mulher, você tá se matando'. Ela teve sete".

Essa visão pessimista do casamento e da reprodução não significa que as mulheres de nosso estudo rejeitem a maternidade — ainda altamente valorizada. No entanto, elas estão lutando para tornar a maternidade mais compatível com o trabalho, a escola, a independência econômica, o ativismo comunitário e com a sua própria saúde e o seu bem-estar. Para as mulheres mais velhas, isso resulta em maior utilização de contraceptivos, esterilização e aborto e, em alguns casos, em separação ou divórcio; para as mais jovens, em um maior esforço para postergarem o casamento e a maternidade e terem uma vida sexual independente.

fertilidade e atua de acordo com este sentimento. Nossas entrevistadas demonstram claramente esta mudança de atitude, porém os métodos usados para pôr em prática esse direito são limitados e muitas vezes arriscados.

Como já foi dito, a esterilização é de longe o método contraceptivo mais freqüentemente usado pelas brasileiras, seguido da pílula e suplementada substancialmente pelo aborto provocado. As entrevistadas geralmente seguem esse padrão, mas com diferenças significativas, pois a proporção das que foram esterilizadas é mais baixa e das que não usam atualmente nenhum método contraceptivo é mais alta do que os dados nacionais mais recentes para as três regiões.[22] Apesar de relativamente poucas das entrevistadas estarem utilizando a pílula na época do estudo, muitas a tinham tomado durante os anos férteis. Entretanto, muita mulheres dos três grupos se queixaram dos efeitos colaterais da pílula e, em alguns casos, também de sua ineficácia (mais no Rio de Janeiro e em Pernambuco). Com freqüência, estes problemas foram utilizados como justificativa para a laqueadura tubária — pela mulher, por seu médico ou por ambos. Particularmente no Nordeste, as histórias das mulheres expressam o medo de infecção, câncer e enfraquecimento físico devido ao uso da pílula. Em comparação, a esterilização parece inofensiva. Embora, em certos casos, esses medos possam refletir a desinformação sobre os métodos contraceptivos, mais freqüentemente eles se baseiam em experiências reais (própria ou de amigas e vizinhas), agravadas pela má saúde e desnutrição gerais.

Nos três locais da pesquisa, o preservativo masculino foi repetidamente citado, especialmente pelas mulheres mais jovens, como o método preferido de contracepção e também para evitar HIV/aids e dsts. No entanto, muito poucas das entrevistadas de fato utilizam esse método, alegando a recusa dos maridos ou parceiros. Por outro lado, o testemunho dos homens entrevistados em Pernambuco e em outros estudos qualitativos indicam que as mulheres não apenas cedem à opinião masculina, como também elas mesmas não gostam da camisinha e simplesmente não insistem no seu uso (comparar com Barbosa e Villela, 1996; e Badiani *et al.*, 1996 e 1997). Em São Paulo, onde a aids é a principal causa de morte entre mulheres de 20 a 35 anos, este resultado é especialmente preocupante. As mulheres esterilizadas, menopáusicas e grávidas — assim como as que utilizam a pílula, a tabelinha ou o aborto como métodos contraceptivos — não estão usando nenhuma proteção contra o HIV ou

---

[22] Em Pernambuco, 26% das entrevistadas tinham feito laqueadura tubária; 27% em São Paulo e 16% no Rio de Janeiro. A maioria, nos três locais da pesquisa, relatou que não utilizava atualmente "nenhum método" contraceptivo (não-permanente). Esse fato pode refletir não somente o recurso à esterilização, como também o número relativamente mais alto de mulheres mais velhas e já em fase pós-menopausa incluídas no estudo. No caso das entrevistadas do Rio de Janeiro, a alta porcentagem (em relação ao Rio como um todo) que não é esterilizada e também não utiliza nenhum método contraceptivo reflete a situação ocupacional das trabalhadoras domésticas, muitas das quais são virtualmente celibatárias (como já foi discutido).

outras dsts. Essa tendência preocupante, encontrada entre as participantes da pesquisa, é também confirmada por outros estudos sobre mulheres brasileiras (Barbosa e Villela, 1996; Guimarães, 1996). No entanto, como vimos, as mesmas mulheres mais velhas de São Paulo que relutam em garantir ou exigir sexo mais seguro para si próprias insistem que suas filhas usem a camisinha.

São várias e complexas as razões para que as brasileiras pobres tendam mais a utilizar a esterilização e o aborto do que outros métodos de controle da fecundidade. Essas razões envolvem principalmente o contexto mais amplo de pobreza, trabalho precário, falta de creche; inadequações e distorções dos atuais serviços de saúde reprodutiva e as atitudes recalcitrantes dos homens. Todos esses motivos são muito mais extremados no Nordeste. Embora no Rio essa situação seja menos freqüente, muitas das mulheres com quem falamos nas três áreas tinham que enfrentar a resistência de maridos e parceiros no esforço para evitar a gravidez. Especialmente em Pernambuco, foi comum que os homens mostrassem indiferença ou mesmo sabotassem abertamente esses esforços. Uma participante de grupo focal relatou que seu marido "tinha o costume de mexer nas minhas coisas" até que achou pílulas anticoncepcionais escondidas numa mala:

> Ele sabia para que elas serviam. O rótulo dizia tudo. Ele me perguntou: "Pra que você tem isso? Não quer mais viver comigo?" Eu respondi: "Quero porque você é o pai de meus filhos e tem que me ajudar a criá-los"... [Então] ele pegou as pílulas, jogou na água, dissolveu tudo e enterrou, dizendo: "Se eu ver essas pílulas outra vez, você me paga". "Você me paga" queria dizer que ele ia me bater.

Os problemas com o uso de métodos contraceptivos seguros e não-definitivos entre as mulheres pesquisadas também derivam de um sistema público de saúde inadequado, no qual não há acesso a serviços de saúde reprodutiva que ofereçam um amplo leque de métodos contraceptivos, informação e aconselhamento e, por outro lado, há pressões e preconceitos por parte dos médicos que orientam para o planejamento familiar. O enfoque dos médicos é aceito sem discussão por homens e mulheres, de tal modo que o termo *pílula* é sinônimo de *controle da natalidade*. No que diz respeito ao controle da fecundidade e à gravidez, os profissionais de saúde brasileiros tendem a não aceitar que as mulheres tomem as decisões, especialmente se são pobres, e a promover os métodos (laqueadura tubária e a pílula) que consideram mais "eficientes" para essas mulheres (Gonçalves, 1992). Além disso, a cultura médica hegemônica favorece métodos cirúrgicos e invasivos. Um dos homens que participou dos grupos focais de Pernambuco falou sobre a padronização dos procedimentos médicos no sistema público de saúde: "Os médicos mandam todas as mulheres que vão para o hospital fazer a ligação das trompas, fazer uma cauterização... e agora todas elas têm que botar um plástico no períneo pra levantar a bexiga. Eles dizem que isso tem de ser feito". No entanto, os médicos parecem ter a mesma resistência à vasectomia que a

maioria dos homens,[23] como é sugerido por este relato de uma participante de um grupo focal de São Paulo: "Então eu fiz um esforço danado pra convencer meu marido a fazer uma vasectomia. Quando a gente chegou lá, o canalha do médico disse: 'Já que eu vou abrir a barriga dela [para fazer a cesariana], por que eu devia operar você?'".

A atitude e o comportamento desrespeitoso dos profissionais de saúde são fatores significativos que pressionam as mulheres a evitarem, sempre que possível, os serviços médicos e, assim, tornam a contracepção uma questão a ser resolvida de uma única vez, através da esterilização. Além disso, as mulheres das zonas rurais de Pernambuco têm muito mais dificuldade de acesso aos serviços, de qualquer nível de qualidade, pois a compra de contraceptivos significa uma viagem à cidade em busca de serviços médicos e de uma farmácia. Portanto, a esterilização se torna a alternativa mais prática e menos onerosa, ajudando as mulheres a evitarem os piores custos da contracepção, incluindo a perseguição e a violência dos maridos. Contudo, a esterilização feminina, mesmo quando voluntária, não deixa de ter, em alguns casos, suas próprias conseqüências negativas para as mulheres. Entrevistadas de São Paulo e do Rio de Janeiro expressaram preocupação com a associação entre laqueadura tubária e problemas sexuais. Já as mulheres de Pernambuco encaravam com serenidade a frigidez que afirmavam ser resultante desse procedimento, pois estavam ansiosas para se livrarem da sobrecarga do ato sexual não-desejado. Em Pernambuco e no Rio de Janeiro, a maioria das mulheres vivencia a laqueadura de trompas como uma salvação, enquanto em São Paulo ela traz uma mistura de alívio e arrependimento, especialmente entre aquelas que entraram em novos relacionamentos ou perderam um filho (Vieira e Ford, 1996). Uma das ativistas, com cerca de 45 anos, relatou uma história similar à de outras do mesmo grupo. Após ser esterilizada com 28 anos, no nascimento de seu único filho, a criança morreu de repente: "Eu não podia aceitar que tinha perdido meu filho, o único que eu tinha, e que eu não podia ter outro... Eu fiquei enlouquecida".[24]

As mesmas condições sociais que impelem as mulheres para a esterilização e solapam a utilização de métodos contraceptivos não-definitivos também são o motivo do recurso freqüente ao aborto. A despeito de sua ilegalidade, verificamos que o aborto era usual nas três áreas da pesquisa, como é o caso entre as brasileiras em geral (Singh e Sedgh, 1997). Aproximadamente 15% do total de mulheres entrevistadas admitiu ter tido um ou mais abortos provocados, embora o número de abortos espontâneos seja muito maior. A incidência de aborto foi muito mais alta entre as trabalhadoras domésticas cariocas (31% informaram já ter feito um aborto),

---

[23] Nas comunidades estudadas, nenhum dos homens entrevistados ou parceiros das entrevistadas tinha feito vasectomia. Isso reflete o padrão do país, onde a vasectomia é rara (veja Berquó, Araújo e Sorrentino, 1995).

[24] Suspeitamos que os sentimentos de arrependimento das mulheres de São Paulo refletem a influência de grupos feministas, com os quais tiveram contato e que são críticos da prevalência da esterilização entre as brasileiras pobres e negras, assim como o fato do MSZL focalizar as questões de saúde.

provavelmente porque não tinham uma relação estável e pelo risco de perderem o emprego por causa da gravidez. Em Pernambuco, suspeitamos que um número não determinado de eventos informados como abortos espontâneos tenha sido, de fato, provocado pela prática regional de usar chás abortivos para "descer a menstruação" e pela ambigüidade da própria língua portuguesa, que usa a mesma palavra para descrever os dois tipos de aborto. Esse entendimento surgiu numa sessão de um grupo focal sobre contracepção, quando uma mulher não-ativista disse: "A gente tem que usar o remédio logo no começo, pra não deixar o bebê crescer; se tiver dúvida, tem que tomar com um mês de gravidez. Aí a menstruação vem e não é aborto".[25] Essa foi uma visão uniforme entre todos os participantes de áreas rurais, homens e mulheres.

No Rio de Janeiro, as mulheres não-ativistas não apresentaram conflitos para recorrer ao aborto e, de modo geral, puderam contar com uma rede de apoio que lhes indicava assistência médica e as ajudava em termos financeiros. Entre as mulheres de São Paulo, a influência da Igreja Católica é maior e a questão é altamente polêmica, porém o foco está nos riscos concretos de um aborto ilegal, mais do que na questão moral. Muitas vezes, as mulheres entrevistadas elaboraram explicações racionais para o aborto em termos de sua comunhão com um Deus clemente e misericordioso, numa negociação direta com o divino que passa ao largo da hierarquia e das autoridades religiosas.[26] Como disse uma líder paulista num dos grupos focais: "Quando eu tava lá, com minha filha sangrando muito, eu implorei a Deus para que tudo desse certo; pedi muito perdão porque eu sabia que era um pecado. Mas eu sabia que só Deus podia entender minha necessidade".

Esta crença num Deus misericordioso, que guia as mulheres através das dificuldades do aborto em lugar de condená-las, também está presente entre as mulheres da zona rural. Em Pernambuco, uma trabalhadora rural não-ativista do grupo focal de mulheres de mais de 45 anos falou sobre seu aborto provocado, que tinha durado quatro dias e terminado com uma séria hemorragia e hospitalização: "É pecado matar. Eu já tinha feito um aborto. Na farmácia, me deram um remédio muito forte pra abortar. Tive uma hemorragia que quase morri. Tinha medo de morrer e deixar minha filha. Mas acho que Deus perdoa".[27]

---

[25] Leal e Lewgoy (1995) encontraram visões bem similares em seu estudo sobre a construção social do aborto e da maternidade/paternidade em Porto Alegre.

[26] Este padrão foi observado em estudos anteriores (Ávila, 1993; Nunes, 1994; Ribeiro, 1994) e é tratado pela Teologia da Libertação, como uma visão que reflete uma longa tradição popular entre os pobres brasileiros, que interpretam Deus como um salvador pessoal, que entenderia a situação particular de cada indivíduo.

[27] Como indicam as duas citações, o uso de Cytotec para provocar o aborto pode ser arriscado. Adquirido nas farmácias por preços exorbitantes — de fato, no mercado negro, pois o governo regulamentou sua distribuição em 1991 —, o resultado mais freqüente de seu uso é a transformação da gravidez indesejada em aborto incompleto, muitas vezes com forte hemorragia que requer hospitalização (Arilha e Barbosa, 1993).

Essas histórias nos indicam até que ponto as mulheres estão dispostas a ir para controlar sua fecundidade, num contexto de ilegalidade e de condenação moral e religiosa. Na verdade, o que é notável não é tanto a influência da religião, mas a inventividade das mulheres em contorná-la. Embora aceitem rotular o aborto como pecado, a sua aceitação como parte da vida reprodutiva está implícita na prática rotineira que dele fazem. Apesar de algumas mulheres parecerem aceitar os obstáculos e sofrimentos (por exemplo, sérias hemorragias) como uma forma de penitência, outras expressaram grande indignação pelos custos do aborto ilegal para a saúde e para a vida das mulheres. Acima de tudo, esta raiva se dirige contra a indiferença dos profissionais de saúde. Como enfatizava uma participante de um grupo focal de São Paulo:

> Tem tanta mulher que morre; elas têm uma hemorragia, chegam no hospital e [o pessoal médico] não se importa, não dá a mínima atenção. Aí, o que é que acontece? Aquela mulher sangrando vai morrer por falta de atendimento médico no hospital. E isso que acontece todo dia.

A maioria das entrevistadas em São Paulo foi favorável ao aborto seguro e voluntário, enfatizando sua repulsa à violência sofrida pelas mulheres que fizeram aborto ilegal, sujeitas às más condições dos serviços de saúde. Também em Pernambuco, muitas mulheres criticaram a maneira desumana de lidar com o aborto incompleto no sistema público de saúde. Embora nenhuma delas demonstrasse ser favorável à legalização, nos parece que a inserção sócio-econômica classe e os padrões de gênero têm mais influência em moldar as atitudes das mulheres das zonas rurais em relação à realidade do aborto do que as normas religiosas. Isso ficou evidente nos comentários das trabalhadoras agrícolas dos grupos focais:

> Tem muito médico que é contra [o aborto]. Se eles sabem que a mulher provocou o aborto, então ela pode esperar. Se você tiver pagando, pode ser que as coisas sejam diferentes, mas quando é de graça... Se você for rico, eles não vão lhe criticar, mas se for pobre, na certa. Se for rica, posso fazer um aborto, mas se for pobre, não?

Conclusão

Os três grupos pesquisados são parte de movimentos de luta pela cidadania e, como tal, sua consciência de si como sujeitos de direitos e sua noção de direitos relacionados à reprodução e à sexualidade tendem a ser mais fortes quando se trata da esfera pública, como fica demonstrado pelas queixas em relação ao sistema público de saúde. Continua, porém, pouco clara a distância entre a consciência de direitos ou de injustiça e a capacidade de apresentar demandas ao poder público para garantir a efetiva implementação de direitos estabelecidos ou para afirmar novos. Muitas das entrevistadas, especialmente as trabalhadoras domésticas e rurais, ainda

se sentem limitadas a procurar soluções individuais para as injustiças que sofrem na sua vida reprodutiva e sexual.

Entretanto, vimos que a maioria das entrevistadas não mostrava nenhuma passividade frente aos obstáculos à sua autodeterminação reprodutiva, erigidos por maridos, profissionais de saúde e pela Igreja Católica. Muito pelo contrário, seus testemunhos revelaram esforços heróicos para controlar sua fecundidade e viver sua sexualidade, a despeito de muitas vezes pagarem um preço desproporcionalmente alto por isso. Elas procuram ajuda entre suas relações pessoais ou no movimento de mulheres para conseguir o dinheiro do aborto ou da laqueadura tubária, alguém para cuidar das crianças ou um lugar para morar; exigem que maridos e filhos compartilhem o trabalho doméstico; desafiam preconceitos religiosos ao apelarem para uma divindade amiga das mulheres; e encorajam suas filhas a serem mais capazes e informadas em relação ao sexo — tudo na esperança de melhorar suas vidas e as das futuras gerações. Tendo sofrido as conseqüências da pobreza, dos atributos tradicionais de gênero, da assistência à saúde de baixa qualidade (ou mesmo de sua total ausência) e do tabu da virgindade que as manteve ignorantes sobre seu próprio corpo e sua sexualidade, as gerações de mulheres mais velhas têm esperança de que suas filhas tenham instrução e uma profissão, casem mais tarde, tenham menos filhos e atinjam um *status* pleno na esfera pública do trabalho remunerado e da cidadania. As novas e mais liberais atitudes sobre orientação sexual para os jovens não somente derivam do medo da epidemia do HIV/aids, como também refletem o impacto do feminismo, da urbanização, da mídia e do desejo das mulheres de terem uma vida mais livre.

Em quase todos os casos, descobrimos que a participação da mulher nos movimentos sociais tende a intensificar sua consciência de direitos sexuais e reprodutivos ao aumentar sua auto-estima, seu acesso à informação, facilitar o desenvolvimento da consciência política e social e das capacidades em relação à comunidade como um todo. Contudo, algumas mulheres não-ativistas mostraram também audácia incomum no que diz respeito à questões como a divisão do trabalho doméstico e do cuidado das crianças, normas tradicionais de virgindade ou seu direito, como mulheres, ao prazer sexual num relacionamento. O fato mais importante a impulsionar esta consciência de direitos foi o engajamento em trabalho remunerado fora de casa. Em seus aspectos mais positivos, esse trabalho oferece às mulheres a mobilidade, o acesso à informação, novas relações sociais e algum nível de independência econômica. As mulheres não-ativistas não somente têm consciência a respeito de sua condição de sujeito portador de direitos através da legislação trabalhista, como também aprendem o significado da exploração no trabalho. Algumas das trabalhadoras domésticas não-ativistas que entrevistamos utilizaram-se da noção de igualdade e justiça, surgida da percepção de si mesmas como trabalhadoras com direitos iguais e responsáveis pela manutenção da família, para questionar os arranjos tradicionais de gênero dentro da família, fazendo exigências a seus maridos, parceiros e filhos. Algumas das trabalhadoras rurais se declararam

3

A Astúcia das Mulheres Vence a dos Homens

Soluções de compromisso e acomodações estratégicas na vida reprodutiva da mulher egípcia

Aida Seif El Dawla, Amal Abdel Hadi e Nadia Abdel Wahab[1]

Os desafios que as mulheres egípcias enfrentam em seus direitos reprodutivos somente podem ser compreendidos se situados no contexto histórico, político e cultural mais amplo que compõe a realidade do Egito atual. Nesta realidade, o aspecto mais importante são os traços comuns que unem as mulheres egípcias, derivados de uma mesma língua, o árabe, e de uma experiência histórica comum. Esses valores comuns transcendem as divisões geográficas e culturais entre as áreas

---

[1] A organização que coordenou a equipe egípcia do IRRRAG foi o Centro de Pesquisas da Nova Mulher (Cairo), fundado em 1984. Além das três autoras já citadas, gostaríamos de agradecer a participação de toda a equipe: Aida Seif El Dawla, coordenadora do projeto e co-autora do diagnóstico da situação de saúde; Amani Kandil, coordenadora do trabalho de campo e autora do diagnóstico do contexto político; Mona Zulficar, autora do documento de diagnóstico sobre o contexto legal; Hala Shukrallah, autora do diagnóstico socioeconômico; Nadia Abdel Wahab, autora do diagnóstico sobre o contexto cultural e facilitadora das discussões de grupo; Amal Abdel Hadi, co-autora do diagnóstico de saúde e facilitadora das discussões de grupo; Barbara Ibrahim, Mawaheb El Mouelhy e Moushira Gazairy. Também gostaríamos de agradecer à nossa consultora de pesquisa, Carla Makhlouf Obermeyer. Tivemos muita sorte em poder contar com uma consultora da região que entendia muitas das dinâmicas subjacentes às relações sociais locais e cuja preocupação era ver mais o *iceberg* do que a sua ponta.

urbanas e rurais, entre o Delta (norte) e o Alto Egito (sul), muçulmanos e coptas (cristãos egípcios), e são a base dos muitos pontos de debate e conflito que discutiremos neste capítulo.[2]

Contudo, existem diferenças entre as mulheres egípcias que transformaram esta pesquisa em uma jornada longa e penosa. Para realizar a pesquisa do IRRRAG, foi necessário invadir as vidas muito privadas e difíceis de muitas mulheres, já sobrecarregadas demais com suas tarefas cotidianas para serem capazes de nomear suas estratégias de sobrevivência e transgressão. Mais ainda, como pesquisadoras, enfrentamos um dilema, quando certas tradições que consideramos prejudiciais e degradantes para as mulheres eram vistas de modo muito distinto por muitas das entrevistadas. Algumas dessas tradições — especialmente a circuncisão feminina — estão não apenas profundamente arraigadas, como têm uma função social: a de aparentemente dar proteção e conferir dignidade à mulher. Por isso, ela pode não querer modificar as tradições ou mesmo ser incapaz de imaginar uma forma de vida alternativa. Para nós, foi um aprendizado valioso, embora doloroso, constatar a lógica de práticas diametralmente opostas às nossas próprias crenças.

A pesquisa investigou experiências corporais femininas e os signficados a elas atribuídos; esse corpo que tem justificado a opressão das mulheres, mas que também tem sido fonte de seu orgulho e de sua força. Indagamos sobre a consciência de si como sujeito no processo de tomada de decisões reprodutivas, embora muitas das entrevistadas não estivessem nem conscientes de que tinham certos direitos básicos, dos quais ainda não usufruíam completamente. O motivo desta falta de conhecimento não é somente a deficiência de informação, mas também todo um arranjo cultural que privilegia as tradições e, simultaneamente, permite sua violação, desde que permaneça encoberta e não desafie as relações de poder. Portanto, nossas entrevistadas raramente exibiam os dois extremos, resistência aberta ou completa submissão, no comportamento sexual e reprodutivo. Com mais freqüência, entretecem elementos das duas atitudes: a imagem externa de acomodação atua como disfarce de mecanismos sutis de subversão e transgressão.

O próprio conceito de *direitos reprodutivos* não soa tão bem nem é tão claro em árabe quanto em inglês. O equivalente em árabe (al-hoquoq al-ingabiah, que refere-se literalmente ao direito de dar à luz) não transmite nenhum significado para a maioria dos egípcios; portanto, o próprio termo não é um *slogan* em torno do qual possamos mobilizar as mulheres. Ao contrário, o conceito implica uma constelação de direitos que as mulheres e outros grupos egípcios defendem sob uma diversidade de temas e termos. Para tornar o conceito mais relevante para nosso contexto, a

---

[2] Todos os egípcios falam árabe, mas minorias que vivem nos oásis do oeste e do sul e a população núbia, no sul, falam, além do árabe, suas próprias línguas. Embora a grande maioria dos egípcios seja muçulmana, existe uma minoria significativa de cristãos coptas (10%).

equipe local do IRRRAG tentou traduzir direitos reprodutivos de modo a relacionar estes direitos a problemas reais, tais como são identificados e reconstruídos pelas mulheres egípcias. Entendemos os direitos reprodutivos como um dos direitos humanos básicos, que inclui o direito político à livre escolha, sem coerção, e a possibilidade real de exercer essa escolha. Também envolvem direitos econômicos, fundamentais, de acesso a serviços de saúde e educação, oportunidades de emprego, benefícios sociais, propriedade e serviços jurídicos. Em outras palavras, não situamos os direitos reprodutivos unicamente nos limites estreitos do corpo feminino; ao contrário, nós os conceituamos nos níveis macro e micro, levando em conta as condições econômicas, políticas, sociais e históricas nas quais se realizam. Essas esferas mais amplas determinam os limites nos quais os direitos reprodutivos podem ser formulados, violados, exercidos e/ou transformados.

O contexto nacional

A situação social e econômica

As mudanças na situação econômica e social do Egito abriram o caminho para a transformação das relações de gênero e das relações de poder em geral. Por um lado, a lenta, mas contínua, erosão das reformas do Estado do Bem-estar, aprovadas pelo governo de Nasser, sobrecarregou as famílias com insuperáveis problemas econômicos; mas, por outro, questionou as atribuições tradicionais de gênero e forçou as famílias a reconsiderarem e contestarem essas atribuições. No Egito, como em outros países, os Programas de Ajuste Estrutural (PAEs) — adotados por sucessivos governos desde a década de 70, em resposta às pressões do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial — atingiram primeiro os serviços básicos, afetando mais gravemente a educação e a saúde. Os PAEs trouxeram mudanças para as políticas nacionais, estimulando ampla privatização na saúde, na educação, nos serviços sociais e no emprego. Essas transformações tiveram um impacto negativo desproporcional sobre as mulheres, especialmente nas mulheres urbanas da classe trabalhadora e da classe média, que, nos anos 60, foram as beneficiárias principais do emprego no setor público e dos benefícios sociais (Hatem, 1994). A assistência à saúde, antes fornecido por serviços públicos gratuitos que priorizavam a saúde infantil e materna, está se tornando um luxo que a população pobre não pode pagar.

As dificuldades decorrentes dos PAEs têm afetado as mulheres como donas-de-casa e trabalhadoras. O aumento acentuado dos preços dos alimentos, ocasionado pela retirada dos subsídios alimentares, intensifica a sobrecarga que as mulheres enfrentam no cotidiano para garantir a comida e o orçamento doméstico. Além disso, a privatização da indústria e dos serviços sociais e a imposição das severas políticas neoliberais de emprego resultaram em um desemprego alto e endêmico. Nos anos 60 e 70, a metade da força de trabalho feminina do Egito estava empregada

nos serviços sociais públicos e no setor manufatureiro, em comparação com um quarto da força de trabalho masculina. Portanto, os cortes nesses setores afetaram as mulheres duas vezes mais que os homens (Hatem, 1994). Como um número crescente de homens e mulheres é forçado a aceitar empregos de alto risco e com poucos benefícios no setor privado para evitar o desemprego ou o trabalho eventual, as famílias egípcias tornam-se cada vez mais dependentes do trabalho das mulheres e mesmo das crianças, como um modo de escapar da miséria. Um estudo recente demonstra que três quintos de todas as famílias do país vivem atualmente com duas fontes de renda (Korayem, 1991).

Uma parcela das mulheres casadas egípcias sempre teve trabalho remunerado, em casa ou fora; no entanto, com o declínio dos empregos no setor público, elas foram forçadas a depender, cada vez mais, de trabalhos informais, mal pagos e marginais. Dados oficiais mostram que a participação da mulher na força de trabalho formal aumentou de 4,2%, em 1966, para cerca de 22%, em 1994 (ONU 1995a, Quadro 11; Moghadam, 1993). Entretanto, quando se amplia a definição de trabalho para incluir a participação no setor doméstico informal, as cifras aumentam significativamente, atingindo cerca de 35,4% no início dos anos 80 (Zaalouk, 1985). Outros estudos sugerem uma disparidade ainda maior entre os dados oficiais e a realidade, especialmente na agricultura, setor em que há mais mulheres trabalhando do que homens.[3]

Agravando as rupturas sociais introduzidas pelos PAEs, a migração de mão-de-obra para os países ricos em petróleo redefiniu as relações econômicas no Egito e afetou profundamente as relações de gênero em vários níveis. Primeiro, as mulheres que ficaram foram forçadas a substituir a mão-de-obra masculina ausente e tiveram que entrar no mercado formal de trabalho. Segundo, tinham agora a responsabilidade da chefia da família, um lugar com o qual muitas mulheres não estavam familiarizadas, pois tinham vivido à sombra da autoridade masculina. De acordo com um estudo recente, pelo menos 16% — atingindo possivelmente até 22% — dos domicílios egípcios são agora chefiados por mulheres (Badran, 1995). Além disso, a migração muitas vezes implica uma mudança para centros urbanos, expondo as mulheres rurais a novas formas de organização social, que as privam das redes de parentesco e dos sistemas de apoio tradicionais (Zaalouk, 1985).

Apesar da necessidade de renda e mão-de-obra femininas, não se permite que a mulher empregada faça seu trabalho em paz. Os preconceitos e a discriminação de gênero no emprego, as políticas públicas que desencorajam o trabalho da mulher e o

---

[3] Um levantamento por amostragem realizado em comunidades rurais em 1988 estimou que a participação das mulheres na agricultura era de 50,7%, comparado com 49,3% dos homens. O mesmo levantamento mostrou que 70,7% das mulheres do campo participavam de atividade econômica não remunerada (El Baz, 1994).

conservadorismo social hegemônico — ultimamente reforçado pela retórica islâmica integrista[4] — convergem todos para colocar as mulheres em um dilema. No setor público, que é, há muito tempo, o maior empregador da mão-de-obra feminina, os funcionários escolhem as mulheres, cuja renda é vista por todos como secundária, como as candidatas óbvias para serem despedidas nas campanhas de enxugamento da máquina estatal. Uma nova e unificada lei trabalhista, elaborada por funcionários do governo, com consultas ao empresariado e aos sindicatos controlados pelo governo, eliminou os direitos trabalhistas e reprodutivos das trabalhadoras. Desenhada para liberar o setor privado das proteções trabalhistas aprovadas no regime nasserista, a nova lei, entre outros dispositivos, limita a licença-maternidade a apenas dois períodos durante todo a vida da da trabalhadora. Em um apêndice explicativo, admite-se que a lei "desconsidera alguns aspectos humanitários", mas alega-se que sua intenção é "estimular a política populacional do Estado". Do ponto de vista do governo, forçar as mulheres a saírem do mercado formal de trabalho formal objetiva garantir vagas para os trabalhadores homens deslocados e atender às fortes exortações islâmicas integristas de que o "lugar natural" da mulher é o lar. Por seu lado, as mulheres sentem-se presas entre sua necessidade (e das famílias) de continuar trabalhando no setor formal e seu desejo — e direito básico — de terem o número de filhos que desejam.[5]

Em relação à educação, a situação é claramente ambígua. Por um lado, as matrículas de meninas nos cursos primário e secundário aumentaram de modo espetacular durante os anos 80 — de 54% para 81% (ONU 1995a). Por outro, os subsídios governamentais para a educação (assim como para a saúde) diminuíram com os PAEs, a taxa de alfabetização de mulheres adultas continua a ser uma das mais baixas do mundo e persiste a distância entre homens e mulheres na matrícula escolar, especialmente nas zonas rurais (PNUD, 1996). Quando a educação se torna economicamente inacessível, as meninas são as primeiras a serem preteridas, porque a cultura local favorece a educação dos filhos homens. Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD para o Egito (1995), 62,5% de todas as meninas do campo com idades entre 6 e 15 anos estavam matriculadas na escola primária, comparado com 80% dos meninos da mesma faixa etária. Esta e outras tendências recentes, como o reaparecimento de crianças de 10 anos ou menos trabalhando como trabalhadoras domésticas, sugerem que um número incontável de meninas

---

[4] Usamos o termo "islâmico integrista" para descrever grupos políticos militantes do Egito e de outros países que utilizam uma interpretação particular do islamismo e procuram converter em Estados religiosos os países nos quais atuam. Este termo é preferível a "fundamentalista", que tem significado mais ambíguo e pode ser aplicado a muitos grupos não-islâmicos em todo o mundo (cristãos, judeus, hinduístas, monarquistas, etc.).

[5] Na verdade, a lei poderia ter um efeito antinatalista (desencorajando as mulheres trabalhadoras a terem mais de dois filhos); ou pró-natalista (desestimulando as mulheres a trabalharem fora de casa e, indiretamente, favorecendo a procriação). Nos dois casos, cria um esquema de incentivos que limita as escolhas reprodutivas das mulheres, indo contra o Programa de Ação da CIPD, de que o governo egípcio é signatário.

está sendo deixada de fora da rede de proteção da sociedade, exploradas e esquecidas pelas estatísticas, fadadas a permanecerem nas margens da sociedade, que pouco sabe sobre seus problemas e sofrimentos.

A situação política

Durante as últimas duas décadas, as mulheres egípcias vêm lutando para manter direitos políticos e civis já conquistados formalmente e que atualmente estão ameaçados em várias frentes. Em 1956, fomos o primeiro grupo nacional de mulheres dos países árabes a conseguir o direito de participar do parlamento. No entanto, a despeito das décadas de lutas, iniciadas nos anos 20 pelas feministas que lutavam pela igualdade das mulheres, naquele mesmo ano de 1956, o governo de Nasser dissolveu os partidos políticos, as organizações políticas independentes e a União Feminista Egípcia, que existia desde 1923 (Centro de Estudos e Pesquisas da Nova Mulher, 1996; Badran, 1994). Assim, embora as mulheres e os homens tivessem os mesmos direitos políticos de votar e se candidatar ao parlamento, todos tinham, de fato, perdido o direito à organização política independente. Em 1976, o governo do presidente Anwar Sadat começou a reintroduzir um sistema político multipartidário limitado, no qual os partidos eram uma mera fachada formal, afastados das preocupações da comunidade e, portanto, das perspectivas e dos problemas das mulheres. Após duas décadas, a situação não mudou muito: os partidos políticos continuam a ser organizações de elite, voltadas para um público limitado.

Atualmente, a tendência política mais popular no Egito é o movimento islâmico integrista, que ainda está proibido por lei de se transformar em um partido político. Durante a década de 80, esse movimento ganhou uma popularidade significativa e maior representação no parlamento, porém a força política das mulheres não teve relevância nesse processo. Em 1979, foi aprovada uma nova lei eleitoral, estabelecendo uma cota de trinta assentos para as mulheres na Assembléia do Povo Egípcio e aumentando o percentual de parlamentares mulheres de 2% para 9% (Megahed, 1994). A primeira ação dos grupos islâmicos integristas no parlamento foi pressionar para a abolição da cota das mulheres — um ataque aos direitos das mulheres que contou com o apoio do governo e dos partidos de oposição. Em 1986, o Supremo Tribunal Constitucional decidiu que uma cota mínima de assentos para as mulheres violava a Constituição. Em eleições subseqüentes, a proporção de mulheres no Parlamento caiu para 2,2%, ou dez cadeiras, em um total de 444 (Mossa'ad, 1996; Zulficar, 1994).

As organizações feministas que trabalham no Egito enfrentam, de todos os lados, uma diversidade de obstáculos. Juntamente com outras organizações que trabalham com direitos humanos, participação democrática e mudança social radical, precisam enfrentar a repressão estatal, que é exercida através de leis de emergência e que dão ao governo amplo poder de polícia e o direito de suspender as liberdades civis. Ao mesmo tempo, as feministas também são atacadas pelos grupos islâmicos integristas,

que usam as questões da mulher como um campo de batalha onde testam seu poder frente ao Estado. Em certos casos, chegam a se aliar secretamente ao Estado contra as posições feministas. Um excelente exemplo desse tênue relacionamento ocorreu depois do êxito das ONGs que trabalham com a saúde e os direitos das mulheres, ao denunciar a questão da circuncisão feminina ou mutilação genital feminina (MGF),[6] na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994. Sucumbindo à pressão dos grupos islâmicos integristas e de outros conservadores, o ministro da Saúde emitiu um regulamento autorizando novamente a prática da MGF nos hospitais públicos, onde estava proibida há 35 anos. Após uma série contraditória de declarações religiosas (*fatwas*) sobre o assunto,[7] e os protestos persistentes das feministas, o ministro da Saúde editou um novo decreto, em 1996, que proibia a MGF em geral, em serviços de saúde públicos ou privados. No final de 1997, o Supremo Tribunal Constitucional decidiu em favor da proibição ministerial. Essa decisão foi uma derrota para a posição islâmica integrista sobre a MGF e uma sinalização positiva de que agora o Egito proíbe legalmente esta prática. No entanto, a lei tem perigosas omissões e ambigüidades em relação às "indicações" médicas e pode ainda ser disputada nos tribunais, de modo que as ativistas feministas permanecem em estado de alerta.

O contexto legal

O Egito foi o primeiro país árabe a ratificar a Convenção pela Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Convenção das Mulheres). Contudo, foram feitas sérias ressalvas, sobretudo em relação aos direitos iguais de mulheres e homens no casamento e no divórcio, garantidos no artigo 16. A primeira lei egípcia sobre Personal Status, baseada na *shari'a*, ou jurisprudência islâmica, foi proclamada em 1925. Em 1979, foram introduzidas emendas dando à esposa o direito ao divórcio quando o marido assumir uma segunda esposa e o direito de conservar a residência matrimonial, desde que mantenha a guarda das crianças.[8] Entretanto, em 1985, os parlamentares islâmicos integristas conseguiram abolir essas reformas. Na teoria, a lei egípcia requer o consentimento da noiva para realizar um contrato matrimonial ou para autorizar seu pai a assinar este contrato em seu nome. Ao mesmo

---

[6] Para uma definição detalhada da mutilação genital feminina e suas variantes no Egito e em outros países, ver Toubia, 1995.

[7] O Xeque de Al-Azhar, a autoridade religiosa máxima do Egito, editou uma *fatwa* aprovando a MGF, em oposição a outra, do Grande Mufti (chefe da instituição religiosa estatal), que afirmava ser esta uma questão para os médicos decidirem. Isso foi mais um golpe nos direitos das mulheres egípcias, pois sugeria que a opinião dos médicos podia ter precedência sobre os direitos básicos à integridade corporal. Al-Azhar, uma antiquíssima universidade islâmica, que outrora cumpriu um papel crucial na luta nacional, tornou-se mais recentemente uma fonte de *fatwas* muito conservadoras.

[8] As mulheres têm direito à guarda dos meninos até que completem 10 anos (prorrogável pelo juiz até os 15 anos) e das meninas até a idade de 12 anos (prorrogável pelo juiz até o casamento).

a continuidade das limitações legais e aqueles que advogam a descriminalização durante os três primeiros meses de gestação, de acordo com uma tendência importante da doutrina islâmica (Omran, 1992). As diferenças substanciais nas opiniões religiosas sobre a legitimidade do aborto criam um clima de confusão moral para as mulheres egípcias que enfrentam gestações de risco ou não-desejadas.[10]

A construção cultural e religiosa do gênero e do poder

A maioria das egípcias, seja muçulmana ou copta, é religiosa, crente que reza e jejua de forma regular. Contudo, as diferentes opiniões religiosas parecem ter pouco impacto na vida cotidiana e na forma como as mulheres tomam suas decisões mais básicas, incluindo aquelas relacionadas à fecundidade. Em última análise, a tradição, e não a religião, é o *locus* das normas mais importantes, de acordo com as quais a maioria dos egípcios julga as mulheres. Do mesmo modo, as representações culturais hegemônicas sobre a mulher são muito mais determinadas pelos vestígios patriarcais do que propriamente pela religião.

As visões tradicionais acerca da mulher e seus reflexos na cultura popular são altamente contraditórios. Por um lado, a mulher é vista como um membro influente do grupo familiar, que utiliza a astúcia, a paciência, a resistência e uma enorme força interior para manter sua família, garantindo sua sobrevivência e seu bem-estar. Um conhecido dito popular afirma: "A astúcia das mulheres vence a dos homens". Mesmo a passividade de algumas mulheres é interpretada como um ato de força ou a única maneira de sobreviver a uma terrível situação. Por outro lado, a cultura também contém tendências patriarcais fortes, que traduzem a dependência econômica e social da mulher, como é sugerido por este provérbio: "A sombra de um homem é melhor do que a de uma parede". Essa tradição patriarcal é reforçada pelo atual discurso islâmico integrista hegemônico, que tem, na subordinação da mulher, um dos principais instrumentos da luta pelo poder político. Embora as interpretações islâmicas integristas dos textos religiosos afirmem que as mulheres são agentes morais, responsáveis por suas ações, também consideram claramente que elas são inferiores aos homens, em valor e em capacidade moral. De acordo com essas interpretações, o lugar natural da mulher é o lar, e seu principal dever é cuidar do marido, garantir seu conforto e criar os filhos segundo os ensinamentos religiosos.

Um aspecto crucial da tradição patriarcal, que sobrevive na cultura popular, é o valor dado à virgindade e honra das jovens — uma questão não negociável

---

[10] O aborto depois do terceiro mês é considerado um pecado por todas as escolas de jurisprudência islâmica, embora seja aceitável para algumas escolas quando feito antes. Alguns estudiosos chegam a admiti-lo mesmo sem a permissão do marido; outros o aceitam em certas situações (por exemplo, quando há risco de vida para a mulher ou quando existe um bebê que ainda mama); e um terceiro grupo o considera um pecado em qualquer caso (Fatawi Al Azhar, vol. 9, n. 26).

tempo, não permite que a mulher se case sem o consentimento de seu guardião masculino, a menos que tenha sido casada anteriormente ou já tenha 21 anos. Além disso, apesar da idade mínima legal para o casamento ser de 16 para a mulher, e 18 para o homem, ainda prevalece a tradição de fazer o casamento de meninas muito jovens, principalmente nas áreas rurais.[9]

A despeito das interpretações progressistas da *shari'a* islâmica que restringem o direito masculino à poligamia (Musallam, 1983; Obermeyer, 1992 e 1994), a lei egípcia atual permite a poligamia e dá ao marido o direito unilateral de divorciar-se da esposa. Para a esposa, conseguir o divórcio é um processo muito mais oneroso. Os princípios da *shari'a* reconhecem o matrimônio como um contrato civil e admitem que a esposa inclua uma cláusula no contrato que lhe dê o direito ao divórcio. Entretanto, na prática, os precedentes demonstram que é extremamente difícil para a esposa apresentar provas de danos no tribunal. Ela precisa provar pelo menos um dos seguintes motivos: que o marido deixou de mantê-la financeiramente, que a abandonou há mais de um ano ou que ele sofre de impotência sexual ou doença crônica incurável, que ela desconhecia na época do casamento. Este processo demora em média cinco a sete anos e, na maior parte dos casos, fracassa (Zulficar, 1994 e 1995).

O esforço para melhorar a situação legal das mulheres nas questões ligadas ao casamento, ao divórcio e à maternidade é central nas atividades dos grupos de mulheres egípcias. A nova Lei da Condição [*Status*] Pessoal, aprovada em 1985, impõe a obrigação legal do marido e do *maazoun* (funcionário responsável pelo registro de contratos de casamento e divórcio) de notificarem a esposa quando o marido se divorcia ou contrai um segundo casamento (no passado, era usual que ela não recebesse essa informação). Esta garantia mínima ao menos assegura que a mulher seja informada sobre esses fatos e protege seus direitos legais e financeiros. Atualmente, alguns grupos de mulheres defendem um novo contrato de casamento em que seriam introduzidas novas condições, inclusive o direito da esposa pedir o divórcio, no caso de o marido se casar com outra (Bahey El Din, 1997).

O aborto provocado está proibido na lei egípcia atual, exceto quando a continuação da gravidez pode pôr em risco a vida ou a saúde da mulher. O Código Penal impõe duras penas para qualquer pessoa, incluindo médicos ou outros profissionais, que provoque um aborto. As mulheres que fizerem voluntariamente um aborto também estarão sujeitas a até três anos de prisão. A questão do aborto provocado voluntariamente tem sido muito debatida no Egito entre os que defendem

---

[9] As estatísticas nacionais mais recentes mostram que uma de cada três egípcias casadas, na faixa etária de 25 a 29 anos, contraíram matrimônio antes dos 18 (PNDS, 1995). Um estudo recente em duas aldeias rurais indica que 40% das mulheres se casam antes de completar 16 anos (El Hamamsy *et al.*, 1996).

irá para o tio ou para seus filhos homens. Portanto, existe um forte interesse econômico por trás da perpetuação da tradição patrilinear.

No entanto, ao lado dessas influências pró-natalistas, muitos ditos populares desencorajam o excesso de filhos: "Quanto mais filhos, menores os recursos"; "A melhor prole é um menino e uma menina". Alguns provérbios até mesmo ridicularizam a mulher que tem muitos filhos: "A melancia azeda tem muitas sementes". É interessante notar que esses provérbios pressupõem que a mulher é responsável pela decisão sobre o número de filhos; em nenhum lugar, os homens aparecem com qualquer papel nessa questão. Isso é consistente com pesquisas recentes que mostram que as egípcias muitas vezes exercem influência substancial nas decisões da família sobre reprodução e fecundidade, mesmo quando não têm poder em outras esferas (Naguib, 1994; Nawar, Lloyd e Ibrahim, 1994; Kishor, 1995). Contudo, os fundamentos culturais deste poder baseado no exercício da reprodução, assim como a consciência de que são sujeitos direitos, podem não ser suficientemente fortes para contrabalançar as deficiências de serviços de saúde, cada vez mais inadequados e inacessíveis.

Serviços de saúde e de saúde reprodutiva

De acordo com o artigo 10 da Constituição de 1956, uma das responsabilidades importantes do Estado é garantir a assistência à saúde para todos. A nova política de saúde, implementada nos anos 60, criou uma rede nacional de unidades rurais de saúde, centros de assistência e serviços domiciliares materno-infantis, tendo os serviços de planejamento familiar como um de seus componentes centrais (Instituto de Planejamento Nacional do Egito, 1994; Hatem, 1994). Esse sistema, embora de escala abrangente, é de escopo limitado, pois os centros prestam serviços somente a mulheres casadas e não lidam com as necessidades gerais de saúde das mulheres e adolescentes, fora da esfera dos cuidados materno-infantis e do planejamento familiar. No entanto, o impacto inicial destes serviços na saúde de mulheres e crianças foi benéfico, com a mortalidade materna declinando 50% nas décadas anteriores a 1970 e a mortalidade infantil caindo 62% (de 150 para 57 por mil nascidos vivos), entre 1970 e 1990 (Hatem, 1994, citando CAPMAS).

A introdução dos Paes, nos anos 70, resultou em um sério corte nos gastos públicos com saúde no Egito e, com isso, em uma acentuada deterioração no acesso e qualidade da assistência à saúde. De forma implacável, foram implementados programas de "recuperação de custos" no setor saúde, convertendo muitos serviços gratuitos ou de baixo custo em serviços pagos, disponíveis para poucos. Especialmente nas últimas duas décadas, testemunhamos a crescente ineficiência do assistência àsaúde. São muitos os fatores que podem ser atribuídos a isso, incluindo a redução dos gastos públicos e uma alocação de recursos desigual em relação às reais necessidades de saúde da maioria

da população. Isso é agravado pela estrutura descentralizada do sistema de saúde egípcio, no qual diferentes instituições operam lado a lado com pouca coordenação.[13]

Embora os serviços materno-infantis descritos acima continuem a ser fornecidos pelo Estado e sejam teoricamente gratuitos, a sua disponibilidade é prejudicada pela baixa qualidade. Mesmo em relação ao planejamento familiar e à política de controle populacional do governo — promovidos, desde os anos 60, por doadores internacionais como a USAID e o Banco Mundial —, os serviços não são eficazes. Embora dois terços de todas as mulheres casadas que vivem em áreas rurais tenham acesso ao planejamento familiar na sua aldeia e 96% das mulheres morem a uma distância de 5 km de um desses serviços, somente 48% das mulheres casadas no Egito como um todo e 40,5% das mulheres casadas que vivem no campo utilizavam algum tipo de contraceptivo em 1995. De fato, os levantamentos mostram que mais de dois terços dos DIUs (dispositivos intra-uterinos) do país eram distribuídos por serviços privados e urbanos (o DIU é o método que prevalece entre as usuárias de contraceptivos). Mais ainda, muitas mulheres que dependem da pílula, especialmente aquelas que utilizam serviços públicos, parecem não a utilizar de forma correta, em parte pelo reduzido grau de escolarização encontrado entre elas (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde-PNDS, 1992 e 1995; Trottier *et al.*, 1994). Os problemas de acesso das mulheres rurais aos serviços refletem-se não somente nas menores taxas de uso de contraceptivos, como também na maior taxa de fecundidade observada neste grupo, como mostra a Tabela 3.1.

Tabela 3.1 Taxa de fecundidade total e uso de contraceptivos entre mulheres casadas ou unidas ao menos uma vez na vida, 1995

Localização	Taxa de Fecundidade Total	Uso de Contraceptivos (%)*
Urbana	3,0	56,4
Rural	4,2	40,5
Baixo Egito	3,2	55,4
Alto Egito	4,7	32,1
Total	3,6	48,0

Fonte: PNDS, 1995.

* Mulheres atualmente casadas, com idades de 15 a 49 anos, usando contraceptivos.

Os dados sugerem que a subutilização dos serviços está relacionada com a baixa qualidade da assistência, que dificulta o acesso. De acordo com um estudo de 1992, os serviços de saúde reprodutiva têm sérias limitações, resultantes da incompetência técnica e falta de treinamento dos profissionais de saúde, da

---

[13] Além dos cortes, o gasto público de saúde é distribuído de forma desigual entre as 26 governadorias do país, com as áreas urbanas absorvendo uma parcela desproporcionalmente alta em comparação com as zonas rurais e marginalizadas (Relatório do Desenvolvimento Humano do Egito, 1994; DANIDA, 1994). As múltiplas instituições de saúde incluem o ministério da Saúde, hospitais universitários, a Agência do Seguro Médico, instituições de tratamento (militares, policiais e do setor privado), cada uma com serviços, orçamento e recursos humanos separados.

oferta limitada de métodos de planejamento familiar, da falta de informações e aconselhamento para as usuárias e da ausência de mecanismos de acompanhamento e má gestão dos serviços (Instituto de Planejamento Nacional do Egito, 1994). Outro estudo realizado naquele mesmo ano mostrou que a maioria das pessoas preferia economizar dinheiro e viajar até 30 km para usar os serviços pagos de hospitais gerais ou serviços médicos privados (Centro Demográfico do Cairo, 1992). Um motivo importante para as mulheres evitarem os serviços públicos gratuitos ou de baixo custo é o modo desrespeitoso como são recebidas. Os médicos do sistema de saúde pública tendem a não dar importância às queixas das mulheres sobre os efeitos colaterais mais comuns dos contraceptivos como, por exemplo, dores menstruais, dores de cabeça e sangramento irregular. Os médicos também ignoram ou mesmo ridicularizam as queixas sexuais da mulher, especialmente se ela já passou do período reprodutivo (Seif El Dawla, 1996). Além disso, os profissionais de saúde são, em geral, insensíveis aos sentimentos de vergonha da mulher com relação ao exame ginecológico (Younis *et al.*, 1993). A profissão médica — hierárquica, crescentemente voltada para o mercado e prejudicada por médicos mal treinados e mal pagos — é exercida por pessoas que têm pouco tempo ou motivação para compreender as percepções femininas sobre o seu próprio bem-estar.

A análise de indicadores de saúde evidencia que essa inacessibilidade *de facto* e a baixa qualidade dos serviços têm tido conseqüências desastrosas para a saúde reprodutiva da mulher egípcia. Em primeiro lugar, embora a mortalidade materna tenha declinado nos anos 60, mantém-se atualmente a taxa de 170 óbitos de mulheres para cada 100.000 nascidos vivos, situando o Egito na faixa intermediária dos países em desenvolvimento (veja Tabela 9.1). Em segundo lugar, 75% das grávidas sofrem de anemia, 61% não recebem nenhum atendimento pré-natal e quase 64% dão à luz sem atendimento médico[14] (PNUD, 1996; PNDS, 1995), o que contribui para a morbimortalidade materna. Mesmo no Cairo, onde os serviços médicos são mais abundantes e acessíveis do que no restante do país, muitas mulheres sofrem silenciosamente pela alta incidência de morbidade ginecológica e materna, em geral não diagnosticada previamente[15] (Younis *et al.*, 1993; Khattab, 1992).

---

[14] Aparentemente, muitas mulheres preferem dar à luz em casa e não nos hospitais, por medo dos riscos da cesariana, cujas taxas são bastantes altas no país (Morsy, 1995; El Mouelhy, 1987). Somente um terço de todas as mulheres egípcias dá à luz num serviço médico (PNDS, 1995).

[15] Um estudo importante realizado em duas aldeias rurais de Giza, Baixo Egito, baseado numa amostra aleatória de mulheres que já tinham sido casadas, constatou que 56 a 83% delas sofriam de várias anomalias genitais, uterinas ou cervicais e que 63% eram anêmicas; um número menor de mulheres apresentou indícios de câncer de colo de útero e algumas poucas apresentavam sífilis não diagnosticada. Sessenta por cento das mulheres tinham dois ou mais destes problemas e nenhuma, até a época do estudo, recebia tratamento. Isso ocorria na governadoria de Giza, que faz limite com o Cairo (Younis *et al.*, 1993).

Sem dúvida, a persistência do aborto ilegal e inseguro também contribui para a morbidade e mortalidade materna. Não existem estatísticas confiáveis que permitam uma estimativa precisa da incidência do aborto ilegal.[16] Entretanto, podemos supor que uma das principais conseqüências da ambigüidade moral e jurídica descrita anteriormente é a alta proporção de abortos (46%, de acordo com algumas fontes) que são autoprovocados ou feitos por leigos [*lay healers*]. Esses abortos são realizados através de métodos tradicionais, muitas vezes perigosos, por exemplo, "golpeando ou aplicando violenta massagem no abdômen, introduzindo plantas, cateter, pena ou arame no útero, injetando alguma substância no útero, tomando chás de ervas ou outras drogas" (El Mouelhy, 1993: 114).

Em resumo, embora os profissionais de saúde egípcios tenham absorvido a linguagem da "saúde reprodutiva", especialmente a partir da CIPD, os serviços públicos e privados de saúde ainda não fornecem, na prática, mais do que o mínimo indispensável em termos de métodos de planejamento familiar e, mesmo assim, somente para as mulheres casadas. No Egito, o pleno acesso aos direitos reprodutivos continua sendo um ideal longínquo e quase sempre ignorado.

Metodologia e descrição dos locais de pesquisa

Nossa pesquisa de campo foi realizada em sete locais: em dois bairros do Cairo (Boulaq e Sakakini); em três áreas fora do Cairo, na região do Delta (Baixo Egito), duas urbanas e uma rural; e em duas no Alto Egito, uma urbana e a outra rural. As comunidades pesquisadas são todas de baixa renda ou de classe média baixa. A capital, Cairo, com uma população noturna de cerca de 12 milhões e diurna de 16 milhões, abriga os extremos de pobreza e riqueza, em alguns casos, uma e outra se tocando, literalmente, em bairros adjacentes. A permanente remoção de áreas faveladas, do centro em direção à periferia, criou um cinturão de pobreza em torno da cidade. Os habitantes destes distritos pobres são principalmente migrantes de zonas rurais no Alto e Baixo Egito, que vivem de forma permanente no Cairo ou chegam como operários diaristas que trabalham na construção e em todo tipo de serviços eventuais.

A divisão do país em Alto Egito (Sa'aid) e Baixo Egito (Delta) é tanto histórica quanto cultural. Falando de modo muito genérico, os egípcios do Delta são conhecidos como mais comunicativos e liberais na sua visão de mundo. Embora os habitantes do Alto Egito também trabalhem tradicionalmente na agricultura, são os habitantes do Delta que normalmente são chamados de camponeses. Os habitantes do Alto Egito são considerados mais conservadores em termos políticos e culturais, tendo sua imagem associada à teimosia, adesão estrita à tradição local, às vendetas e aos assassinatos por questões de honra. Esta região egípcia, há muito tempo, tem sido considerada resistente às transfromações sociais, embora a maioria dos projetos de desenvolvimento do país esteja aí localizado, especialmente na governadoria de

Menya, onde fizemos nosso trabalho de campo. Atualmente, o Alto Egito abriga a maioria dos coptas e também é a região onde os islâmicos integristas são mais fortes.

A equipe egípcia do IRRRAG é composta de mulheres ativistas, profissionais, acadêmicas e pesquisadoras que compartilham a preocupação com os direitos humanos e o interesse especial pelos temas da saúde da mulher.[17] Na primeira fase do processo, discutimos o conceito de direitos reprodutivos no contexto egípcio, assim como as dificuldades de expressar certas questões delicadas, como aquelas relacionadas à sexualidade, religião ou às estratégias privadas utilizadas pelas mulheres em suas vidas cotidianas. As experiências pessoais dos membros da equipe foram uma referência importante nessas discussões exploratórias. Para ter acesso a uma amostra variada de mulheres, tanto do ponto de vista social quanto geográfico, tivemos que recorrer a intermediários, na maioria das vezes ONGs trabalhando nas áreas onde realizamos as discussões de grupo. Estes grupos de ligação, particularmente a Organização Evangélica Copta para Serviços Sociais (CEOSS) desempenharam um papel central ao facilitar nossa entrada nas comunidades locais. Seu pessoal de campo gozava da confiança das mulheres e dos homens das áreas de pesquisa e, assim, pode criar um clima de entendimento e confiança nos grupos de discussão, o que foi essencial para o desenvolvimento da pesquisa.

Os dados da pesquisa foram produzidos a partir de 19 grupos de discussão, 13 com mulheres (85 participantes) e 6 com homens (39 participantes), e de 12 entrevistas em profundidade semi-estruturadas (somente com mulheres). Para as entrevistas em profundidade, foram selecionadas mulheres dos grupos focais e 6 que não participaram destes grupos.[18] Os grupos focais foram úteis como fontes de valores normativos e expectativas comunitárias, enquanto as entrevistas em profundidade revelaram mais sobre comportamentos e atitudes que se afastavam das normas dominantes. Além de incluir pessoas residentes em áreas urbanas e rurais e de religião muçulmana e copta, as mulheres e homens entrevistados/as apresentaram uma grande variedade de níveis educacionais, grupos etários, experiências de trabalho, assim como de situações conjugais. Mais do que o grau de instrução e o fato de trabalhar fora de casa, o estado civil parece ser a variável mais importante que afeta as percepções das mulheres sobre direitos reprodutivos. No Egito, uma mulher

---

[17] A equipe reúne membros das seguintes áreas disciplinares: advocacia, medicina, direitos humanos, antropologia, sociologia e ciência política; porém todos realizaram trabalhos interdisciplinares sobre temáticas ligadas a gênero e aos direitos das mulheres.

[18] Os membros da equipe central conduziram as entrevistas em profundidade, enquanto pesquisadores de campo treinados (9 mulheres e 3 homens) facilitaram as discussões em grupo. O intenso processo de treinamento para os pesquisadores de campo incluiu duas discussões, em grupos focais, sobre direitos reprodutivos, conduzidas por membros da equipe central, e acompanhamento posterior para ajudá-los a lidar com questões mais sensíveis, especialmente aborto e sexualidade. As discussões nos grupos focais com mulheres islâmicas integristas foram conduzidas somente por membros da equipe central.

solteira é chamada de "menina" (*bint*, em árabe), não importa sua idade. Existe a pressuposição, quase universal, de que a mulher que nunca foi casada é virgem por definição e de que a experiência sexual só é possível dentro das fronteiras do casamento. No contexto do Egito, portanto, a situação conjugal é o fator de diferenciação mais crítico quando se discute o modo como as mulheres percebem seu corpo, a sexualidade e a experiência reprodutiva. Entre as entrevistadas das zonas urbanas com mais de 19 anos na época da pesquisa, 14, de um total de 66 (ou 21%), eram solteiras, incluindo duas que já haviam sido casadas, mas estavam separadas. Entre as entrevistadas das zonas rurais com mais de 19 anos (20 anos ou mais), somente 2, de um total de 25 (ou 8%), eram solteiras.

Um grupo focal foi organizado com mulheres estudantes de medicina, na cidade de Mansoura, Baixo Egito. Essas jovens instruídas eram todas associadas ao movimento político islâmico integrista e, portanto, eram altamente politizadas. Embora não representem as mulheres egípcias como um todo, elas de fato são uma presença ideológica e social importante no desenvolvimento atual das atitudes sobre sexualidade e gênero. Também formamos um grupo focal com homens de diferentes posições sociais de cada uma das seis comunidades onde realizamos discussões em grupo e entrevistas com mulheres.[19] Nosso objetivo, ao trabalhar com os grupos masculinos, foi o de comparar a percepção das mulheres sobre o lugar dos homens com aquela dos próprios homens. Como os pontos de vista dos homens formam uma parte importante do ambiente social no qual as mulheres vivenciam seus direitos reprodutivos (ou a ausência deles), consideramos que deveriam ser incluídos nos dados.

Ouvindo as mulheres egípcias no seu contexto sócio-cultural

Socialização sobre gênero e sexualidade

Desde o dia de seu nascimento, o destino da menina egípcia é marcado pela tradição popular da preferência pelos filhos homens. Essa tradição é incorporada em muitos provérbios e canções folclóricas, como se vê nos seguintes versos: "Quando me contaram que era um menino, me senti forte e poderoso e recebi ovos descascados com muita manteiga. Mas, quando me contaram que era uma menina, senti o teto desabar sobre mim e recebi ovos cozidos com casca". Contudo, a cultura popular egípcia também contém uma mensagem contraditória sobre o valor de uma filha

[19] Como estávamos utilizando os homens como um grupo de controle, fizemos menos discussões de grupo e nenhuma entrevista em profundidade com eles. Teríamos preferido trabalhar com os maridos e parentes masculinos das mulheres entrevistadas, mas isso foi impossível em termos de logística. Assim, os homens entrevistados não estão necessariamente relacionados às mulheres.

mulher: por um lado, ela pode trazer vergonha para a família; mas, por outro, é a filha que dá ternura e apoio à mãe na velhice.

As discussões nos grupos e as entrevistas em profundidade refletiram a ambiguidade desse tema. No início da investigação, a maioria das entrevistadas, casadas ou não, afirmava que não havia nenhum tipo de discriminação na forma de criar meninas e meninos. No entanto, perguntas mais detalhadas revelaram divisões de gênero significativas. A maioria das mulheres casadas citou uma longa lista de restrições impostas às meninas e mulheres por causa de seu sexo, que elas achavam razoáveis ou "naturais". Por exemplo, a comunidade não põe culpa no menino pelo que ele faz, mas uma menina pode causar vergonha à família se fizer algo errado, pois ela é portadora da honra familiar. Em geral, espera-se que as meninas brinquem e convivam com seus irmãos e irmãs, primos e primas, de ambos os sexos, até a puberdade, quando essas atividades são interrompidas para que elas sejam preparadas para assumir sua feminidade. No entanto, muitas das mulheres declararam que os tempos estão mudando e que as meninas estão se tornando "iguais" aos meninos porque estão assumindo responsabilidades econômicas crescentes nas famílias, enquanto os meninos precisam de mais vigilância para que não se metam em problemas. Zeinab — 35 anos, analfabeta e empregada em um ateliê de costura — se baseava em sua própria experiência para justificar o tratamento igualitários que concede a suas duas filhas e ao filho:

> Não faço distinção entre meus filhos. São todos presentes de Deus. É verdade que antigamente as pessoas costumavam privilegiar os filhos homens porque eles trariam dinheiro para a família. Agora, meninos e meninas estão sofrendo. A mulher ainda sofre mais; além do trabalho fora de casa, ela tem de lidar com a gravidez, o parto e o trabalho doméstico. Espero que minhas filhas não tenham que trabalhar, [para que possam] evitar sofrimento que eu vivi.

As mulheres solteiras também alegaram que suas famílias não as discriminavam; as diferenças nas oportunidades educacionais e as limitações maiores quanto à sua mobilidade foram vistas como "naturais" porque os "papéis são diferentes" para homens e mulheres. Manar, uma estudante da região urbana do Delta, afirmou que sempre teve de fazer concessões a seus irmãos homens: "Ao mais velho, porque ele tinha mais idade; ao mais novo, porque eu deveria ser como uma mãe para ele". Iman, outra estudante da mesma área, disse francamente: "Direitos iguais é só um *slogan*". Contudo, muitas aceitavam com relutância essa divisão de papéis. Nas áreas rurais da pesquisa, mulheres jovens entrevistadas expressaram o desejo de serem rapazes para poder ter seus próprios projetos, viajar ao exterior em busca de trabalho, sustentar suas famílias e ter mais instrução. As mulheres do Cairo reclamavam que seus irmãos tinham mais liberdade para sair, ter amigos, chegar tarde em casa, fazer o que quisessem sem pedir permissão aos pais, fazer amizades e falar com pessoas do outro sexo. A maioria das jovens das áreas urbanas também queria ser rapaz para

ter a mesma liberdade dos irmãos. Isso indica que muitas mulheres solteiras não aceitam tanto assim as discriminações de gênero. O desejo de ser homem ou a crença de que precisariam mudar de sexo para obter mais liberdade é um modo de expressar insatisfação com as desigualdades que vivenciam.

Os homens expressaram, em geral, a crença de que são superiores às mulheres, que meninos e meninas devem ser criados de forma diferente e que os meninos devem ter mais espaço. Sobre esse tema, os homens do Alto Egito concordaram com os do Cairo, embora achassem que, na família, as meninas tinham direito a mais cuidados, pois, como futuras mães, precisavam de boa saúde e educação para poder criar os filhos de forma adequada. O fato de ter instrução também asseguraria à mulher um marido instruído, que a valorizaria e respeitaria. No entanto, o respeito verbal desses entrevistados pela educação das meninas contrasta com a baixa escolaridade e alfabetização das meninas do campo, citadas anteriormente.

Tradicionalmente, quando as meninas egípcias atingem a puberdade, recebem muito pouca ou nenhuma informação sobre sexualidade e reprodução. Wafa'a, uma mulher casada de meia-idade do Cairo, originária do Alto Egito, lembra:

> Tive minha menstruação aos doze anos, [mas] ninguém nunca me tinha dito nada. Minha mãe costumava me dizer que eu deveria me cuidar e ser cuidadosa com os meninos. Quando tive minha menstruação, fiquei com muito medo de que algo errado estivesse acontecendo. Não contei a ninguém. Finalmente, falei com minha mãe depois de quase um ano, mas sei que ela sabia há muito tempo. Ela foi muito tímida; esses assuntos não são discutidos entre mães e filhas ou irmãs, nem mesmo entre amigas ou vizinhas.

Praticamente não existem fontes de informação confiáveis sobre sexualidade e saúde reprodutiva para jovens solteiras. O sistema educacional egípcio não inclui orientação sexual, nem o sistema de saúde fornece essa informação, exceto quando se refere à maternidade. Embora os textos islâmicos sejam abertos quanto a questões sexuais, na prática elas nunca são discutidas antes do matrimônio. Seria considerado vergonhoso, por exemplo, uma mulher solteira visitar o ginecologista.

Contudo, certas diferenças geracionais surgiram claramente entre nossas entrevistadas no que diz respeito à informação sobre menstruação e questões sexuais. Como Wafa'a, a maioria das mulheres casadas disse que estava completamente desinformada sobre a menstruação — ficaram surpresas, amedrontadas e perturbadas, quando "aconteceu". No entanto, as mulheres também estavam conscientes de que entravam em uma nova fase de vida: "Quando vi [o sangue menstrual], sabia que não podia mais brincar e correr por aí; tinha que assumir minhas responsabilidades, me preparando para ser uma mulher". Por outro lado, a maioria das mulheres solteiras sabia a respeito da menstruação antes que seus ciclos começassem. No entanto, muito poucas receberam essa informação de suas mães, mas, sim, de amigas e colegas de escola. Quando perguntadas se dariam essa informação a suas filhas, a

maioria das mulheres casadas respondeu que não desejava "abrir os olhos de suas filhas" prematuramente; que só faria isso na época da menarca ou do casamento, "quando a informação fosse necessária". Entretanto, as mulheres solteiras expressaram uma atitude mais liberal sobre a importância de dar às filhas informação sexual e reprodutiva no início da puberdade. Aí estavam incluídas as mulheres islâmicas integristas, que consideravam essencial a informação sexual e reprodutiva antes do casamento, mas preferiam que viesse da mãe, para evitar que as meninas fossem expostas a escritos eróticos.

Nada esclarece melhor a extensão em que a sexualidade é envolta em mistério e aura de perigo para as jovens egípcias (inclusive no plano da informação) do que os "segredos da noite de núpcias". A maioria das entrevistadas não recebeu nenhuma informação sobre o assunto antes do casamento: só em dois grupos (um no Cairo e outro em uma área urbana do Alto Egito), a maior parte das mulheres afirmou ter tido, antes do casamento, alguma informação sobre sexo. No entanto, aqui também as diferenças geracionais são notáveis, pois a maioria das mulheres solteiras parecia saber o que as esperava na noite de núpcias. A maior parte daquelas (casadas e solteiras) que recebeu informação quando meninas gostaria de informar suas filhas para evitar que sofram os medos, as preocupações e os problemas associados à ignorância sexual. As mulheres islâmicas integristas foram claras ao afirmar que as jovens deviam ser informadas sobre o sexo antes do casamento. Uma delas chegou a sugerir aulas de sexualidade para mulheres, mas somente pouco tempo antes do casamento.

A mutilação genital ou circuncisão feminina (MGF)

> "Claro que fui circuncidada. O que significa esta pergunta? Você acha que há algo de errado comigo? Todo mundo faz" (Donia, trabalhadora doméstica do Cairo, 40 anos, casada duas vezes e com três filhos).

Quando a menina chega à puberdade, o mais provável é que já tenha sido circuncidada, um procedimento normalmente justificado como um meio de protegê-la da promiscuidade e desonra sexual. A mutilação genital feminina, conhecida como *tahara* (literalmente, pureza) em linguagem comum, é uma prática muito usual em todo o país (Toubia, 1995). Os resultados da PNDS de 1995 mostram que 97% das mulheres egípcias foram circuncidadas, incluindo cristãs e muçulmanas.[20] Embora a maioria dos juristas islâmicos concorde que a MGF é opcional, e não uma obrigação, seus defensores continuam a invocar a religião para estimular sua prática. Como é bastante comum a crença equivocada de que essa prática é uma obrigação

[20] Longe de ser uma prática especialmente islâmica, a MGF tem suas origens no Antigo Egito e, mais tarde, foi adotada por muçulmanos e coptas. Não é mencionada em nenhuma parte do Alcorão e, em muitos países islâmicos, nem mesmo existe.

religiosa, não nos surpreendeu que muitas das entrevistadas nos indagassem a respeito da veracidade desta afirmação. Porém, a maioria defendia a MGF pelo fato de ser uma tradição profundamente arraigada em suas comunidades.

Para a maioria das mulheres entrevistadas, e especialmente para as gerações mais jovens, a MGF é uma lembrança muito dolorosa. Hoda, uma estudante de medicina de 23 anos, islâmica integrista, parecia prestes a chorar quando lembrava a experiência da circuncisão, feita pela *daya* (parteira):

> Não posso esquecer aquele dia... Fui profundamente humilhada. Uma mulher amarrou meus braços nas costas, e duas outras separaram minhas coxas, e a daya cortava minha carne enquanto falava com as pessoas. Elas parabenizaram minha família, pois, daquele momento em diante, minhas preces e meus jejuns seriam aceitos por Deus.[21]

Mary, uma cristã, vendedora de frutas do Alto Egito, de 50 anos, foi circuncidada aos seis anos de idade. Ela também "não podia esquecer aquele dia", mais marcado em sua memória do que as dores do parto. Com poucas exceções,[22] as mulheres solteiras do Alto Egito — todas circuncidadas — estavam resignadas a circuncidar suas filhas, sentindo que não tinham escolha. Elas consideram a circuncisão necessária para cumprir a norma e para controlar a sexualidade de suas filhas, em parte para dar mais confiança a futuros maridos que precisem viajar para o exterior ou ficar longe de casa. A circuncisão é, para as meninas, um passaporte para a aceitação social e para se sentirem parte da comunidade.

Soheir faz limpeza em tempo parcial em um hospital particular, tem 38 anos, é casada e tem três filhas. Ela não circuncidou as filhas porque uma médica do hospital aconselhou-a a não fazê-lo. Porém, isso lhe causa grande ansiedade:

> Estou preocupada. Somos pessoas comuns e se as meninas casarem com alguém [como nós], ele pode achá-las estranhas e ficar chateado com elas. Sei que os médicos não circuncidam suas filhas, mas elas se casam com médicos e arquitetos como eles, que estão acostumados a isso. Ia circuncidá-las, mas a médica me disse que elas podiam ter sangramentos ou infecções. Fiquei com medo e não fiz.

De acordo com os resultados de nossa pesquisa, podemos afirmar que as mulheres egípcias estão sendo forçadas a lidar com as pressões contraditórias de autoridades

---

[21] De acordo com os dados do levantamento PNDS mais recente, as *dayas* realizam atualmente somente um terço das circuncisões femininas, comparado com quase dois terços na geração anterior. Cada vez mais, com a crescente consciência de que a circuncisão feminina tem graves conseqüências para a saúde, o procedimento passa a ser feito por médicos.

[22] Algumas poucas mulheres das zonas rurais estão decididas a poupar suas filhas das dores que sofreram com esse procedimento. Essa posição pouco usual pode ser atribuída ao longo esforço do trabalho de desenvolvimento e educação contra a MGF, realizado pelo CEOSS nessa parte do Alto Egito.

A maioria das entrevistadas casadas estava em um matrimônio arranjado, com pequenas variações. As mulheres das zonas urbanas tiveram maior margem de manobra; algumas das mulheres residentes na área urbana do Delta tentaram se opor abertamente ao casamento arranjado, mas poucas tiveram êxito em impor à família sua decisão. As mulheres casadas de Boulaq casaram livremente e rejeitaram qualquer tipo de arranjo forçado. "Eu tinha controle da situação em relação a meu casamento" foi a afirmativa clara de uma mulher de Boulaq.[23] Mesmo em situações mais tradicionais, é possível que as mulheres tenham realizado alguma escolha, ainda que de forma oculta. Uma forma de resistência a um parceiro indesejável é a chantagem, através da recusa às propostas de casamento. Esta é uma tática muito conhecida para levar a família a aceitar a escolha da jovem, de modo a evitar que ela continue solteira e se torne objeto de mexericos, além de ser uma permanente sobrecarga financeira. Nas entrevistas em profundidade, também ficou claro que alguns desses casamentos arranjados tinham começado como histórias de amor às escondidas da família que, depois, foram inseridas na fórmula tradicional. Como disse Wafa'a: "Ele era meu vizinho. Me visitava e quando senti que ele era sério, concordamos que deveria ver meu pai. Quando me perguntaram, respondi que sim, que o aceitava".

É interessante notar as posições diferentes e cambiantes em relação ao direito de a jovem ter a decisão final sobre seu casamento. A maioria das mulheres casadas dos grupos focais disse que a decisão final devia ser do pai, mas, na investigação posterior ou nas entrevistas individuais, muitas afirmaram que não forçariam suas filhas a um casamento, mesmo que estivessem convencidas de que seria para o bem delas. Como disseram algumas mulheres do Alto Egito: "As coisas estão mudando hoje em dia. As jovens têm instrução e trabalham fora de casa. Nós vamos aconselhar, mas a decisão final deve ser delas". Entre mulheres solteiras, a maioria concorda que os pais devem tomar a decisão final, mas insiste que as jovens não devem ser forçadas a casar com alguém de quem não gostem. As mulheres instruídas eram mais autoconfiantes nesse aspecto; por exemplo, Maha, uma estudante da área urbana do Delta, argumentava enfaticamente: "Dou a primeira e a última palavra sobre meu casamento. Sou eu quem vai viver com ele; sou eu quem pode sofrer". Algumas já tinham resistido: "Eles não concordaram com meu noivo no início, mas insisti e agora todos o adoram". Somente as jovens islâmicas integristas alegavam que era um direito absoluto dos pais decidirem com quem e quando a moça deveria casar (por ironia, em contradição com o texto islâmico).[24] Elas explicavam que "a jovem não pode discordar de sua família", pois "se

---

[23] Boulaq é uma das áreas mais antigas do Cairo. Todas as mulheres desse grupo trabalhavam numa organização não governamental de desenvolvimento comunitário, o que pode explicar sua atitude mais autoconfiante.

[24] Segundo o Alcorão, ninguém pode forçar a mulher ou o homem a um casamento; de fato, falando em termos religiosos, com base nas histórias da época do Profeta, um casamento ou uma anulação contra a vontade da mulher é *haram*.

casar contra a vontade da família e tiver qualquer problema com o marido, ele não vai respeitá-la; se houver divórcio, ela não pode voltar para a família". Isso sugere que, além da tradição patriarcal, as jovens integristas aderem à obediência familiar também na base de uma estimativa prática sobre sua futura segurança financeira.

Em notável contraste com as entrevistadas mais velhas, a maioria dos homens afirmou que a escolha do marido deveria ser de suas filhas. Eles vão tentar convencer a filha a aceitar sua opinião, mas, se não conseguirem, então, dependerá dela, "ela é livre". Mesmo a minoria que considerava que a decisão final deveria ser do pai, mudaria de opinião se a filha tivesse instrução: "As moças instruídas devem ter mais espaço, elas têm mais capacidade de tomar decisões". O único homem entrevistado que insistiu em afirmar sua autoridade patriarcal nessa questão — "ela casará com quem eu escolher" — era um velho analfabeto do Cairo, sem emprego permanente.

A noite de núpcias

> Casei da maneira habitual. Na manhã seguinte, minha família perguntou sobre a "honra" [lenço manchado de sangue]. Essas coisas são importantes para as mulheres que trabalham fora. Meu marido não estava preocupado com isso. Ele me perguntou: "Por que quer guardar isso?" Mas meu irmão achava que eu devia guardar.

Nour, uma mulher casada, de 40 anos, com quatro filhos, tinha trabalhado fora de casa desde os 14 anos de idade. Primeiro, em uma fábrica, e, agora, em uma associação de desenvolvimento comunitário. Ela, como muitas mulheres egípcias, aceita o ritual *baladi dokhla* (BD), apesar do constrangimento e da dor, porque lhe protege de ser exposta a mexericos depois do casamento. Aziza, uma trabalhadora do Cairo, de 28 anos, formada em uma escola secundária técnica e casada há doze anos, afirma:

> Foi uma decisão de minha mãe e de minhas tias fazer o ritual BD, porque eu trabalhava no mesmo lugar do meu marido. Meu pai e sogro foram contra, mas meu marido aceitou as pressões, apesar de não querer. Lembro daquela noite muito bem. Tinha muito medo, mas também tinha muita segurança em relação à minha honra. Elas continuavam levando toalhas e eu a ponto de ter um colapso. Não pude dormir com ele e precisei de tratamento médico por várias semanas.

Nossa pesquisa encontrou uma importante correlação entre adesão ao ritual BD, classe, idade e gênero. A maioria das mulheres casadas do Delta e do Boulaq (Cairo) não tinha passado por esse ritual, enquanto a maioria daquelas do Alto Egito tinha. No entanto, estas últimas, por unanimidade, prefeririam não ter passado pelo BD. Na verdade, o único grupo no qual a maioria declarou preferência pelo

> domésticas. Algumas vezes, me sinto culpada, porque as pessoas dizem que é haram [recusar o marido], mas sei que Deus vai me perdoar [porque] Ele sabe que estou realmente muito cansada.

A descrição franca de Wafa'a de suas relações sexuais com o marido reflete os sentimentos de muitas das mulheres casadas entrevistadas. A maioria das mulheres casadas e solteiras não mostrou nenhuma hesitação em reconhecer sua prerrogativa de ter prazer sexual no casamento. Isso inclui as mulheres islâmicas integristas, que explicaram que o direito da esposa ao prazer sexual está mencionado no Alcorão. Elas foram o único grupo (de casadas ou solteiras) a afirmar que a impotência do marido é uma razão válida para a mulher pedir o divórcio. Ao mesmo tempo, a maioria das entrevistadas considerava "impróprio que uma mulher expressasse seu desejo" diretamente ao marido. Isso seria vergonhoso para a mulher, pois "ela deve ser desejada pelo marido, e não ao contrário". Entretanto, como nos disseram algumas mulheres mais francas, a mulher pode se utilizar de uma ampla gama de meios indiretos para indicar desejo sexual, mantendo seu pudor feminino. Por exemplo, ela pode "dar algum sinal, usar uma bela camisola, um pouco de maquiagem e perfume, ser gentil com ele...".

Se a esposa pode recusar o marido ao ser abordada sem que esteja com vontade, a maioria das mulheres casadas respondeu inicialmente que é um direito do marido fazer sexo com a esposa e que isso não lhe pode ser negado: "É sua função"; "Por que casou com ele?"; "É dever da esposa servir seu marido". No entanto, sob essa atitude de reverente aceitação do sexo não-desejado, surgiam algumas duras realidades, especialmente o medo de retaliação por parte do marido. Algumas afirmaram, sugerindo uma ameaça de abuso ou violência: "Ele vai tornar minha vida infeliz" ou "O dia seguinte vai ser um desastre", enquanto outras aludiram ao risco de o marido se divorciar e casar de novo, se não satisfizerem seus desejos sexuais. Porém, em todos os grupos e entrevistas, muitas mulheres apresentaram maior confiança ao tratar de suas próprias necessidades. Como Wafa'a, elas acreditavam que cansaço ou doença são razões legítimas para uma esposa recusar-se a fazer sexo com o marido e que este deve aceitar a situação, ou será considerado um grosseiro. Outras técnicas inventivas para evitar o sexo não-desejado incluíam fingir doenças, dormir com as crianças ou se deitar cedo, fingir que está dormindo profundamente ou mesmo beliscar um dos filhos pequenos para acordá-lo.

Ao contrário das casadas, as mulheres solteiras foram muito mais diretas ao afirmarem que o marido não tem o direito absoluto de fazer sexo com a mulher e algumas chegaram a considerar *haram* uma tal noção. Contudo, como as mulheres casadas, elas pareciam conscientes dos obstáculos práticos para uma esposa afirmar o seu direito de recusa aos avanços sexuais não-desejados do marido. Elas também sugeriram meios indiretos de evitar o sexo: "Diria que estava menstruada, que tinha dor nas costas ou fingiria que estava dormindo". O objetivo dessas desculpas é recusar

religiosas e médicas, de diferentes compreensões de mundo baseada na classe social e, sobretudo, de todas as normas tradicionais de gênero relacionadas à MGF.

O tema da circuncisão provocou acalorados debates entre as mulheres nos grupos de discussão. Sabendo que algumas das pesquisadoras eram médicas, foram levantadas questões a respeito da correção ou incorreção da prática da circuncisão. Em um dos grupos focais, uma mulher que não tinha sido circuncidada alegou que essa prática torna a mulher frígida sexualmente. Outras responderam que "é melhor ser frígida do que desejar o marido", pois "uma mulher circuncidada tem menos desejo e, [assim], não ficará na dependência do marido satisfazê-la. Ela será mais forte". Em outras palavras, é melhor cortar fora a parte do corpo que poderia deixá-la na dependência sexual de seu marido do que ser vulnerável e carente. Encontramos, com freqüência, esse padrão pelo qual as mulheres convertem uma violência física e emocional em um mecanismo de *empoderamento*.

Os homens apresentaram uma posição muito diferente sobre a MGF. Alguns disseram que era uma *sunna* (ensinamento do Profeta), enquanto outros afirmaram que era *haram* (proibido pela religião). Porém, em ambos os casos, os homens pareciam pensar sobre o assunto de forma mais abstrata, em termos dos ensinamentos religiosos, enquanto os referenciais das mulheres eram mais sociais (o *status* das filhas na comunidade ou a posição das esposas diante dos maridos). A atitude indulgente de alguns homens entrevistados sobre uma questão que tão diretamente envolve a sexualidade das mulheres pode ser explicada por sua confiança no fato de que a circuncisão é uma tradição que as próprias mulheres assumem o compromisso de implementar.

O casamento e as relações sexuais

Escolha de parceiro

As decisões relativas ao casamento afetam toda a vida de uma pessoa, especialmente em uma sociedade em que é muito difícil para as mulheres (cristãs e muçulmanas) conseguirem o divórcio e na qual este é visto como uma vergonha para a família. Por esse motivo, na maioria dos casamentos, os pais, especialmente as mães, ainda cumprem um papel decisivo na escolha do parceiro. Soheir, como muitas das outras mães entrevistadas, quer dar alguma margem de escolha às suas três filhas, mas também deseja manter o controle da decisão:

> Não escolhi meu marido. Éramos da aldeia, e não pessoas esclarecidas. Minhas filhas têm instrução, e devo perguntar a elas antes de aceitar um marido [para elas], mas ele também precisa ser adequado. Não quero que nenhuma delas escolha um mau marido e se arrependa no futuro — como eu.

ritual foi o das mulheres de El Sakakini, Cairo.[25] Como as mulheres de Boulaq e do Delta que tinham passado pelo BD, estas eram donas-de-casa de baixa renda, sem instrução, que haviam migrado do Alto Egito com suas famílias. Essa forte adesão ao BD pode refletir a necessidade que as mulheres deslocadas para uma comunidade estranha têm de provarem sua honra, definirem sua identidade e evitarem que suas tradições e valores sejam desgastados pela "cidade". As defensoras do BD argumentam que, embora seja uma experiência cruel e dolorosa, e da qual elas próprias tenham terríveis lembranças, ainda é melhor passar pelo ritual de modo a evitar os mexericos e andar de cabeça erguida entre os futuros parentes.

Contudo, um número significativo de mulheres casadas, em todos os locais da pesquisa, que tinha passado pelo ritual do BD, não desejaria o mesmo para suas filhas e acreditava que as coisas estavam mudando. Aparentemente, suas filhas têm a mesma opinião, pois a maioria das entrevistadas solteiras preferia o *dokhla* comum. O único grupo rigidamente contra o BD foi o das estudantes islâmicas integristas. Todas assumiram a posição de que era *haram*, em termos religiosos, porque expõe os genitais da mulher, os quais não podem ser vistos por ninguém, nem mesmo pela mãe ou irmã. A esmagadora maioria dos homens também preferia uma noite de núpcias normal. Achava que era mais digno para a mulher, que a intimidade da noite de núpcias é uma questão privada entre marido e esposa e que a invasão do ritual do BD pode causar futuros problemas e traumas sexuais. Uns poucos disseram que eram contra o islamismo e um chegou mesmo a afirmar que "era uma espécie de estupro e morte da menina".

É desconcertante descobrir que são os homens que defendem a "privacidade" e a integridade corporal das mulheres, enquanto estas fazem das tripas coração e apóiam as normas tradicionais de honra e castidade, mesmo ao preço do sofrimento e da humilhação. Temos que nos perguntar de que maneira a "privacidade" está associada, no atual contexto egípcio, ao controle pelo homem da sexualidade no casamento; e de que modo a "honra", na ausência de outras formas de poder e mobilidade, torna-se o único passaporte das mulheres para circularem livremente e "andarem com a cabeça erguida".

...e *as noites subseqüentes*

> Meu marido é delicado comigo; normalmente me estimula antes do ato sexual. Gosto de fazer sexo com ele, desde que o quarto esteja escuro. Ele faz gozação [com isso], mas concorda... Não, nunca lhe pediria para fazer sexo. Por ele, faríamos sexo todos os dias. Mas acho que uma vez por semana é bastante, porque estou sempre cansada do trabalho e das tarefas

[25] As pesquisadoras perguntavam: "Faria de novo, se pudesse escolher?" ou "Você quer que sua filha passe pelo BD?".

o sexo sem ferir o orgulho masculino e sem se expor a brigas, fazendo parecer que a recusa não tem nada a ver com o desejo da mulher (ou com sua ausência). O grupo de jovens islâmicas integristas foi o único que unanimemente expressou a convicção de que é um direito incondicional do homem fazer sexo com sua esposa, quando e onde ele quiser, não importando o desejo dela. Em total oposição a seus pares não-integristas, elas insistiram que era *haram* uma esposa recusar o marido, mesmo quando cansada e não se sentindo bem.

Ao contrário, a maioria dos homens disse que entenderia se suas esposas se recusassem a fazer sexo por causa de cansaço, doença ou menstruação. Alguns poucos chegaram a admitir que, até certo ponto, a mulher tem direito a recusar se não está com vontade, mas a maioria gostaria de primeiro tentar discutir os motivos. Poucos disseram que forçariam suas mulheres a fazerem sexo ("Por que, afinal, me casei com ela?"), e somente um utilizou o interessante argumento de que uma esposa não pode rechaçar o desejo do marido porque "Isto é um instrumento de punição a ser usado pelo homem, e não pela mulher". Se havia uma base comum nessa discussão — envolvendo homens e mulheres de diferentes locais de moradia, grupos etários e estado civil — que mereça ser assinalada, era a de que as mulheres casadas são tão capazes e sentem-se tão autorizadas e legitimadas a ter prazer sexual quanto seus maridos.

Conflitos conjugais e divórcio

Embora a religião e a tradição declarem que é dever do marido satisfazer a mulher em termos sexuais e financeiros, elas também determinam que o homem é o chefe da família e a principal pessoa que toma as decisões, estabelece as regras e, por isso, deve ser obedecido. "É da natureza das coisas" que a mulher suporte os conflitos conjugais. Quando esses conflitos ficam muito difíceis, ela pode deixar a casa temporariamente e voltar para sua família, mas o divórcio ou a separação permanente não são aceitos facilmente, pois significariam a dissolução da família e prejudicariam os filhos. Uma família pode abrigar uma filha com seus filhos após uma briga com o marido, enquanto se esforça por reconciliá-los e faz exigências ao marido. Porém, a mesma família tentaria desencorajar a mulher a pedir o divórcio, pois isso envolveria a sobrecarga financeira de sustentar a filha e os netos, assim como traria má reputação para a mulher divorciada. Como no Egito é extremamente difícil uma mulher iniciar a ação de divórcio, é provável que ela ceda às pressões sociais e familiares. Portanto, geralmente, ela enfrenta a dura escolha de ficar em um casamento difícil ou deixar os filhos e retornar sozinha para sua família de origem.

Tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas em profundidade, as mulheres descreveram as características de uma boa esposa de forma extremamente conciliadora, incluindo tolerância com o marido, paciência e satisfação com o que ele tenha para oferecer. A boa esposa obedece ao marido e pede sua permissão para muitas coisas,

comportamento lascivo que ofenda a honra da mulher. No entanto, a violência dos maridos contra as esposas é considerada implicitamente uma questão privada, especialmente se a mulher for pobre e tiver pouca ou nenhuma instrução.

Serão as mulheres egípcias, de fato, tão tolerantes com a violência "privada" masculina, que se faz contra elas? Nosso estudo, que cobre um número de mulheres muito inferior ao da PNDS, mas apresenta um maior grau de profundidade, sugere que os sentimentos das mulheres, se não sua realidade cotidiana, são bem o oposto. Pesquisas posteriores também demonstram que as egípcias rejeitam, moral e psicologicamente, a violência conjugal, embora não tenham o poder de evitá-la na prática.[27] Algumas mulheres dos grupos focais afirmaram que os homens têm o direito de espancar "de leve" sua esposa; no entanto, quando confrontadas com a possibilidade desse comportamento, as mulheres mostraram uma oposição muito maior. A maioria das mulheres do Delta expressou uma clara rejeição ao espancamento, com base em vários argumentos: "Não é certo", "É humilhante para a mulher", "O que vai sobrar se o respeito desaparecer?", "Vai refletir nos filhos" etc. Boa parte das mulheres do Cairo e Alto Egito também achava que o homem que bate na esposa é mau, a menos que seja provocado por circunstâncias especialmente extremas — por exemplo, como disse Zeinab, "se ela não preservasse a honra dele, se revelasse seus segredos e se desperdiçasse seu dinheiro". No entanto, quando considera a questão em termos mais pessoais, e não abstratos, Zeinab também expressa sua forte objeção moral:

> O homem que bate na mulher não é homem de verdade. Meu marido fez isso uma vez e foi por um motivo trivial. Quando eu chorei, ele se arrependeu e prometeu não fazer mais aquilo. Espancamento não devia fazer parte da religião. Deus não devia aceitar que um homem use a força contra a mulher que cuida dele e dos filhos.

As entrevistadas casadas fazem diferença entre violência física e verbal. No caso de violência verbal, elas dizem que o mais inteligente é deixar a tempestade passar e não se preocupar com aquilo. Isso não significa que elas gostem da violência verbal ou a aceitem. Ao contrário, elas acreditam que a mulher que sabe lidar com seu marido é capaz de evitar esse tipo de abuso. De fato, é tão forte a crença no poder de manipulação das mulheres que elas tendem a supor que a mulher

---

[27] Os resultados da PNDS sobre as atitudes das mulheres em relação à violência dos maridos podem ter sido afetados pelo modo de fazer as perguntas; as respostas obtidas provavelmente refletem os pontos de vista das mulheres sobre as *causas* dos espancamentos, mas não tinham a intenção de justificá-los. Na preparação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing), o Centro de Pesquisa da Nova Mulher e o Centro El Nadim sobre Violência no Cairo entrevistaram 500 mulheres sobre as diferentes formas de violência a que estavam expostas em distintas situações. Em resposta à pergunta "O que seria difícil para uma mulher perdoar no marido?", a segunda resposta mais freqüente (depois de "traição") foi "violência". Ver Centro de Pesquisa da Nova Mulher e o Centro El Nadim, 1995.

vitimizada pela violência doméstica deve ter falhado em "lidar" com o marido de forma adequada. Mas somente o grupo de donas de casa de baixa renda de Sakakini (Cairo), que, como já vimos, tende a assumir posições mais tradicionais também em outras questões, culpava a mulher de forma consistente pela violência sofrida, pressupondo que ela devia ter feito algo errado para merecer o castigo.

As entrevistadas jovens, já pensando em seus futuros casamentos, também não aceitavam a violência do marido. A violência doméstica, declaravam, não seria necessariamente uma razão para pedir o divórcio, mas seria suficiente para sair de casa e deixar que a sua família de origem negocie melhores condições para o seu retorno. Inicialmente, o grupo das mulheres islâmicas integristas argumentou que era um direito do marido bater na esposa: "A religião lhe deu este direito", elas defendiam, "Desde que seja de leve e que ele tenha tentado todos os outros meios para resolver a situação, como apelar para a família dela e abandoná-la na cama". Contudo, quando uma das pesquisadoras contou uma anedota sobre uma briga entre marido e mulher, na qual ele a empurra violentamente, as mulheres ficaram com raiva e disseram que "isto não é correto", "se isso acontecesse, ficaria muito chateada", "isto é um insulto sério, inaceitável". No final, a rejeição, e não a obediência, foi a resposta esmagadora aos maridos abusivos.

O trabalho fora de casa

No caso de conflito conjugal, inclusive nos casos de violência doméstica, uma mulher trabalhadora, com sua própria renda, estará em uma posição mais forte para negociar diante de sua família de origem e de seu marido. Se a mulher pode ou não sair de casa para trabalhar já é, em si, uma questão que, muitas vezes, precipita a luta pelo poder entre marido e mulher. O crescente número de egípcias que realizam trabalho remunerado fazem-no, em primeiro lugar, por necessidade econômica, para assegurar alimentos, assistência médica e educação para seus filhos. Mesmo contando com a renda do marido, muitas mulheres pobres precisam trabalhar para complementar o orçamento, especialmente com o aumento dos custos resultante das privatizações e dos PAEs. Por si sós, o trabalho e a renda não asseguram a igualdade entre mulher e homem na sociedade ou em casa, porém dão à mulher poder e recursos adicionais para negociar sua relação com o marido e seu *status* na comunidade. A julgar pelos testemunhos de nossas entrevistadas, esta é uma margem de poder que elas valorizam muito e aspiram conquistar.

Mais de dois terços das mulheres casadas eram trabalhadoras, empregadas em diversas ocupações, mas a maioria das mulheres ocupadas era do Delta e das áreas urbanas. Entre as ocupações, as mais comuns eram funcionária pública, vendedora, trabalhadora comunitária, faxineira e enfermeira. Muitas das que não trabalhavam fora de casa expressaram seu desejo de encontrar uma oportunidade de trabalho, de preferência na vizinhança. Acima de tudo, a maioria sentia que o trabalho era

importante para a mulher. Reforça a renda familiar e ajuda na educação dos filhos e também propicia à mulher o dinheiro para adquirir o que deseja ou necessita — não somente para a casa, mas para ela própria (disseram as mulheres do Cairo). O trabalho é "uma arma para a esposa, se o marido a abandonar" ou, como afirmou o grupo de Boulaq, "o trabalho dá independência à mulher". Algumas até mesmo usaram o termo "realização pessoal" e apontaram o trabalho como um fator de valorização da mulher na comunidade, que "faz com que as pessoas a respeitem", conforme disse uma mulher de Sakakini.

Contudo, essa consciência implícita de direitos em relação ao trabalho vem carregado de elementos muito claros de acomodação às normas tradicionais sobre as obrigações da mulher no casamento. As mesmas mulheres dos grupos do Cairo que expressaram a vantagem de ter "independência" e recursos para se manter também argumentavam que, para que tivessem esse direito, haviam primeiro que cumprir suas funções como dona-de-casa e mãe. Isso se torna uma solução de compromisso: se elas não "pagarem adiantado", não poderão exigir o que querem e não irão consegui-lo. Além disso, a maioria das entrevistadas casadas, em todos os grupos, disse que o marido tem o direito e a capacidade de evitar que a mulher trabalhe fora de casa; se ele fizer objeções, pouco há a fazer. Elas tentarão convencer seus maridos, especialmente se a renda da família for baixa, mas ele terá a última palavra. Umas poucas mostraram alguma relutância em conceder esse direito ao homem, argumentando que "se a mulher cumpre seus deveres domésticos, então ele não tem direito de impedi-la de trabalhar", o que é consistente com a filosofia das soluções de compromisso. No entanto, as mulheres apresentaram maior autoconfiança nas entrevistas em profundidade. Algumas mulheres das zonas rurais do Delta vivenciaram enfrentamentos abertos com suas famílias (pais e, depois, maridos) e continuaram trabalhando. Hamida, uma trabalhadora doméstica, analfabeta, de 46 anos, com três filhos e uma filha casada, foi uma das que persistiram:

> Ele queria que eu parasse de trabalhar; até me bateu duas vezes, mas continuei trabalhando. Queria educar meus filhos e ele não trabalhava sempre; finalmente, ele parou. Agora sou eu quem paga tudo.

A maior parte das mulheres solteiras, nas comunidades pesquisadas, atualmente não trabalha, algumas porque são estudantes Muitas participam de cursos de tricô e costura em projetos de desenvolvimento comunitário, o que sugere a possibilidade e o desejo de, no futuro, trabalhar fora de casa. Enquanto as mulheres casadas consideravam a necessidade econômica como a principal razão para buscar um emprego, as solteiras estavam mais inclinadas a enfatizar os valores de satisfação e realização pessoais. Algumas das suas respostas: "Não é o dinheiro o que conta, quero provar que sou capaz de trabalhar"; "O trabalho é mais importante do que o casamento"; "Sinto satisfação em ensinar aos outros o que aprendi". Uma mulher jovem disse que tinha adquirido "uma voz na família, quando comecei a trabalhar e a contribuir para a

mudanças, os homens, como as mulheres, tendem a se acomodar às normas patriarcais tradicionais. Mas, há diferenças entre homens e mulheres, uma vez que a posição masculina, ao se ajustar à tradição, é a de provar sua superioridade e de defender seu próprio poder, em detrimento da mulher.[29] Os homens estão conscientes, em alguma medida, de que a crescente liberdade e atividade das mulheres fora da casa certamente irão afetar seu poder e sua capacidade de tomar decisões dentro de casa — inclusive em relação às decisões sobre fecundidade e gravidez.

Maternidade e escolhas reprodutivas

Todos os entrevistados, mulheres e homens, confirmaram que os filhos são a principal razão para casar e estabelecer uma família e que ter filhos é um dos principais deveres da esposa egípcia. Os filhos são a principal fonte do valor de uma mulher. Uma vez que os tenha, adquire o poder de negociar com o marido e até de confrontá-lo; sem eles, torna-se fraca e vulnerável às condições de casamento com as quais não concorde. Os filhos também servem como uma espécie de seguro contra o divórcio; em momentos de conflito conjugal, as mães geralmente aconselham as filhas a terem outro filho, como um modo de desviar as atenções do problema do casal. Para as mulheres, a força do mandato da procriação ficou evidente no consenso entre as entrevistadas de que uma base legítima para o marido pedir o divórcio é a incapacidade da mulher em ter filhos. De fato, a infertilidade é a única circunstância em que algumas mulheres abriam exceção na sua condenação quase unânime da poligamia. Wafa'a, que tem quatro filhos, observou:

> Naturalmente, ter filhos é importante tanto para o homem quanto para a mulher... Meu marido estava ficando maluco quando, depois de cinco meses de casamento, eu não tinha engravidado... Se eles se amam e estão bem, talvez possam agüentar não ter filhos... Se a [infertilidade] fosse seu [problema], eu teria aceito, porque ele é um homem bom... [mas] se fosse minha culpa e ele quisesse se casar outra vez para ter filhos, ele teria razão... teríamos nos divorciado, mas eu nunca aceitaria uma segunda esposa.

Esses comentários refletem um duplo padrão, nos casos de infertilidade: espera-se que o marido se divorcie (ou consiga uma segunda esposa) se a mulher não é

---

[29] É importante observar que, embora estas declarações reflitam uma atitude de superioridade diante da mulher, a maneira ousada e desafiadora com que foram feitas poderia ser explicada como uma reação à entrevista. Descobrimos que, quando as mulheres se sentiam embaraçadas com uma pergunta, algumas vezes ficavam caladas ou faziam declarações que soavam mais como *slogans* do que suas próprias opiniões. Por seu lado, os homens entrevistados geralmente não demonstravam embaraço, mas, em alguns casos, se sentiam provocados e começavam a fazer afirmações de "macho", que tendiam a crescer como bola de neve, numa resistência coletiva ao *empoderamento* das mulheres. Em termos psicológicos, poderíamos dizer que esse comportamento representa um mecanismo reativo com o qual o homem tenta manter sua dignidade e auto-imagem.

fértil; se ele for incapaz de ter filhos, a mulher vai avaliar se ele é "bom" e quanto o ama, antes de decidir se pede ou não o divórcio (está claro que ela não tem a opção de conseguir um segundo marido). A despeito do alto valor atribuído pelas mulheres ao fato de ter filhos, a escolha entre permanecer sem eles ou conseguir um divórcio era vista como difícil para as entrevistadas. Isto pode refletir o fato de que ser casada é ainda mais importante para o *status* da mulher e para a sua autovaloração do que o fato de ter filhos. Além disso, se o marido é estéril, a mulher não pode ser culpada pela falta de filhos. Nesse caso, ela é poupada dos comentários dos vizinhos e da família e é vista como uma esposa que se sacrificou para não romper o matrimônio.

Confirmando o que já foi demonstrado por uma recente pesquisa nacional, a primeira reação da maior parte das mulheres à pergunta sobre quem deve decidir quando engravidar ou quantos filhos ter foi de que esta era uma decisão conjunta do casal; a posição das mulheres sobre a tomada de decisões reprodutivas é de "igualdade, em lugar da autonomia" (Govindasamy e Malhotra, 1996).[30] Em caso de desacordo, a decisão final deve estar nas mãos do homem, diriam elas, "porque ele é quem sustenta" (isto é, controla as decisões sobre o orçamento doméstico). Contudo, uma investigação posterior revelou uma realidade diferente. Diante de um conflito real ou previsível, muitas das mulheres casadas de nosso estudo parecem fazer o que realmente querem, sem revelar aos maridos — isto é, usando ou parando de utilizar contraceptivos ou, em alguns casos, apelando para métodos tradicionais de aborto (veja adiante). Uma dona-de-casa do Boulaq (Cairo) afirmou que abandonaria a casa e retornaria para sua família se seu marido a forçasse a ficar grávida ou a evitar a gestação, declarando: "É minha decisão, somente minha". Todas as entrevistadas do Cairo concordavam que ter filhos era crucial para a mulher, mas que o número de filhos era decisão dela. Zeinab, uma costureira especializada, empregada em uma pequena indústria de roupas, afirma claramente sua autoridade nessa arena: "Não, meu marido não tem nada a ver com esta questão de contracepção... Ele queria filhos, eu os tive e veio o menino; acabou. Mal dá para nos alimentar".

A forte consciência do direito de assumir o controle das decisões reprodutivas demonstrado pelas entrevistadas casadas é consistente com resultados de outras pesquisas, segundo os quais as mulheres que trabalham fora e que têm uma maior liberdade de deslocamento, são também as que têm maior probabilidade de praticar a contracepção (Govindasamy e Malhotra, 1996). É possível que isso reflita a maior proporção de mulheres casadas trabalhadoras em nosso universo de pesquisa em relação às estatísticas nacionais. Nosso estudo questiona, porém, a suposição de que as mulheres casadas egípcias necessariamente preferem a decisão conjunta (marido–esposa) à autonomia, quando se trata de controlar a fecundidade, mesmo que a cultura em geral e elas mesmas "apóiem a interação e a negociação" em muitas outras

[30] A base de dados utilizada nesta análise foi a PNDS de 1988.

áreas. Entretanto, essa consciência de direitos é geralmente exercida de forma secreta, e não abertamente. Em um dos grupos focais do Cairo, uma participante observou que se desejasse um filho e o marido não, ela poderia retirar o DIU sem que ele soubesse. Outra afirmou que poderia provocar um aborto tomando Pepsi-Cola fervida, o que ia parecer um aborto espontâneo. Nos dois casos, para ter mais um filho ou para evitá-lo, o grupo sugeria como as mulheres poderiam assumir o controle da situação de forma sub-reptícia, aparentando acatar o desejo do marido. Os motivos mais importantes para usar contraceptivos ou interromper a gravidez eram, primeiro, a saúde da mulher; depois, a situação econômica da família, especialmente quando outro filho implicava desistir do emprego e da renda; finalmente, já ter tido um filho homem e não ter tido acesso à creche quando trabalhava foram outros motivos importantes para evitar uma nova gravidez.

Diferentemente dos outros grupos, as mulheres islâmicas integristas se opunham a qualquer tipo de planejamento familiar artificial; o número de filhos, argumentavam, deve ser decidido por Deus. Uma participante do grupo contou uma história sobre uma "irmã" que era contra a limitação do número de filhos e deixou a decisão com Deus. Este lhe deu somente quatro filhos, depois dos quais ela parou de engravidar, sem ter de usar nenhum método contraceptivo. Para estas jovens, as únicas razões aceitáveis para usar contraceptivos eram espaçar os filhos durante a amamentação ou quando a saúde da mulher estava em risco. Ao mesmo tempo, elas se perguntavam se existiria um método sem efeitos colaterais ou problemas para a saúde da mulher, que não interferisse no prazer sexual do homem e que fosse claramente aprovado pela religião (como o coito interrompido ou a tabelinha). Em outras palavras, seu desejo de serem corretas em termos religiosos coincide com o desejo de não ter mais filhos do que pretendiam. A maior parte das mulheres solteiras espera limitar o número de filhos a dois ou três e elas abandonaram a tradicional preferência pelo filho homem, em favor de uma ética de igualdade de gênero. "A vida mudou", dizem, "Agora, uma menina é como se fosse um menino". A maioria achava que o número de filhos devia ser decidido em conjunto, pelos dois parceiros. No entanto, algumas delas estavam convencidas de que a saúde e o bem-estar da mulher devem ser os determinantes principais do número de filhos e de quando tê-los, mesmo se a mulher precisar "manipular" o marido.

Os homens entrevistados também disseram preferir que as decisões sobre gravidez e controle da fecundidade fossem conjuntas, determinadas primeiro pela saúde da mulher e depois pelas condições econômicas da família. Porém, como na maioria das outras decisões, se não for possível um acordo mútuo, eles insistem que o homem deve ter a última palavra, porque ele é o responsável pelas finanças da família. Vários argumentaram que o homem tem o direito de ter uma segunda esposa se a primeira não puder ter filhos, de modo que sua propriedade, mesmo que pequena, possa passar para seus descendentes. Somente um homem fez objeções a isso, temendo que a situação pudesse se inverter e que a esposa "passasse a ter o direito

de abandonar o marido se ele não pudesse ter filhos". Contudo, em geral, os homens baseavam sua demanda por autoridade final sobre decisões reprodutivas no seu poder econômico e no seu *status* de chefe de família. Cada vez mais, essa afirmativa pode ser puro desejo não realizado, dada a prevalência de duas realidades: as esposas estão conseguindo um certo grau de independência econômica e estão, *de facto*, tomando as decisões sobre fecundidade e gravidez.

Contracepção e aborto

Embora nosso pequeno universo de pesquisa não represente o conjunto das mulheres egípcias, e muitas delas não tenham ainda concluído o período reprodutivo, uma rápida verificação do número atual de filhos das entrevistadas casadas sugere que elas estão limitando as gestações de modo eficaz. A maioria dessas mulheres, incluindo aquelas do Alto Egito e das áreas rurais, tem de um a quatro filhos, sendo que quase a metade tem até dois; somente três, das 45 mulheres casadas, tinham mais de quatro filhos na época do estudo.

A maior parte das mulheres casadas estava utilizando ou já tinha utilizado algum método contraceptivo, embora não necessariamente um método "moderno" ou médico. As que não estavam usando contraceptivos tinham razões práticas e específicas: ou tentavam engravidar, ou seus maridos estavam longe, ou estavam divorciadas ou separadas. É interessante notar que várias mulheres que estavam utilizando (ou tinham utilizado) contraceptivos acreditavam erroneamente que a religião proíbe o uso de contraceptivos modernos. Isso sublinha a realidade que encontramos repetidas vezes, quando se trata das decisões da mulher sobre a fecundidade e gravidez: como guia de sua escolha, sua própria visão de necessidade prática supera tanto a crença religiosa quanto a tradição patriarcal.

Contudo, a consciência com relação ao direito de determinar sua própria fecundidade pode também ser acompanhado pela ausência de métodos contraceptivos e informação confiáveis. Zeinab, por exemplo, usa pílulas anticoncepcionais "quando necessita" (isto é, quando faz sexo com o marido) porque "isso [ato sexual] normalmente acontece somente uma vez por mês". Ela está mal informada sobre o uso correto da pílula, e seu baixo grau de escolaridade torna difícil entender instruções escritas. Não é de surpreender que o uso ineficaz do contraceptivo leve ao aborto provocado, que pode também não funcionar. Uma faxineira do Cairo relatou, com evidente orgulho, sua habilidade:

> Tive três abortos; dois deles, eu mesma fiz. Tomei Coca-Cola fervida, carreguei peso e pulei para cima e para baixo. Mas meu segundo aborto foi muito difícil e tive dores demoradas; então, quando voltei a ficar grávida, procurei a daya e foi mais fácil. [Rindo] Claro que [meu marido] nunca soube de nada disso.

Como foi revelado em todos os grupos focais, a norma comumente aceita nas comunidades pesquisadas é a de que fazer um aborto é *haram*. Contudo, perguntas mais detalhadas e as entrevistas em profundidade revelaram um leque muito mais complexo de valores e experiências, especialmente quando lhes perguntávamos o que as amigas e as parentas faziam quando tinham uma gravidez indesejada. A maioria das mulheres casadas e solteiras supunha que uma mulher pode sempre encontrar um método para interromper a gravidez sem que seu marido saiba e sem consultar um médico ou tornar a situação pública. Naturalmente, isso significa aborto provocado por métodos arriscados, como o de carregar pesos, pular de uma cama ou sofá ou usar remédios tradicionais, como cascas de cebola fervidas, Coca-Cola ou outra bebida gasosa fervida. Ela pode até inserir uma agulha de tricô no colo do útero para provocar sangramento e, assim, ser admitida em um hospital público, onde o procedimento será finalizado. Contudo, com as precárias condições do setor público de saúde no Egito, isso torna-se realmente uma medida extrema.

Qualquer que seja o método, a implicação clara de tais ações (e da maneira prosaica com que foram relatadas) é não somente que o aborto provocado é freqüente entre as egípcias (com êxito ou não), como também que ele é muitas vezes encarado como necessário e, em algum nível, justificado. Nas entrevistas em profundidade, muitas mulheres admitiram que tinham feito abortos. Algumas disseram que isso era *haram*, mas não tinham tido escolha, porque não tinham condições, na época, de ter outro bebê. O relato da experiência de Soheir não é incomum e confirma outros estudos (veja Huntington *et al.*, 1995):

> Abortei uma vez. Estava usando um DIU, mas fiquei grávida. Minha vizinha me aconselhou a beber Coca-Cola fervida e fazer uma lavagem. Tive sangramento durante quinze dias, então fui levada para o hospital, onde me fizeram uma pequena operação. Nunca disse a ninguém o que tinha feito, nem mesmo a meu marido. Ele é um homem religioso. Tive medo da punição divina, mas, ao mesmo tempo, imaginava: se eu tivesse de parar de trabalhar [para amamentar outro bebê], será que Deus aceitaria o sofrimento de toda a família?

Está implícita, em todas essas declarações, uma moralidade prática que governa a fecundidade e a gravidez, na qual a realidade econômica de ter de alimentar e tomar conta de uma família tem primazia sobre a visão da doutrina religiosa e da tradição de obediência da esposa. Além disso, como ilustrado pela argumentação de Soheir, algumas vezes, as mulheres fazem sua própria interpretação da vontade de Deus, mais adequada a suas necessidades reprodutivas da vida cotidiana do que à teologia oficial.

Conclusão

Nossa pesquisa confirma como o próprio conceito de direitos, inclusive os direitos reprodutivos, recebe significados da cultura específica, do espaço social e do contexto político nos quais serão exercidos. A cultura egípcia não coloca o

indivíduo acima da comunidade. O mero fato de que a mulher é parte de uma família, de um casamento, de um grupo de pares e de uma comunidade implica que ela comprometa voluntariamente uma parte de si própria com essas filiações, as quais, por seu lado, prometem apoio emocional, material e moral. O relacionamento das mulheres com seus corpos é moldado por essas negociações entre necessidades, desejos e obrigações. A "propriedade" do corpo, portanto, é pessoal e socialmente determinada. Dificilmente uma das entrevistadas diria que seu corpo estava sob o controle de alguém além dela própria, porém quase todas relegam parte do controle pessoal quando se submetem às normas e tradições. Essa conformidade não é percebida como uma negação de si ou servidão, mas como um caminho para atingir maior segurança, garantida pela aceitação e solidariedade da comunidade.

No entanto, a adesão a um enfoque comunitário dos direitos (em lugar de um enfoque pessoal) não significa que as egípcias estejam dispostas à obediência passiva. Para proteger sua dignidade, seu bem-estar físico e mental (assim como o dos filhos), as mulheres egípcias assumem o controle das decisões e, às vezes, transgridem a tradição, a opinião religiosa e a autoridade patriarcal. Um dos resultados mais importantes desta pesquisa é que a religião, embora com forte presença na vida das entrevistadas, não determina as escolhas sexuais e reprodutivas do cotidiano da maioria delas. Quando tentam evitar sexo ou gravidez não-desejados, confiam no perdão pessoal divino, e não nas opiniões das autoridades religiosas. Está implícita, nessas estratégias subversivas, uma convicção prática (se não moral) sobre seus direitos de integridade corporal e sexual, mesmo no casamento, e, ainda, seus esforços de busca de equilíbrio entre as definições tradicionais de esposa obediente e a sua própria crença em um Deus misericordioso.

Surgiram quatro variações nas estratégias sexuais e reprodutivas das mulheres:

1. *Faz parte da natureza das coisas.* Identificamos algumas áreas nas quais as mulheres percebem sua situação de modo fatalista, expressas na expressão: "É assim que as coisas são". Por exemplo, muitas mulheres não manifestaram que se sentiam oprimidas pelas experiências de discriminação de gênero na forma de criar meninos e meninas ou em se submeterem à autoridade do marido em certas questões (especialmente sobre trabalho). Nesse caso, o termo *acomodação* pode não ser o mais preciso, pois as mulheres sentiam que estavam lidando com comportamentos e atitudes normais, que não podem ser mudados. Mesmo as poucas mulheres que expressaram frustração em relação a tais experiências não sugeriram tentar manipulá-la ou rebelar-se contra a situação.

2. *Doloroso, mas necessário.* Em certas questões — em especial, o ritual *baladi dokhla* e a circuncisão feminina —, muitas mulheres aceitavam uma tradição para a qual viam uma função social positiva. A despeito

da dor infligida por essas práticas, submetiam-se a elas como uma solução de compromisso necessária para adquirir benefícios que valorizam mais do que o "controle sobre seus corpos": respeito e aceitação da comunidade, honra para si e suas famílias e liberdade de ir e vir, sem mexericos. Para algumas mulheres, submeter-se a sexo não-desejado com o marido está nesta categoria: uma solução de compromisso para evitar a violência masculina ou um possível divórcio.

3. *Resistência e resistência disfarçada*. Dentro deste espectro, situam-se várias estratégias comportamentais ou verbais utilizados pelas entrevistadas na vida cotidiana com os maridos, especialmente no que diz respeito a temas como gravidez, contracepção, aborto, relações sexuais e sair de casa.[31] Nessas áreas, nossa pesquisa descobriu muitas táticas e subterfúgios que as mulheres adotam conscientemente para assumir o controle da situação (e de seu corpo): usando adornos para atrair os maridos, sem aparentar que estão tomando a iniciativa no sexo; fingindo doenças para evitar sexo não-desejado; fazendo um aborto ou removendo o DIU secretamente. Ao descrever essas estratégias, as entrevistadas não usavam palavras como resistência ou direito, mas falavam em astúcia, esperteza, avaliação precisa da situação, etc.

4. *Não é não!* Muito mais raramente, ouvimos declarações de resistência aberta ou de recusa de algumas mulheres da geração mais velha e da mais nova, especialmente em relação à violência doméstica e às relações sexuais forçadas com o marido. Também identificamos uma autoconfiança (se não resistência) muito maior nas mulheres solteiras mais jovens, em comparação com as mais velhas, em relação a certas questões: por exemplo, exigindo mais informação sobre sexualidade e reprodução; recusando um casamento não-desejado ou arranjado; rechaçando o ritual *baladi dokhla*; e, em um caso, resistindo à MGF de uma irmã mais nova. Essa consciência de direitos pode resultar das maiores oportunidades educacionais e do acesso à remuneração, ainda que limitada, por parte de mulheres mais jovens.

Um exemplo de como as egípcias compartem a "propriedade de si mesmas" com a sociedade em geral reflete-se na alta valorização da castidade feminina, da virgindade e da condenação às relações pré-conjugais e extraconjugais. Isto é

---

[31] A prova do comportamento transgressor nessas áreas, frequentemente, emergiu através de uma interessante dinâmica de grupo, na qual a primeira mulher a falar em geral expressava a norma que se espera de uma mulher e esposa. Quando, mais adiante na conversa, outra pessoa expressava a possibilidade de subverter a norma, isso disparava uma seqüência de outros comentários igualmente subversivos, inclusive da primeira, que tinha feito a declaração "apropriada".

ilustrado pela esmagadora aceitação da MGF, entre as mulheres egípcias (incluindo nossas entrevistadas), da MGF e, entre muitas, do ritual *baladi dokhla*. É o preço que acham que têm de pagar para provar sua decência e, assim, garantir seus direitos sexuais e reprodutivos. Dada a força deste sentimento, não podemos dizer que a luta contra a MGF reflita, atualmente, os sentimentos da maioria das egípcias. Isso não é dito para sugerir a suspensão dessa luta, mas para que defensores dos direitos das mulheres e da saúde reconheçam que a MGF tem uma função social que muitas meninas e jovens consideram irresistível — muito além de qualquer escolha. Certamente, a questão torna-se mais complexa quando as próprias mulheres vêem estas tradições como instrumentos de *empoderamento*, e não de opressão, ao reduzirem, por exemplo, sua dependência e necessidade de gratificação sexual. Está claro que o desafio não é somente fazer oposição a práticas prejudiciais ou mobilizar em prol de direitos, mas a desconstrução pública de um sistema social e ideológico enraizado em divisões de gênero muito antigas, que torna essas práticas aceitáveis e mesmo desejáveis.

Outros exemplos são o alto valor que as egípcias atribuem à maternidade e a aceitação da divisão tradicional de trabalho na família. As mulheres das comunidades pesquisadas não consideravam a expectativa de que teriam filhos ao casar como coerciva ou como uma invasão da privacidade. Ao contrário, vêem como parte da negociação pela qual asseguram o respeito da sociedade, da família e do esposo. Somente quando, por alguma razão, não podem ter filhos, começam a se sentir coagidas e vulneráveis, especialmente no caso de serem ameaçadas com o divórcio ou uma segunda esposa. No entanto, nossa pesquisa confirmou que, para um número crescente de mulheres, o casamento e a maternidade se combinam com o trabalho remunerado. As mulheres, ao contrário de seus maridos e pais, encaram seu trabalho como importante para sua realização pessoal e seu *empoderamento*, e não somente como algo ditado pela necessidade econômica. Embora, de nenhum modo, assegure sua igualdade ou liberação, uma renda própria dá à mulher uma posição mais forte na família, permitindo que faça menos concessões e exija um pouco mais. A oposição dos homens conservadores ao trabalho da mulher fora de casa é a prova de que a independência financeira, ainda que parcial, pode expandir a capacidade de a mulher tomar decisões próprias, transgredir normas tradicionais e talvez abandonar um casamento infeliz e viver por sua conta.

Também, em outras esferas, a aceitação prática de algumas formas de subordinação não é incondicional. A mulher não "aceita" ser espancada pelo marido, mas isso não significa que ela procure a separação ou o divórcio na primeira vez que seu marido a agride. Ela está pronta, especialmente se tem filhos, a perdoar ou a suportar um certo nível de abuso, mas até um certo ponto, após o qual ela enfrenta o problema, isto é, abandona a casa. O mesmo se aplica a decisões sobre a limitação das gestações. Como as egípcias em geral, nossas entrevistadas preferiam (e tentam) tomar essas decisões em conjunto com seus companheiros. Ser livre para decidir

sozinha não é algo valorizado em si mesmo. Ao mesmo tempo, a aceitação das pressões do marido e da família para ter mais um filho ou para ter um filho homem é também uma escolha consciente. Em um certo limite, quando pressões contrárias se chocam — por exemplo: bocas demais para alimentar, suas próprias necessidades de saúde ou a ausência de creches —, estão prontas para romper o compromisso com a decisão conjunta e procuram sua própria saída para uma gravidez não-desejada. Ela pode desafiar a lei, a religião e o desejo do marido para conseguir um aborto, arriscando sua vida com métodos tradicionais e inseguros. Dada a taxa de fecundidade declinante do país e dadas as indicações de que o uso de contraceptivos é muitas vezes ineficaz, a experiência de nossas entrevistadas se soma à evidência de que as egípcias estão, com freqüência e de forma eficaz, apelando para o aborto para interromper uma gestação não-desejada — em condições de sério risco legal e para a sua saúde.

As mulheres que se submetem à autoridade religiosa em todos os aspectos de suas vidas são exceções à descrição anterior. As islâmicas integristas entrevistadas são ativistas politicamente informadas, que decidiram criar uma identidade alternativa como mulheres, baseada em certas interpretações do islamismo. Infelizmente, na nossa opinião, essa identidade alternativa é afetada pela vergonha, pelo medo e pela dominação masculina, prescrevendo a reclusão e o véu para as mulheres, seu confinamento ao lar e o controle de seus corpos. Contudo, como participantes do projeto cultural e político integrista, as mulheres com quem trabalhamos em Mansoura se vêem lutando não contra o patriarcado ou opressores locais, mas contra o governo egípcio, a dominação cultural e econômica ocidental e as forças globais que impõem duras políticas econômicas e estilos de vida alienígenas. Nisso, não são diferentes de muitos movimentos de mulheres no mundo árabe, que, voluntariamente, subordinaram sua própria luta à batalha política nacional e regional.

Ao mesmo tempo, nossas discussões de grupo revelaram que mesmo as islâmicas integristas desejavam limitar o número de filhos, embora com métodos "naturais", oferecidos por Deus; esperavam trabalhar fora de casa, para servir a comunidade como médicas; e consideravam a possibilidade de violência conjugal contra elas como algo consternador. Descobrimos que as motivações das estudantes islâmicas integristas não eram sempre estritamente religiosas, mas algumas vezes transparentemente práticas e econômicas. Por exemplo, sua insistência em que os pais devem aprovar a escolha de marido feita pela mulher, para assegurar o apoio deles, no caso de o casamento fracassar. Pode ser que, juntamente com sua ideologia política e religiosa, essas jovens sejam também influenciadas por mudanças geracionais e por sua origem de classe média com educação universitária. Em geral, nossos entrevistados — sem importar a ideologia, a idade ou o gênero — expressaram a crença "moderna" na educação da mulher e a visão de que as mulheres instruídas têm maior capacidade de fazer suas próprias escolhas.

Como as islâmicas integristas, os homens entrevistados, embora, no geral, mais conservadores que as mulheres, muitas vezes pareciam tão motivados pelas condições econômicas quanto pela tradição patriarcal e pela religião. Desemprego, pobreza e insegurança econômica criaram níveis de raiva e frustração que os homens dirigem contra as mulheres, por falta de outras saídas. A desestabilização do *status* de chefe de família significou perda de dignidade e comprometeu a masculinidade, o que algumas vezes leva à violência doméstica e à resistência a que as mulheres trabalhem fora de casa e controlem sua fecundidade. Por seu lado, as ansiedades econômicas dos homens podem ter o efeito oposto: por exemplo, os pais podem querer que suas filhas escolham livremente o parceiro para o casamento, para diminuir os riscos de fracasso matrimonial e de que a responsabilidade financeira volte a recair sobre eles. Em qualquer dos casos, as condições estruturais influenciam fortemente os valores reprodutivos.

Na maioria dos casos, as entrevistadas se situam entre os dois extremos do fatalismo e da resistência. Para a maioria delas, casadas ou solteiras, a igualdade e os direitos estão inscritos em um complexo mosaico de estratégias e negociações. Isso, muitas vezes, significa uma solução de compromisso entre a consciência a respeito de certos direitos e uma seqüência de mecanismos e racionalizações que garantam a elas o melhor resultado possível, sem violar abertamente as normas e sem torná-las párias na família e na comunidade, perdendo o seu apoio. Algumas das entrevistadas, especialmente do grupo islâmico integrista de Sakakini (Cairo), aceitam as noções tradicionais de hierarquia e gênero. No entanto, outras mulheres — especialmente no Alto Egito rural e no Boulaq (Cairo) e mais ainda entre as jovens solteiras — acreditam mais na igualdade de gênero e na idéia de que a mulher pode ter tanto sucesso ou mais do que o homem. No entanto, mesmo essas mulheres preferem empregar táticas sutis à confrontação direta, convencer os homens de que a decisão final é deles, enquanto tentam influenciá-los por trás dos bastidores.

Para todas as mulheres egípcias e para nós, pesquisadoras, o conceito de *direitos reprodutivos* continua sendo um tema sensível, controverso e complexo. Isso ocorre, em grande medida, em função de um contexto social com fatores limitativos que afetam a capacidade de a mulher atuar sobre seus direitos: as dificuldades econômicas; a prevalência da violência masculina; a dificuldade de conseguir um divórcio e de sobreviver fora do casamento; a baixa qualidade dos serviços de saúde; a permanente oposição à igualdade de gênero, entre os homens e na própria família; e a falta de organizações (fora da família) e de redes de suporte para as mulheres (exceto pelos grupos islâmicos integristas e pelos círculos feministas, em geral de classe média e urbanos). As mais jovens parecem ser mais autoconfiantes sobre seus direitos que as mães e avós, em parte por causa do melhor acesso à educação. No entanto, também elas não serão capazes de fazer escolhas reais e bem informadas sobre reprodução e sexualidade até que essas condições sociais comecem a mudar. Até esse dia, a cultura das mulheres egípcias de vencer secretamente pela astúcia, fazendo acomodações estratégicas, prevalecerá sobre as vozes francas de algumas mulheres.

4

Entre a Modernização e o Revivalismo Patriarcal

Negociações reprodutivas entre as mulheres da Malásia Peninsular

Rita Raj, Chee Heng Leng e Rashidah Shuib[1]

O contexto nacional

A Malásia é um país de grande diversidade étnica, cultural e religiosa e, até a crise econômica regional asiática de 1997, era citado como um exemplo de desenvolvimento acelerado que manteve uma taxa de crescimento econômico sustentável (PNUD, 1996, Box 2.8). Na Malásia, etnia e religião estão muito entrelaçadas e são as principais características que identificam as pessoas e as famílias, nos planos social, econômico e político. Contudo, diferenças importantes caracterizam os três maiores grupos étnicos do país: malaios, chineses e indianos. Os malaios, que, por definição, são todos muçulmanos, constituem cerca de 61% da população,

[1] Além do trabalho das três principais autoras — que eram, respectivamente, coordenadora e pesquisadoras da equipe do IRRRAG na Malásia —, gostaríamos de agradecer às outras integrantes da equipe pelo seu valioso trabalho neste projeto: Rashidah Abdullah, co-coordenadora; e Roziah Omar, Rajeswari Nagaraja e Siti Norazah Zulkifli, pesquisadoras. Também gostaríamos de agradecer pelo trabalho precioso de várias pessoas que nos ajudaram na pesquisa e na compilação de dados: Mastura Adnan, Norisah Che Ahmad, Zuriah Abu Bakar, Zaiton Kassim, Swarna Rekha Kodikara, Kristina Wati Ramlan, Low Paik Swan, Angela Kuga Thas e Chong Wei Yee; na tradução e transcrição: Suganeswary e Sra. Usha Ramachandran; e no eficiente apoio administrativo: Thilaha Nalliah, N. Manimekaladevy e Khatijah Mohd Baki.

têm a renda mais baixa, vivem principalmente nas áreas rurais e apresentam as mais altas taxas de fecundidade.[2] Os chineses, em geral, seguem suas próprias religiões populares e representam 31% da população. Já os indianos, na maioria hinduístas, somam aproximadamente 8% da população da Malásia (Departamento de Estatística da Malásia, 1992).[3] Entre os não-malaios, uma pequena minoria é cristã. A liberdade de prática religiosa está garantida na Constituição, embora exista uma religião oficial, o islamismo, cuja vertente revivalista tem, nos últimos anos, recebido forte apoio governamental. valioso

Desde a independência da Grã-Bretanha, em 1957, os governos têm mantido um delicado equilíbrio na distribuição de recursos entre os três principais grupos populacionais. Assim, as políticas econômicas e sociais se tornaram um instrumento não apenas para a alocação de recursos, como também para o controle político dos grupos étnicos e, segundo alguns analistas, para situar a população malaia rural em uma posição relativamente mais vantajosa em uma economia capitalista-industrial em expansão (Ackerman e Lee, 1990; Ong, 1994; Ong, 1987). Tais políticas tanto afetam como são afetadas pelas atitudes oficiais em relação à posição da mulher na economia e na família.

Condições econômicas e políticas

Depois dos conflitos comunitários de 1969, o governo malaio instituiu sua Nova Política Econômica (NPE) para erradicar a pobreza e corrigir os desequilíbrios socioeconômicos herdados do domínio colonial britânico. A NPE e vários planos nacionais de desenvolvimento, especialmente as políticas de industrialização e estímulo ao trabalho remunerado entre os malaios das zonas rurais, resultaram em melhoras significativas nas condições econômicas dos pobres do campo. Em 1990, por exemplo, somente 15% das famílias da Malásia Peninsular eram classificadas como abaixo da linha de pobreza, comparando-se com 40%, em 1976 (Governo da Malásia, 1985). Este impulso dado à industrialização e ao trabalho remunerado, incluindo o estabelecimento de zonas de livre comércio (ZLCs), também trouxe importantes mudanças para a divisão sexual de trabalho e para a posição relativa da mulher malaia na economia e na sociedade (Ng, 1989). Homens jovens foram arrancados do setor agrícola e jovens mulheres foram encorajadas a entrar nos

---

[2] A renda mensal média por domicílio (1990) era, para os chineses, RM 1.631 (US$ 652), seguida pelos indianos, RM 1.201 (US$ 480), e malaios, RM 928 (US$ 371).

[3] Os malaios são definidos na Constituição como aqueles que falam habitualmente a língua nacional, praticam o *adat* (costume) malaio e são muçulmanos. Em contraste, os chineses da Malásia praticam uma combinação de budismo, taoísmo e confucionismo, "uma religião sincrética, que adota como base o antigo culto e elementos budistas e taoístas como aspectos secundários" (Chan Wing-tsit, citado in Ju 1983:3). A língua oficial do país é o malaio, ou bahasa malásio, mas outros idiomas e dialetos são falados amplamente, incluindo inglês, mandarim, cantonês, hokkiene tâmil.

setores manufatureiro e de serviços que, àquela época, estavam em rápida expansão. Ong descreve o novo "exército de filhas trabalhadoras", gerado, provavelmente de modo não intencional, pela política governamental de expansão dos mercados de trabalho e de criação uma força de trabalho qualificada:

> Pela primeira vez na história malaia, um grande número de mulheres [jovens] tinha dinheiro e liberdade social para vivenciar um recém-despertado senso de si mesma. Muitas vieram a se definir como moral e materialmente independentes dos pais e dos parentes homens, graças às suas possibilidades de escolha e às suas experiências laborais no mercado formal de trabalho (Ong, 1994:30).

Como resultado do rápido desenvolvimento do setor manufatureiro e, em certa medida, do setor de serviços, o índice de participação das mulheres no mercado formal de trabalho aumentou de 37,2%, em 1970, para 47,1%, em 1995; em 1995, as mulheres constituíam 33,7% da força de trabalho total (Departamento de Estatísticas da Malásia, 1995). As mulheres são maioria entre trabalhadores de algumas indústrias localizadas nas ZLCs (especialmente têxteis e eletrônicas), que exploram mulheres jovens como fonte de mão-de-obra barata, obediente e esforçada. Estas tendências econômicas tiveram, claramente, resultados positivos e negativos para as mulheres malaias. Ainda persistem diferenciais de salário de acordo com o sexo, especialmente no setor privado, no qual as trabalhadoras da produção ganham 83% do que recebem os homens (Ng e Chee, 1996); nos latifúndios, as mulheres recebem menos para fazer o mesmo trabalho que os homens.[4] Além disso, a reestruturação econômica prometida na Visão da Malásia 2020, uma projeção de longo prazo que prevê o pleno desenvolvimento para a nação, não necessariamente irá superar as hierarquias de gênero atuais, na medida em que enfatiza a indústria de alta tecnologia, com oportunidade de empregos qualificados para homens, enquanto as mulheres continuarão, em grande parte, confinadas nos empregos não-qualificados (Jamilah, 1994).

Embora o governo estimule as mulheres a terem plena participação na educação e no processo de industrialização, não tem oferecido os apoios sociais que facilitariam este envolvimento. No lugar de creches e de leis progressistas sobre a família, várias agências governamentais oferecem cursos de "desenvolvimento da família", como culinária, costura e artesanato. Em 1984, o primeiro-ministro surpreendeu as feministas ao declarar publicamente que, para as mulheres casadas, o trabalho foro de casa era um paliativo temporário e aquelas cujos maridos podiam sustentá-las deveriam ficar em casa e ter pelo menos cinco filhos (Chee, 1988). A ambigüidade

---

[4] O pagamento médio diário para um carregador é RM 21 (US$ 8), enquanto uma mulher fazendo o mesmo serviço ganha RM 14 (US$6) — Departamento de Estatísticas da Malásia (1993). A Lei de Pagamento Igual para Trabalho Igual (1969) só atinge o setor público.

da posição econômica das mulheres reflete os contraditórios estímulos da política governamental: por um lado, estimula a modernização econômica; por outro, favorece as visões patriarcais tradicionais dos arranjos de gênero na família. Embora as mulheres sejam parte necessária da estratégia de desenvolvimento dos recursos humanos da Malásia, sua inclusão neste processo tem sido motivada mais pelo próprio interesse capitalista e pelo lucro do que por qualquer compromisso com o *empoderamento* das mulheres ou com a igualdade de gênero. Assim, permanece em posição secundária a Política Nacional da Mulher, adotada, em 1989, com o objetivo de incorporar plenamente as mulheres ao plano de desenvolvimento nacional, embora tenha havido alocação de fundos para isso. O contexto atual aprofunda estas contradições e, com isso, as malaias descobrem que sua vida cotidiana, longe de melhorar, tornou-se mais complicada na medida que lhes exige certos malabarismos para cumprir com os papéis conflitantes que lhes são asignados.

Cultura, lei e religião

O revivalismo islâmico, e, com ele, o ressurgimento dos valores e das práticas islâmicas mais patriarcais, surgiu na Malásia a partir do movimento *dakwa* (missionário), no final dos anos 70, estimulado pelos acontecimentos ocorridos no Irã e em outros países do Oriente Médio (Nagata, 1984; Ong, 1994). Como em muitos países onde emergem movimentos de cunho fundamentalista e neo-religioso, o revivalismo islâmico da Malásia pode ser considerado, em parte, como uma posição contrária ao feminismo, no que diz respeito às relações de gênero, aos significados da tradição e à necessidade de controlar a sexualidade, a reprodução e a mobilidade social das mulheres.[5]

Para os malaios, um dos fatores mais poderosos que conformam as posições relativas de homens e mulheres na sociedade é a interação entre o *adat* (práticas costumeiras) e o Islã. No sistema do *adat*, nem a mulher nem o homem, na sociedade tradicional da *kampung* (aldeia), tinham liberdade para casar quando e com quem escolhessem e às mulheres a maternidade era destinada como o seu principal objetivo de vida. Isso não significava, porém, que as mulheres estavissem confinadas à casa ou dependessem inteiramente dos maridos para a sua sobrevivência econômica. O revivalismo islâmico, ao contrário da *adat*, invoca uma hierarquia de gênero mais rígida. Enquanto as práticas do *adat* davam às mulheres um certo grau de autonomia,

---

[5] Num artigo muito esclarecedor, Lynn P. Freedman argumenta que o termo "fundamentalista", embora problemático e redutor como categoria, é, mesmo assim, útil ao apontar certas semelhanças em religiões e culturas diversas. De acordo com a análise de Freedman, estas características são, entre outras: uma visão de sua própria comunidade como estando em perigo; uma visão confrontacional e apocalíptica do mundo; uma tendência a reinventar a tradição; e, sobretudo, uma tendência a usar as mulheres no projeto de recomposição da tradição, especialmente através da implementação de leis que regulam o comportamento reprodutivo e sexual da mulher (Freedman, 1996; 56-58).

a interpretação revivalista do Islã define o homem pelo controle que ele exerce sobre sua mulher e suas filhas e pela capacidade de sustentar toda a família. O requisito islâmico da castidade feminina e sua ênfase no vestuário e no comportamento honrado da mulher simbolizam ainda mais o controle dos pais e maridos sobre a sexualidade feminina (Ong, 1994; Roziah, 1994; Wazir-Jahan, 1992).

A resposta do Estado ao ressurgimento do integrismo islâmico tem sido de acomodação e contenção: por um lado, endossando as construções morais do islã oficial sobre a mulher e a esposa muçulmana ideais (por exemplo, através de programas de educação sobre a vida familiar, patrocinados pelo governo); e, por outro, tentando conter o revivalismo islâmico extremo e encorajando o liberalismo no pensamento islamita (Norani, 1994). Essas linhas contraditórias do pensamento islâmico nos níveis mais altos da política de Estado criam um contexto confuso para a malaia mulçumana típica. Por exemplo, as jovens na escola secundária são estimuladas a entrar nas áreas de ciência e da tecnologia, atualmente dominadas pelos homens, e seus professores lhes dizem que têm a mesma capacidade intelectual que os homens. No entanto, programas televisivos islâmicos patrocinados pelo governo disseminam imagens da mãe abnegada e da esposa obediente. Assim, para que as jovens mulheres estão sendo educadas? A modernização e a tentativa de reafirmar tanto a autoridade masculina tradicional quanto a ascendência étnica malaia coexistem, com dificuldades, na regulação do *status* da mulher (Ong, 1994).

No contexto multiétnico da Malásia, a cultura e a religião hinduístas, as crenças religiosas populares chinesas e o cristianismo certamente cumprem um papel importante na formação da estrutura social e no modo de vida de seus seguidores. Nos últimos anos, cada um destes grupos experimentou um ressurgimento das práticas religiosas. O revivalismo islâmico, porém, procura ter um maior alcance, ultrapassando a comunidade malaia e influenciando não somente os programas e as políticas de governo, como também a vida cotidiana das pessoas como, por exemplo, através das orações e sermões dirigidos por religiosos islâmicos que são rotineiramente transmitidos pelo rádio e pela televisão e pronunciados em cerimônias públicas. Pressionado pelo avanço do islamismo, o governo tem adotado políticas que limitam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, assim voltou a enfatizar a família patriarcal como modelo desejável de família. Assim, a delegação do governo malaio apoiou os fundamentalistas, liderados pelo Vaticano, que se opunham aos dispositivos do Programa do Cairo e da Plataforma de Beijing que reconheciam os direitos reprodutivos da mulher e o seu direito de controlar sua sexualidade (Ng e Chee, 1996). Também a política de população pró-natalista do governo transmite um discurso "maternalista" para a identidade feminina, que limita os horizontes da mulher malaia.

Com relação à legislação formal, a Constituição Federal da Malásia declara que "todas as pessoas são iguais perante a lei e têm direito à igual proteção da lei"; no entanto, omite a palavra "sexo" no artigo em que afirma que "nenhuma lei poderá

discriminar os cidadãos com base na religião, raça, descendência ou local de nascimento" (Artigo 8). Homens e mulheres gozam de igualdade formal em relação a direitos civis (voto, direito de propriedade, contratos), mas, na área do direito de família, como divórcio, guarda dos filhos e herança, o legado do colonialismo e a influência islâmica ainda resultam em aberta discriminação com base no sexo e na diferente aplicação da lei para muçulmanos e não-muçulmanos. A Lei do Casamento e Divórcio da Malásia, que entrou em vigor em 1982, abole a prática da poligamia, expande os motivos para divórcio, tanto para o homem quanto para a mulher, e assegura à mulher e aos filhos uma melhor proteção no caso de divórcio. Esta lei só se aplica, porém, àqueles que não são muçulmanos. As mulheres islâmicas estão submetidas à lei *syriah*, através da jurisdição de cada estado.[6] Sob a *syriah*, um homem pode ter quatro esposas, desde que possa sustentá-las e obtenha permissão do tribunal religioso para isso (Mehrun, 1988). O marido pode pôr fim ao casamento pronunciando a *talaq*, uma declaração, em presença de testemunha, para dissolver o matrimônio. Novas leis têm sido propostas para regulamentar esse direito unilateral de divórcio, exigindo que o casal tente a reconciliação antes de oficializar a separação, mas, em todas elas, o marido mantem a prerrogativa de tomar a decisão final. Esta discriminação formal, no entanto, é contrabalançada por algumas práticas culturais específicas: as famílias malaias têm índices mais altos de divórcio e novos casamentos e, algumas vezes, dão mais apoio à mulher que deseja um divórcio do que as outras comunidades étnicas da Malásia.

O movimento de mulheres

O ressurgimento dos valores patriarcais na Malásia, do qual o revivalismo islâmico é talvez mais um sintoma do que uma causa, tem produzido respostas as mais variadas por parte dos grupos organizados de mulheres. Escritoras feministas malaias têm criticado recentes políticas governamentais para legitimar "formas arcaicas e patriarcais de subordinação e controle das mulheres" (Norani, 1994:123; Chandra in Norani, 1994). Além das críticas teóricas, as mulheres da Malásia vêm liderando diferentes processos de mobilização e protesto contra essas políticas. Esses esforços são tanto um produto da modernização pós-colonial e das recentes mudanças sócio-econômicas na vida das mulheres quanto uma reação às correntes fundamentalistas e patriarcais. Como sugerido anteriormente, a expansão do mercado de trabalho sob a NPE trouxe avanços significativos para as gerações mais jovens de mulheres da Malásia. Para as de classe média, o maior grau de instrução tem dado oportunidade de contato com novas idéias e movimentos, o que inclui o feminismo: "As mulheres que estudaram nos anos 70, no país ou no estrangeiro, e que foram influenciadas pelas tendências feministas internacionais, entraram nas organizações de mulheres existentes ou, o que foi mais frequente, fundaram novos grupos autônomos de mulheres" (Ng e Chee, 1996:6).

---

[6] *Syriah* é a forma usual, no Sudeste da Ásia, de escrever *sharia'a*, ou lei islâmica sagrada.

Malásia, que seguiram a liderança dos grupos da Índia e das Filipinas. Começando com a criação de um abrigo para mulheres vítimas da violência doméstica em 1982, a Organização de Ajuda às Mulheres (WAO[11]) trouxe para este movimento a perscpetiva e a liderança feministas. Através de fóruns públicos, campanhas de mídia e mobilizações de massa, a WAO e outras organizações dentro do JAG conseguiram criar um movimento de mulheres genuinamente multiétnico e conscientizar a opinião pública sobre o estupro e a violência doméstica contra mulheres e meninas. Seus esforços resultaram em reformas legais e jurídicas significativas, sob a forma de emendas às leis do estupro e da promulgação de uma nova lei da violência doméstica, que aumenta as sanções criminais contra os abusos maritais no código penal e retira a violência doméstica da alçada dos tribunais religiosos islâmicos (Dairiam, 1995; Ng e Chee, 1996; Rashidah, Raj-Hashim e Schmitt, 1995).

Como em muitos países, as ações feministas na Malásia para combater a violência contra a mulher refletem a perspectiva mais ampla que advoga o direito das mulheres à autonomia sobre corpo em todas as esferas da vida, o que inclui a fecundidade e a sexualidade. As mulheres malaias participaram da reunião internacional feminista realizada em Amsterdã (1984), na qual o termo *direitos reprodutivos* foi cunhado e oficialmente adotado pelo movimento (veja cap. 1). No contexto nacional, em meados dos anos 80, alguns dos grupos de mulheres que integravam o JAG iniciaram um amplo debate público sobre a Nova Política Populacional, chamando a atenção das mulheres de todas as classes sociais e de todos os grupos étnicos para a necessidade de se ampliar o acesso a serviços de planejamento familiar, a métodos contraceptivos seguros e eficazes e à orientação sexual. Esses esforços não tiveram resultados práticos e, até agora, não surgiu, na Malásia, nenhuma organização cujo trabalho focalize primariamente os direitos reprodutivos e a saúde da mulher (Rashidah, 1993). Essa ausência torna-se cada vez mais evidente à medida que os grupos de mulheres lutam contra as políticas populacionais pró-natalistas do governo e contra o discurso oficial que defende e estimula a maternidade como a principal função social da mulher.

Políticas de população e saúde

Nos anos 60 e 70, assim como outras sociedades em processo de rápida industrialização, a Malásia experimentou um declínio da sua taxa de fecundidade, que ajudou a reduzir a taxa de crescimento anual da população. Esse declínio pode ser atribuído ao crescente nível educacional da mulher, à sua participação na força de trabalho, ao casamento mais tardio, à urbanização e à melhoria do padrão de vida, mas foi também produzido por uma política deliberada do governo para a promoção do planejamento familiar, dos serviços de saúde e do bem-estar das famílias como

[11] Women's Aid Organization

parte integrante do desenvolvimento nacional (Leete, 1996). Entretanto, em 1984, o governo implantou a Nova Política Populacional com um objetivo claramente pró-natalista: estabilizar a população total em 70 milhões no ano 2100 e criar "uma base de consumidores mais ampla, com crescente poder de compra, para gerar e manter o crescimento industrial" (Governo da Malásia, 1985). Suas estratégias para compensar o declínio da fecundidade incluíam estimular mais mulheres a casarem e terem filhos, fortalecendo o matrimônio e a família, e oferecer incentivos para a gestação, através de uma licença-maternidade maior e de deduções no imposto de renda.

Na realidade, a recente política pró-natalista do governo teve pouco êxito, já que as taxas de fecundidade dos três grupos étnicos principais (incluindo os malaios) continuaram a declinar. Segundo os dados da Pesquisa de População e Família (1990), realizado pelo governo, a taxa de fecundidade total entre as malaias era de 4,1 (5,1 em 1970); entre as indianas, 2,6 (4,8); e entre as chinesas, 2,3 (4,6). As taxas mais altas e o declínio mais lento entre as mulheres da etnia malaia foram, provavelmente, tão influenciados pelo revivalismo islâmico do início dos anos 70 e pela maior tendência das malaias de utilizarem métodos contraceptivos tradicionais (no lugar dos métodos modernos) quanto pela nova política (Leete, 1996; Leete e Tan, 1993). Além disso, a diferença entre as etnias pode ter sido estimulada, no curto prazo, pelas tentativas dos profissionais de planejamento familiar do governo de não ofender sensibilidades religiosas locais nas áreas rurais com predomínio malaio. Embora haja variações entre os três grupos étnicos, mais alto entre as chinesas e mais baixo entre as malaias, o uso de contraceptivos tem aumentado, em todos os três grupos, com o declínio da fecundidade. Aparentemente, nas decisões sobre planejamento familiar, as políticas de desenvolvimento prevaleceram sobre as políticas populacionais (Rashidah, 1993; Tey, 1993).

A política pró-natalista pode ter ainda impactos psicológicos e ideológicos, na medida em que reforça a noção de que a atribuição principal da mulher é ficar em casa e ter filhos, exacerbando sentimentos de conflito, culpa e confusão entre a maioria das mulheres que segue um caminho diferente. Além disso, é provável que a política tenha afetado o acesso das mulheres ao aborto legal e seguro. O aborto é legal na Malásia, quando realizado por um médico registrado, que avalia se "a continuidade da gravidez envolveria riscos para a vida da grávida ou traria prejuízos à sua saúde física ou mental maiores do que a interrupção da gestação" (Johan, 1993:28). Apesar dos termos restritivos, antes da Nova Política Populacional, os hospitais públicos e os serviços de planejamento familiar, assim como médicos particulares, estavam fazendo abortos "de forma razoavelmente liberal desde meados dos anos 70" (Rashidah, 1993). No entanto, com a implantação da política pró-natalista, os postos de saúde públicos, que servem principalmente à população de baixa renda, tornaram-se bem mais restritivos na aplicação da lei do aborto (Rashidah, 1993).

Em relação a outros aspectos da saúde reprodutiva, o sistema de saúde da Malásia apresenta um desempenho bastante positivo. Através de seu programa de saúde materno-infantil, o governo adotou estratégias específicas para reduzir a morbimortalidade materna. Uma extensa rede de centros e postos de saúde materno-infantil, assim como equipes móveis, oferecem à população rural um amplo leque de programas de saúde: saúde da família, parteiras para assistir ao parto domiciliar, visitas domiciliares, serviços materno-infantis e planejamento familiar. Nas cidades, a assistência é feita através de hospitais públicos gerais e distritais e de policlínicas, porém, cada vez mais, os serviços de saúde urbanos estão sendo privatizados, com a construção de muitos hospitais particulares e centros médicos que atendem principalmente as pessoas que podem pagar pelos serviços. Nos latifúndios, que são propriedades privadas, a oferta de assistência à saúde não é de responsabilidade do governo, mas, caso possam se deslocar até os centros médicos, os trabalhadores têm grantido o acesso aos serviços públicos (Kanidah, 1993).

Associada ao desenvolvimento geral e ao padrão de vida mais alto — e, até o momento, a despeito da tendência privatizadora —, a expansão da infra-estrutura dos serviços de saúde, especialmente nas áreas rurais, tem resultado em melhoras significativas para a saúde reprodutiva das mulheres e das crianças. Assim, as taxas de mortalidade materna e infantil têm declinado rapidamente desde os anos 60. De acordo com as estatísticas oficiais, a taxa de mortalidade infantil caiu de 30 por mil nascidos vivos em 1960 para 11,6 em 1992 e a taxa de mortalidade materna despencou de 240 para cada cem mil nascidos vivos para 20, no mesmo período (Ministério da Saúde da Malásia, 1992).[12]

No que diz respeito ao HIV/aids, a incidência de infecção feminina é ainda relativamente baixa comparada à dos homens: em outubro de 1996, existiam 788 casos conhecidos de mulheres soropositivas e 37 com aids (comparado com 17.373 homens soropositivos e 585 casos de aids). Para conter a transmissão do vírus HIV, o Ministério da Saúde lançou uma campanha específica como parte do Programa de Estilo de Vida Saudável, utilizando a mídia, apresentações e palestras públicas e a distribuição de materiais informativos. Através do Conselho de Aids da Malásia, várias ONGs também estão envolvidas com atividades de prevenção, oferecendo aconselhamento e fazendo busca ativa de usuários de drogas e profissionais do sexo, assim como promovendo atividades educativas para o público em geral. Recentemente, o governo suspendeu a proibição de propaganda do preservativo masculino e passou a estimular a oferta de orientação sexual para adolescentes. Além disso, em uma ação conjunta com portadores do HIV/aids, ONGs, grupos

[12] Essas cifras governamentais diferem das estimativas das agências das Nações Unidas — mortalidade infantil: 13 por mil nascidos vivos em 1993 (PNUD, 1996); e mortalidade materna: 80 para cada cem mil nascidos vivos em 1990 (OMS/UNICEF). Ver Tabela 9.1.

religiosos e profissionais do sexo, o governo lançou a Carta de Aids da Malásia, que apresenta os direitos e responsabilidades individuais e coletivas em relação ao HIV/aids (Norazah Zulkifli *et al.*, 1996).

Esses fatos positivos podem sugerir um certo otimismo, mas é recomendável ter alguma cautela ao interpreta-los à luz da situação contraditória na qual as mulheres da Malásia se encontram atualmente. Por um lado, a ideologia patriarcal dominante ainda percebe as atividades reprodutivas das mulheres como sua principal ocupação, entendo suas ocupações no mercado de trabalho como algo secundário, tanto em relação à maternidade quanto ao trabalho dos homens. Por outro lado, as políticas de desenvolvimento e seus resultados materiais positivos estimularam uma boa parcela das mulheres a se tornarem membros permanentes da força de trabalho, a casarem mais tarde, a reduzirem o número de filhos e a terem expectativas maiores de contribuir plenamente para a sociedade, ultrapassando a esfera doméstica. A pesquisa do IRRRAG na Malásia confirma que, para as mulheres mais jovens — as que receberam mais e maiores benefícios do desenvolvimento econômico e da igualdade de gênero na educação —, o crescente desejo de tomar, elas próprias, as decisões sobre casamento e gestação, a despeito da adesão hegemônica da sociedade a códigos patriarcais e da conciliação do governo com o revivalismo religioso e fundamentalista, pode ser uma tendência irreversível.

Perfil da pesquisa na Malásia: métodos, locais e entrevistadas

A equipe do IRRRAG na Malásia[13] utilizou a história de vida como técnica principal de produçãode informações, o que lhes permitiu explorar os ciclos e as dinâmicas da vida das mulheres, da puberdade até os dias atuais. Com base em um desenho de pesquisa que mapeava os vários componentes da saúde reprodutiva e dos direitos reprodutivos e os fatores que os influenciavam, identificamos uma lista de temas-chave e formulamos diretrizes para perguntas amplas em entrevistas semi-estruturadas. Os temas incluíam educação, trabalho, sexualidade pré-conjugal, casamento, divórcio, poligamia, violência doméstica e regulação da fecundidade e da gravidez, incluindo métodos contraceptivos e aborto. As perguntas foram testadas

[13] A equipe foi composta por oito integrantes com formação e experiências de trabalho diversas, refletindo todos os grupos étnicos principais do país. Cinco são professoras universitárias nas áreas de Saúde Pública, Antropologia Médica, Educação, Comunicação e Ciência Política; as outras três trabalham em uma ONG regional, o Centro de Pesquisa e Documentação para Mulheres na Ásia e no Pacífico (ARROW) e têm grande experiência em pesquisa e avaliação de planejamento familiar, saúde materna e infantil, desenvolvimento, assim como em atividades de defesa dos direitos da mulher. A maioria da equipe esteve envolvida com ONGs da Malásia que trabalham com questões da mulher, especialmente com os temas da saúde e da violência doméstica.

previamente e remodeladas antes das entrevistas. Além disso, foram registradas informações sócio-demográficas sobre as áreas de pesquisa, assim como sobre infra-estrutura e serviços e foram coletadas informações sucintas sobre a situação socioeconômica das entrevistadas. Com isso, foi possível identificar informantes-chave na comunidade, assim como as variáveis econômicas e sociais que poderiam influenciar os valores e as escolhas das entrevistadas no campo da sexualidade e da reprodução.

Para este estudo, selecionamos cinco locais onde vivem populações de baixa renda, todos na Malásia Peninsular: duas aldeias rurais (Sekmai, chinesa; e Kampung Pulau, malaia); um latifúndio (fazenda Sungei Linggi, indiana); e duas comunidades urbanas (Conjunto Habitacional KL, chinesa; e Kampung Liri, malaia). A escolha dos locais teve como base uma pesquisa prévia e contatos anteriores de uma das pesquisadoras com o local. As entrevistadas foram escolhidas a partir de sugestões de informantes-chave das comunidades, exceto no caso da fazenda, em que foram escolhidas a partir de um levantamento domiciliar. No total, selecionamos 71 mulheres para realizar histórias de vida reprodutiva, incluindo solteiras, casadas e separadas, com idades variando de 14 a 58 anos. Cada pessoa foi entrevistada de duas a cinco vezes, dependendo da disponibilidade, em sua língua nativa (depois transcrita para o inglês), de modo a trazer à tona suas próprias compreensões a respeito de sua história sexual e reprodutiva. Todas foram entrevistadas na privacidade de sua casa, sem a presença dos maridos, exceto no caso de algumas indianas, que foram ouvidas nos serviços de saúde da fazenda, pois só aí teriam privacidade, já que suas famílias eram muito numerodas.[14]

Conjunto Habitacional KL[15] (chinês, urbano) – é um conjunto habitacional de baixa renda, cuja população é de pouco mais de um milhão de habitantes, situado na capital, Kuala Lumpur. Nessa comunidade, a renda média familiar é de aproximadamente RM 1.500 (US$ 600), quantia suficiente apenas a subsistência diária na cidade e para a educação dos filhos. Os maridos das entrevistadas são, em geral, trabalhadores semiqualificados, enquanto as dezesseis mulheres são donas-de-casa e trabalhadoras, na maioria, como garçonetes ou vendedoras. O outro local chinês, **Sekmai**, uma nova aldeia rural,[16] está localizado a 25 km de Ipoh, uma cidade na costa noroeste da Malásia Peninsular. A aldeia é composta de cerca de 180 domicílios, com cerca de 800 pessoas, quase todas de origem chinesa, entre as quais

---

[14] No caso das entrevistadas indianas, que trabalhavam numa fazenda de dendê, o gerente lhes deu alguns dias de licença remunerada para facilitar sua participação na pesquisa.

[15] Todos os cinco locais, assim como as entrevistadas, receberam nomes fictícios, para garantir a confidencialidade das informações.

[16] Durante a Emergência de 1948 a 1960, quando o Partido Comunista da Malásia lutou contra o governo colonial britânico, a população rural chinesa foi expulsa e reassentada em todo o país. Sekmai é o centro de um desses reassentamentos. Os aldeões chineses da área foram reagrupados em torno da cidade de Sekmai, formando a Nova Aldeia Sekmai.

entrevistamos 12 mulheres casadas e quatro solteiras. Exceto por umas poucas mulheres, existem muito poucos migrantes. Os moradores de Sekmai são trabalhadores de fábricas; operadores de maquinaria pesada; choferes de caminhão; trabalhadores agrícolas; plantadores de hortaliças e mandioca; seringueiros; pequenos proprietários; pequenos comerciantes; e vendedores, ambulantes ou de porta em porta. A faixa de renda é muito ampla, mas a maior parte dos domicílios tem uma renda mensal de RM 1.000 (US$ 400) a RM 2.000 (US$ 800), incluídos aí os rendimentos dos pais do marido.

Ao contrário do Conjunto Habitacional KL, onde os residentes têm acesso aos serviços públicos de saúde e também aos centros médicos e hospitais privados da capital, o único serviço de saúde disponível em Sekmai é o posto de saúde itinerante, cuja equipe visita a aldeia uma vez por mês. Muitas pessoas usam este serviço para tratar doenças comuns e para vacinar os filhos. Existem centros médicos privados a cerca de 3 a 6 km de distância, enquanto os hospitais públicos distam de 10 a 25 km. Para consultas pré-natais e planejamento familiar, os habitantes de Sekmai utilizam centros médicos privados e pequenos hospitais particulares ou, mais raramente, os hospitais públicos.

Kampung Liri (malaio, urbano) – é um complexo de seis blocos de apartamentos na periferia de Kuala Lumpur, onde entrevistamos oito mulheres casadas e três solteiras. Um total de 2.280 pessoas, a maioria da etnia malaia, reside nesses prédios de apartamentos de cinco andares, sem elevadores. A maior parte dos residentes de Kampung Liri trabalha na área industrial próxima, onde estão localizadas companhias multinacionais e indústrias de processamento de alimentos. Algumas donas-de-casa trabalham meio expediente nas indústrias ou como faxineiras em um hotel próximo. Os residentes de Kampung Liri têm, em geral, uma renda baixa ou entre baixa e média, embora alguns ganhem mais de RM 1.000 (US$ 400) por mês. Os residentes têm acesso a três centros públicos de saúde localizados perto da área, assim como a centros médicos privados na cidade próxima e ao hospital universitário, para problemas mais sérios.

A aldeia de pescadores de **Kampung Pulau** (malaia, da zona rural) está localizada a cerca de 7 km de Kota Bharu, capital do estado de Kelantan.[17] Sua população é de cerca de 500 pessoas, com uma média de 7 filhos por família e um total de 70 domicílios. Nessa aldeia, foram entrevistadas 16 mulheres: dez casadas, duas divorciadas e quatro solteiras. Até recentemente, a pesca era a principal fonte de emprego da população. No entanto, o número de pescadores tem declinado

[17] Kelantan é o único estado governado pela oposição na Malásia. Esse partido de oposição no poder — e o chefe de Kampung Pulau é membro desse partido — mantém relações difíceis com o governo federal. Em parte, devido a essa situação política, a taxa de crescimento econômico da área é uma das menores do país.

rapidamente, à medida que os homens jovens trocaram a aldeia por trabalhos mais lucrativos nas cidades, especialmente Kuala Lumpur e Cingapura. Algumas mulheres jovens estão empregadas nas fábricas de roupas e de cerâmica, em uma área industrial a cerca de 13 km (30 minutos de ônibus). Muitos residentes de Kampung Palau estão empregados na pequena indústria familiar, especialmente na estampagem e no desenho de batique. Essa é uma forma comum de gerar renda para as donas-de-casa, que recebem o material dos donos do batique, que, geralmente, residem perto da aldeia. Todas as entrevistadas deste estudo são clientes do posto de saúde materno-infantil, localizado a cerca de 2 km de suas casas. Entre as lideranças informais que exercem influência sobre a saúde e as decisões reprodutivas das mulheres, está a *bidan kampung* (parteira tradicional). Seus serviços são ainda muito requisitados, a despeito da presença da parteira pública no posto de saúde materno-infantil.

Fazenda Sungei Linggi (indianos, da zona rural) – é uma fazenda de extração de dendê, de propriedade de um grupo de empresas da Malásia, localizada no estado de Selangor, a 85 km de Kuala Lumpur. Lá, entrevistamos 12 mulheres: seis casadas, duas solteiras, duas separadas e duas viúvas. A fazenda tem uma população residente de 1.562 pessoas, a maioria originária do sul da Índia, que ainda mantém o sistema de castas, especialmente no que diz respeito ao casamento, às oportunidades de trabalho e à vida social. A atividade econômica principal, inclusive para as doze entrevistadas, é o plantio das palmeiras e o processamento do azeite de dendê. Há um hospital na própria fazenda, mas é subutilizado, funcionando apenas como ambulatório e oferecendo assistência básica com um médico residente, uma enfermeira e, mais raramente, um médico visitante.[18] Os serviços preventivos, como vacinação, atendimento pré-natal, planejamento familiar e educação em saúde, só estão disponíveis na unidade pública de saúde, a 1 km de distância. Qualquer trabalhador que necessite de hospitalização é transportado para o hospital público mais próximo, a 40 km.

Embora todos os locais de pesquisa sejam considerados de baixa renda, os níveis de renda variam consideravelmente no interior de cada comunidade e entre elas. Assim como no plano nacional, as duas comunidades chinesas de nosso estudo têm nível de renda mais alto que as malaias e indianas, mas é mais baixo do que o de outras comunidades chinesas da Malásia. De modo similar, os grupos urbanos têm um nível de renda mais alto que os rurais, mas são considerados de baixa renda quando comparados ao restante da população urbana.

Na maior parte das comunidades, a migração interna e os laços vigorosos que unem as áreas urbanas e rurais cumprem um importante papel na modelagem da

---

[18] Em geral, o médico visitante só vem uma vez por semana, por meia hora, durante as manhãs, quando os trabalhadores estão no campo. Como esse médico visitante e os outros clínicos gerais que praticam medicina na cidade mais próxima são todos homens, isso causa alguns problemas de comunicação para muitas mulheres que vivem nas fazendas, que se sentem embaraçadas em falar sobre suas necessidades de saúde reprodutiva com médicos homens.

vida cotidiana de homens e mulheres. Em Kampung Pulau, os homens jovens migram para as cidades para procurar emprego, enquanto suas esposas e seus filhos permanecem na aldeia. Em Sekmai, muitas jovens solteiras, assim como os homens, encontraram emprego em outro local; os maridos da maioria das mulheres trabalham fora da aldeia e visitam sua casa somente nos fins de semana, ou às vezes com muito menor freqüência. As mulheres de Kuala Lumpur, as de Kampung Liri e aquelas que residem no centro da cidade (Conjunto Habitacional KL), têm suas raízes em áreas rurais fora da capital. As mulheres da etnia malaia mantêm vínculos especialmente fortes com suas famílias e aldeias, visitando-as nos feriados, voltando para ter os bebês e enviando os filhos para serem cuidados na aldeia. Elas próprias são imigrantes recentes, que chegaram após terminar os estudos, em busca de emprego ou para acompanhar os maridos. Em parte por causa desses padrões de migração, quase todas as entrevistadas viviam em famílias nucleares; somente as chinesas das zonas rurais moravam com suas sogras.

Falam as mulheres da Malásia — Histórias de campo

Educação e emprego: "Se você trabalha, não tem medo..."

Das diferenças geracionais que encontramos entre as mulheres, de todas as etnias e locais, nenhuma é mais marcante que o nível educacional. Desde a década de 70, o conceito de educação universal promovido pelas políticas de modernização do governo permeou todos os planos da sociedade malaia. Embora as entrevistadas não pronunciem a palavra "direito", suas atitudes refletem a forte crença na educação como meio de *empoderamento* das mulheres — e dos homens. A maior parte das mulheres mais velhas (com mais de 45 a 50 anos), especialmente as das zonas rurais, não tinha instrução alguma ou freqüentaram apenas alguns anos de escola primária, tendo cedido a vez aos irmãos homens mais novos ou abandonado os estudos por causa da pobreza. Essas mulheres não pareceram ter dificuldades em aceitar a sua situação: somente uma referiu ter experimentado ressentimentos na época em que largou os estudos (Hoi Chiew, 59 anos, chinesa, da zona rural), enquanto outras aceitaram corresponder à expectativa da família de que ajudassem os pais no trabalho ou nas tarefas domésticas. Contudo, quando se trata de suas filhas, estas mesmas mulheres estão firmemente comprometidas com a idéia de que devem completar seu ciclo escolar.

Ao contrário das mulheres mais velhas, a geração mais jovem vivencia a educação como um componente que integra seu processo de crescimento pessoal. Nos locais de etnia chinesa e malaia, a maioria das mulheres mais jovens tinha, pelo menos, de 9 a 11 anos de escolaridade. Duas tinham atingido o nível pós-secundário.[19] Esse

[19] Este padrão era um pouco distinto entre as entrevistadas indianas das áreas rurais, entre as quais a maioria tinha de 5 a 9 anos de escolaridade, e uma mulher (na faixa dos 40) não tinha nenhuma instrução. No entanto, duas das mulheres indianas tinham instrução pós-secundária e trabalhavam como professoras.

padrão coincide com os dados do censo demográfico nacional de 1991, que indicaram que, entre mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos, somente 6,3% nunca freqüentaram a escola, comparado com 35,5% na coorte de idade de 45 a 49 anos. Contudo, observamos uma tendência mais preocupante entre algumas das mulheres mais jovens, que tendem a abandonar os estudos, após o número mínimo de anos requerido legalmente, para trabalhar ou casar, ou por causa de notas baixas, ou por pressão das pessoas do seu círculo de amizades, mesmo quando os pais gostariam que continuassem a estudar. Isso pode ser uma resposta à dupla mensagem que as mulheres recebem da mídia e da religião: *procurem ser instruídas, mas, acima de tudo, casem e tenham filhos*. No entanto, a tentativa de conciliar esta contradição através da evasão escolar pode causar arrependimentos futuros. Como observou Siti, uma mulher da zona rural e de etnia malaia, de 25 anos: "Se eu tivesse continuado os estudos, não estaria em uma situação dessa... com dois filhos e sem trabalho". O arrependimento, em si mesmo, é um sinal de mudança entre as gerações, no que diz respeito aos sentimentos das mulheres em relação à sua consciência de si mesmas como pessoas que têm direito a mais dignidade e valor social.

No geral, a maioria das entrevistadas (48, de um total de 71, ou 68%) tem trabalho remunerado, de meio expediente ou tempo integral, no setor formal ou informal da economia. Entre elas, as ocupações mais freqüentes são o trabalho nas fábricas e na agricultura; outras trabalham como costureiras, estampadoras de batique, vendedoras de rua, gerentes de lojas, professoras, trabalhadoras administrativas ou de escritórios e *baby-sitters*. Em Sekmai, duas mulheres na faixa dos 50 anos estão aposentadas, mas empregam seu tempo cuidando da casa e dos netos. Quatro são donas-de-casa em tempo integral, enquanto as demais consideram-se também donas-de-casa em tempo integral, mas, de fato, trabalham fora de casa ou realizam em casa atividades que geram renda. Lai Yin, por exemplo, costura em casa roupas para uma fábrica, integrando essa atividade a seu trabalho doméstico e aos cuidados com um filho bebê e outro em idade escolar. Pek Siew cultiva mandioca, cria peixes e planta hortaliças — tudo para vender. Do mesmo modo, em Kampung Pulau, a maior parte das mulheres casadas está envolvida com trabalho em tempo parcial para conseguir renda adicional para a família. Fazem pinturas para batique, em casa, ou fazem bolos, que vendem em banquinhas próximas da residência.

Um padrão similar ocorre nos dois locais urbanos. Em Kampung Liri, entre todas as entrevistadas, só não estavam empregadas uma estudante e duas mulheres mais velhas (aquelas com menos instrução). Todas as demais estavam envolvidas com o trabalho remunerado: em casa (como a venda de tecidos e outras mercadorias) ou fora dela. O Conjunto Habitacional KL reuniu o maior número de entrevistadas que declarou ser donas-de-casa em tempo integral, embora também elas fizessem trabalho remunerado. Para as mulheres indianas das zonas rurais, mais do que para as dos outros grupos, o trabalho remunerado era parte intrínseca da vida, tanto quanto o era para seus maridos. A maior parte das indianas é trabalhadora diarista,

empregada como colhedora de frutas ou trabalhadora rural e, das sete trabalhadoras rurais, três também trabalham de tarde como operárias qualificadas em fábricas próximas. Duas delas, com instrução bem superior às demais, estão empregadas como professoras. Todas as indianas trabalhavam tempo integral fora de casa.

Todas as mulheres casadas trabalhavam antes do casamento, e aquelas que pararam de trabalhar ou mudaram para meio expediente depois de casadas, só o fizeram quando tiveram filhos. A falta de creches adequadas é uma das principais razões para o abandono do emprego. Embora mães e sogras continuem dando um apoio importante, com a migração e a perda da proximidade da família estendida, as mulheres urbanas e rurais têm maior dificuldade de lidar com a situação. Em Sekmai, onde a prática patrilocal é o costume, as mulheres recebem apoio das sogras ou mães para criar os filhos. Na fazenda de dendê, as indianas podem continuar trabalhando, porque a gerência, que tem interesse em não diminuir a produtividade, oferece creche no próprio local de trabalho, embora com serviços de baixa qualidade. Entretanto, nas outras comunidades, o trabalho realizado em casa, como no caso de Lai Yin, torna-se uma solução para a falta de creche.

Assim, o trabalho é um aspecto muito importante na vida das entrevistadas, motivado por um leque de variáveis que interagem entre si: baixa renda do marido, aspirações de atingir um nível de vida mais alto, acesso a empregos e a oportunidades informais de geração de renda, disponibilidade ou não de creches e o próprio desejo das mulheres de alcançarem um certo grau de independência financeira. Acima de tudo, o objetivo de ter uma vida melhor e de assegurar o bem-estar da família parece ter superado as noções tradicionais de esposa dependente e marido provedor. Sarala, uma viúva indiana de 31 anos, que trabalha na colheita do dendê, bem pode representar todas as outras mulheres, quando afirmava:

> Se o que ele ganha é suficiente, então a gente pode ficar em casa e cuidar das coisas da casa. Mas, se a renda dele é pouca, é melhor que eu também ganhe. Só assim a gente pode criar a família. A gente pode comprar terra e viver feliz.

Para as mulheres de baixa renda, a idéia de trabalho não está, em geral, inserida no marco do desenvolvimento de uma carreira individual. Ao contrário, é construída a partir de uma percepção complexa de identidade pessoal, que se constitui de responsabilidade familiar, senso de realidade e autovaloração. Este entendimento complexo é expresso por mulheres de todos os grupos etários. Por exemplo, Aini, de 18 anos, e Wan Ros, de 19, de Kampung Pulau, referem-se, ainda que sem muita convicção, à tradicional visão do homem como provedor, mas pressupõem que elas também vão trabalhar para garantir sua estabilidade financeira antes do casamento e para manter suas famílias após o matrimônio. Acima de tudo, todas estas mulheres jovens associam o trabalho à capacidade de serem independentes economicamente dos pais e maridos, o que lhes dá segurança

contra relacionamentos potencialmente abusivos ou infelizes. Como dizia Sai Leng (chinesa, da zona rural), de 16 anos:

> É melhor trabalhar depois do casamento. Se ficar em casa, seu marido pode lhe intimidar. Se você trabalha, não tem medo, está se sustentando. Mesmo se estiver vivendo com a família do marido, você pode se mudar quando quiser. A não ser que o salário seja muito baixo... Aí, nesse caso, eu não trabalharia.

Uma fórmula para resolver a tensão entre a realidade econômica e a ideologia patriarcal dominante sobre o trabalho da mulher é definir a renda da mulher casada como "suplementar" ou "extra", ou como um benefício para o marido. Assim, Zai (35 anos, malaia, urbana), refletindo a linguagem de muitas de nossas entrevistadas, fala de seu direito ao trabalho remunerado, mas afirma que está apenas suplementando a renda do marido, para que a família viva com mais conforto na cidade. O discurso do salário suplementar ou auxiliar serve como um mecanismo de acomodação para superar, por um lado, a distância entre o desejo das mulheres por autonomia e recursos monetários e, por outro, o risco de estigma social e de conflito conjugal.

As mulheres que trabalham em casa ou em segredo, sem o opróbrio dos maridos, dos parentes e da comunidade, se utilizam de outros meios de acomodar essa tensão. Em função das dificuldades econômicas, a maior parte dos maridos não tenta impedir que suas mulheres tenham trabalho remunerado, especialmente porque elas continuam a combinar o trabalho remunerado com o trabalho doméstico e os cuidados com as crianças. Contudo, em alguns casos, as mulheres têm que enfrentar maridos mais tradicionais e dominadores. Che Ton (malaia, da zona rural) sentiu-se compelida a pedir demissão não somente por causa dos filhos, mas também porque seu marido assim tinha lhe exigido. Mas, às escondidas do marido, ela não deixa de realizar pequenas atividades que geram renda. Com isso, ela claramente aceita e se acomoda às exigências, enquanto, de forma discreta, continuar a ganhar dinheiro para si própria. Da mesma forma, Lia (31 anos, urbana, malaia), embora tenha 11 anos de escolaridade, teve de parar de trabalhar porque seu marido, profundamente ciumento, a proibiu de sair de casa sem sua permissão. Agora, com a ajuda das amigas, ela vende tecidos em casa.

Para manter a paz na casa ou se relacionar de modo mais tranqüilo com as normas culturais, essas mulheres adaptam suas condições de trabalho às exigências do marido ou dos pais sem, no entanto, desistir da possibilidade de autodeterminação econômica. Um caso muito diferente — um tipo de resistência ao contrário — é o de Pek Siew (45 anos, chinesa, da zona rural), que costumava trabalhar fora de casa, tendo parado quando descobriu que seu marido se relacionava com outras mulheres.

> Se você trabalha, ele vai lhe dar menos dinheiro, por isso eu decidi não trabalhar mais. Você só se mata de trabalhar. Agora eu não trabalho... Mesmo quando eu tenho dinheiro, digo a ele que não tenho o suficiente. Se eu puder arrancar mais dinheiro dele, eu vou arrancar.

A resistência de Pek Siew lhe deu alguma vantagem financeira em casa mas, infelizmente, ela não foi suficiente para evitar as relações extraconjugais do marido.

As solteiras também enfrentam um exame minucioso por parte de pais e vizinhos quanto à "respeitabilidade" de suas escolhas profissionaia. Aini abandonou um emprego em uma lanchonete de *fast-food* na cidade por causa de pressões da família e da comunidade. Terminou trabalhando em uma fábrica de roupas, na qual trabalhavam várias outras mulheres da aldeia, incluindo sua irmã mais velha, e onde o emprego feminino é mais aceitável para a comunidade. A história de Aini, assim como as de Che Ton e Lia, sugere a determinação, entre as mulheres da Malásia, de todas as etnias e faixas etárias, de manter a independência econômica e a identidade de trabalhadora em separado de maridos e outros parentes, mesmo que, para isso, as mulheres se utilizem de subterfúgios e acomodações. Para algumas mulheres, recuperar a identidade pessoal e social pode até mesmo superar as recompensas financeiras; assim, trabalhar fora de casa, mesmo que seja por um salário baixo, torna-se preferível à rotina cotidiana de uma dona-de-casa que se dedica integralmente às tarefas domésticas. Yit Meng (42 anos, vendedora de verduras) transmite essa atitude de maneira vívida:

> É chato demais ficar em casa e não fazer nada. Quem vai conversar com você? Se você trabalha fora, o tempo passa rápido. Ao contrário, o que é que eu vou fazer em casa? Depois do trabalho, a gente vai jantar e aí já é tarde e logo depois lá vem o outro dia. O tempo passa rápido.

A aspiração à identidade social fora da domesticidade e à independência econômica adquirida pela educação e pelo trabalho, compartilhada por um número crescente de mulheres da Malásia, pode ser uma base importante também para a formação da consciência de direitos com relação às decisões reprodutivas e sexuais.

Casamento e divórcio: "Melhor ser cega de um olho"

Em todos os locais e para todas as etnias estudadas, o casamento representava a norma desejada, uma fase natural na vida da pessoa e uma proteção contra a solidão. Além disso, o casamento está vinculado ao desejo de ter filhos, valorizados não somente como segurança para a velhice e perpetuação da linhagem familiar, mas também como uma fonte de contentamento. Entre as entrevistadas de etnia indiana, o casamento também confere valor moral às jovens mulheres. Se uma menina não casa, a comunidade pressupõe que ela cometeu algum erro ou pecado em uma vida anterior — como, por exemplo, ter maltratado os pais ou as crianças, ou criado problemas em geral – pelo qual estaria sendo punida nesta vida. Por outro lado, para algumas mulheres, especialmente as mais velhas, a pressão social para o casamento parece ter sido menos importante do que as restrições à mobilidade que sofriam quando solteiras, por serem obrigadas a ficar confinadas em casa, ajudando nas tarefas domésticas (Jones, 1994). O casamento, portanto, surgia como uma esperança de maior liberdade. Karuthama

(46 anos, indiana, da zona rural), que aos 14 anos vivia com a irmã mais velha e seus oito filhos, aceitou um casamento, arranjado por seus avós, com um viúvo de 30 anos. Sua explicação: "Se eu casasse com ele, pelo menos eu podia ver o mundo lá fora. Eu achava que se eu casasse com ele, ia podia sair e ele ia comprar coisas para mim".

As mulheres jovens da Malásia rejeitam abertamente a prática tradicional dos casamentos arranjados, afirmando seu direito de casar com quem e quando quiserem. Em alguns casos, ainda excepcionais, as entrevistadas vão além e resistem à própria idéia de casamento. Oki (malaia, da zona rural) é uma solteira de 30 anos que se mantém como costureira e tem treze anos de escolaridade — mais do que qualquer outra entrevistada de Kampung Pulau. Embora rotulada de "solteirona" e de "difícil demais" pelos aldeões, ela continua a resistir, afirmando que ainda não chegou o momento e sua família apóia sua decisão. Yati, uma mulher da zona urbana e da etnia malaia, de quase trinta anos, é ainda mais autoconfiante, com uma atitude sobre o casamento, que ela própria reconhece como um desvio do "ponto de vista islâmico":

> Eu sinto que as mulheres podem sobreviver sem um homem... Nunca me preocupo em não me casar, porque eu acho que posso sobreviver por minha própria conta... Antes do casamento, a gente imagina o melhor: felicidade, filhos. Mas o que acontece é sempre o contrário. É isso que eu não quero... Eu estou cercada por mais casamentos infelizes que felizes e isso afeta muitíssimo meu ponto de vista.

Yati e Oki expressam uma clara consciência quanto ao direito de viver suas próprias vidas. A condição material dessas duas mulheres, com boa instrução e empregos estáveis, fundamenta decisivamente essa posição. No entanto, como outras entrevistadas malaias também tinham emprego e instrução, mas cederam às pressões para o casamento, devemos concluir que, no contexto nacional, Yati e Oki provavelmente apresentam um grau incomum de exercício de autodeterminação.

Tabela 4.1 Distribuição das entrevistadas por idade no casamento e local de residência

Idade no casamento	Chinesa urbana	Chinesa rural	Malaia urbana	Malaia rural	Indiana rural	Total
	22,2*	22,1*	20,7*	18,9*	19,5*	
14 anos				1	1	2
15-19	2	1	3	5	3	14
20-24	7	9	4	3	5	28
25-29	2	2	1	2	1	8

* Idade média no casamento, censo de 1991.

Nota: no caso de três entrevistadas, não se sabia a idade no casamento.

Ao mesmo tempo, muitas outras mulheres, especialmente aquelas entre 13 e 19 anos e as de 20 a 30 anos, vêm ultrapassando as normas tradicionais de modo a expandir suas aspirações e desejos em certas áreas da vivência reprodutiva e sexual.

Isso é particularmente verdadeiro em relação à questão da idade para o casamento e à escolha do parceiro. A Tabela 4.1 mostra que nossas entrevistadas seguem o padrão nacional, revelado em pesquisas demográficas nacionais e nos dados do censo de 1991, de diferenciação de idade no casamento de acordo com a etnia (Tey *et al.*, 1995; Khalipah, 1992). As chinesas das áreas urbanas e rurais tendem a se casar mais tarde que as malaias e indianas e somente entre as malaias e indianas das zonas rurais encontramos casamentos de adolescentes — a mais jovem com 14 anos.

Contudo, no longo prazo, talvez as diferenças de geração, educação e emprego sejam tão importantes quanto as étnicas para determinar a idade no casamento. A maioria das entrevistadas que casaram muito jovens (entre 14 e 18 anos) têm agora entre 45 e 59 anos, são também mulheres com pouca ou nenhuma instrução. As poucas jovens de menos de 25 anos que casaram com 18 ou menos são aquelas que abandonaram a escola prematuramente ou foram forçadas a casar para legitimar um comportamento sexual transgressor. Por outro lado, a maior parte das casadas que estão agora na faixa etária de 20 a 39 (as coortes de idade das que se tornaram adultas após a implementação da NPE) casou-se com mais de vinte anos e têm, pelo menos, dez anos de escolaridade, uma história de emprego permanente ou ambos. Assim, nossas entrevistadas parecem confirmar a já conhecida tendência de a mulher mais jovem, de qualquer grupo étnico (rural ou urbano), adiar o casamento em busca de oportunidades educacionais e profissionais[20] (Departamento de Estatísticas da Malásia, 1991). Por seu lado, a decisão das mulheres de casarem mais tarde do que a geração de suas mães é reforçada pela aceitação, social e familiar, da necessidade das jovens completarem sua instrução e adquirirem capacitação profissional antes do casamento.

Mudanças geracionais similares emergem em torno da questão da escolha do marido entre as mulheres de etnia malaia e indiana das zonas rurais e, na comunidade chinesa, o problema está colocado para todos os grupos de idade e áreas de residência. A maior parte das malaias e indianas mais velhas teve casamentos arranjados pela família, sem que pudesse opinar e, no caso de algumas malaias de áreas rurais,[21] foram forçadas ao casamento apesar de seus protestos. Latifah, uma mulher de 46 anos de Kampung Pulau, recordava: "Eu não queria, mas meu pai ficou zangado. Isso foi nos velhos tempos. Os mais velhos ficavam zangados. Mesmo quando os filhos não queriam, eles obrigavam". De forma análoga, os pais de Eton (hoje com 46 anos) lhe disseram que ela tinha que casar com um homem divorciado, dezenove anos mais velho, que já tinha filhos. A ela nunca ocorreu fazer objeções a isso.

---

[20] Somente entre as mulheres chinesas de nosso estudo, tanto nas zonas urbanas quanto nas rurais, parece não existir correlação entre nível educacional e idade no casamento; isto é, a maioria das entrevistadas chinesas casadas, de todas as faixas etárias, casou-se na faixa dos 20 a 29 anos, mas muito poucas tinham mais de nove anos de escolaridade.

[21] As três entrevistadas de Kampung Liri que informaram ter tido casamentos arranjados (como as indianas) haviam concordado com o arranjo e, por isso, não se sentiram coagidas.

Como Karuthama, ela não podia imaginar um melhor futuro para si própria. No entanto, hoje em dia, mesmo na etnia malaia e nas zonas rurais, os casamentos arranjados são, cada vez mais, uma coisa do passado (Jones, 1994; Rudie, 1994). Em todos os locais de pesquisa e em todas as etnias, as entrevistadas mais jovens, especialmente as solteiras, indicaram que querem e esperam escolher seu companheiro. Kui Meng (18 anos, chinesa, da zona rural), assim argumenta:

> Se minha família decide e escolhe alguém que me maltrate depois do casamento, eu vou colocar a culpa nela. Se eu decido por minha conta, qualquer que seja o resultado, eu vou assumir a responsabilidade... Se eu não consigo achar alguém para casar, eu não vou me casar. Casamento arranjado é estranho... ninguém mais faz isso hoje em dia.

Do mesmo modo, Wan Ros (19 anos, malaia, da zona rural) afirma: "Quem tem o direito de decidir? Nós temos porque, afinal de contas, somos nós que queremos casar". O desejo e a capcidade de escolher o parceiro refletem as mudanças econômicas e sociais da Malásia, assim como "a exposição das "meninas" a um leque de novas idéias, advindas do processo de escolarização, da maior mobilidade geográfica, ... da mídia (especialmente da televisão) e do cinema" (Jones, 1994: 144).

A forte defesa da escolha e da decisão pessoal sobre quando e com quem se casar não necessariamente significa que as jovens malaias estão desafiando seus pais. Muitas entrevistadas expressaram simultaneamente dois desejos: tomar suas próprias decisões e obter o apoio e a aprovação dos pais. Em parte, isso reflete o tradicional respeito pelos pais, mas também indica preocupações práticas. Embora Wan Ros insista no seu direito de decidir caso seus pais se oponham à sua escolha de marido, ela também afirma que estará pronta a conciliar para não magoá-los. Para isso, ela pode até mesmo vir a concordar com a escolha dos pais, desde que conheça o homem e ele preencha seus critérios para um bom marido. As mulheres jovens também levam em conta, como um componente essencial de sua escolha, o apoio emocional e financeiro dos pais, na eventualidade do casamento não dar certo. Esse apoio faltou a Janaki, que fugiu com um homem que seus pais não aprovavam e não pôde contar com eles quando o casamento se rompeu:

> Eles dizem que sou "uma moça que fugiu" e, por isso, por que eu deveria visitá-los?... Eu estou muito triste. Se eu tivesse escutado meus pais, teria casado com um homem bom. Mas como eu fugi, estou sofrendo muito. Se meus pais tivessem me casado, e eu tivesse tido muitos problemas, eles iriam me ajudar. Mas, como eu escolhi esta vida, a quem eu posso recorrer? Estas coisas me decepcionam (Janaki, 28 anos, indiana, da zona rural).

Embora, ocasionalmente, ainda ocorram casamentos arranjados pelos pais, os filhos costumam ser consultados e seu consentimento é considerado para a decisão final. De maneira geral os casamentos arranjados vêm se reduzindo aos casos de

grupo étnico, a maioria das mulheres deste estudo, assim como as da Malásia em geral, tem contribuído ativamente para o bem-estar e o sustento de suas famílias: fazendo tarefas domésticas, cuidando de crianças e de irmãos mais novos, trabalhando na produção em casa ou fora dela, antes e depois do casamento e contribuindo de maneira significativa para a renda da família. Contudo, como foi sugerido anteriormente, tanto as mulheres solteiras quanto as casadas concordam com o ideal normativo de que o marido é o provedor da família e principal responsável pela tomada de decisões, sendo secundária a contribuição das mulheres para a renda familiar. O lado positivo dessa ideologia tradicional de gênero é a forte consciência que produz entre as mulheres quanto ao direito de serem sustentadas pelos maridos. O lado negativo é a premanente permanente de as mulheres casadas desvalorizarem seu próprio trabalho e suas decisões na família. Lai Yin (39 anos, chinesa, da zona rural) revela esse complexo conjunto de expectativas:

> A maior parte das decisões domésticas é tomada por mim: as coisas pequenas, relacionadas, por exemplo, com as crianças e com a escola. As grandes decisões, relacionadas, por exemplo, com o trabalho, são tomadas por meu marido. Mas, se eu quero ou não trabalhar, é minha decisão. Mesmo que eu não trabalhe, ele tem de me sustentar, é sua responsabilidade.

Na prática, porém, o poder de a mulher decidir sobre questões externas e internas ao lar parece estar vinculado a seus recursos econômicos, assim como a seu *status* social e a sua idade. Yit Meng, de 42 anos, lembra o maior poder de decisão na família que as mulheres chinesas mais velhas tendem a ter nas zonas rurais: "Normalmente sou eu que tomo a decisão nesta casa. Ele vai dizer: Você decide". Karuthama (46 anos, indiana) foi capaz de ampliar seu poder na família ao desafiar o marido: com suas economias e investimentos em algumas propriedades e em animais, ela não mais depende dele financeiramente. Após anos suportando a atitude exigente e distante do marido, ela agora assume a responsabilidade de cuidar das crianças e de tomar as decisões, até mesmo sobre o casamento dos filhos, o que normalmente é uma questão decidida pelos pais. Nesse caso, o acesso a recursos econômicos a tornou claramente mais independente.

Não obstante, o controle de recursos econômicos pode ser uma faca de dois gumes quando significa assumir todas as responsabilidades domésticas. O marido de Latifah lhe entrega quase toda a sua renda, ficando somente com um pouco para pequenas despesas. O controle das finanças domésticas permitiu que Latifah decidisse muitas questões familiares — incluindo aquelas relacionadas à sua saúde reprodutiva —, porém também aumentou sua sobrecarga de trabalho e responsabilidade: não somente para controlar o orçamento, mas também para conseguir mais dinheiro quando ele acaba:

> Eu faço tudo, tudo depende de mim. Inteligente ou não, tudo cai em cima de mim... a escola das crianças. Elas não pedem dinheiro a ele, pois sou

filhas que abandonaram os estudos e não trabalham (Rudie, 1994). Eli (25 anos, malaia, da zona rural) tinha onze anos de escolarização, mas abandonou a escola por causa de notas baixas no exame nacional. Desempregada e vivendo com os pais, ela dificilmente tinha oportunidades de encontrar rapazes e, por isso, tornou-se uma provável candidata a um casamento arranjado pelos pais. No entanto, essa regressão excepcional aos papéis tradicionais no caso de filhas dependentes apenas reafirma a tendência geral: as jovens da Malásia, de todas as classes sociais e etnias, que atingem um certo nível educacional e de auto-suficiência econômica são percebidas (e também assim se percebem) como tendo adquirido a clara prerrogativa de escolher com quem e quando casar.

No que diz respeito à sexualidade pré-conjugal, contudo, a religião e a cultura ainda cumprem um papel forte na definição das normas e da moral da sociedade malaia, superando aqui até mesmo o papel da educação. Nos três grupos étnicos as jovens que têm namorado podem sofrer pressões para casar, mas, na etnia malaia, especialmente nas zonas rurais, esse padrão prevalece mais fortemente. Noraini (23 anos, malaia, da zona rural) foi obrigada a casar com 16 anos, quando ainda estava na escola, porque violou a norma cultural dominante em Kampung Pulau, saindo secretamente com um homem à noite, em uma única ocasião. Quando a família descobriu, Noraini e seu amigo foram forçados a se casar imediatamente.[22] As leis da proximidade (*khalwat*) são cumpridas de forma mais estrita nas áreas rurais da Malásia do que em outras partes do país, especialmente no estado de Kelantan. Sob essas leis, um homem solteiro e uma mulher surpreendidos juntos, mesmo caminhando na praia, estão sujeitos à punição por multas. Com freqüência, os pais e a comunidade pressionam o casal para que se case.

Lamentando o desespero da situação, ela exclama: "O que eu podia fazer? Eu chorei porque ainda estava na escola. O que eu ia fazer se passasse no exame? Ia ser uma pena". Siti, também de Kampung Pulau, passou por situação semelhante: seus pais enraivecidos obrigaram-na a se casar quando ela foi surpreendida com o namorado em uma escapadela de fim de semana para Kuala Lumpur. Esses incidentes ilustram a persistência dos códigos sexuais tradicionais nas comunidades malaias das áreas rurais, mas mostram também a disposição de algumas mulheres solteiras de correr o risco de sofrer as conseqüências da transgressão.

Para a mulher, o poder no casamento parece envolver um equilíbrio delicado entre deferência verbal às normas tradicionais de gênero e as atitudes práticas para controlar e acumular recursos. Qualquer que seja a idade, o nível educacional ou o

---

[22] As leis da proximidade (*khalwat*) são cumpridas de forma mais estrita nas áreas rurais da Malásia do que em outras partes do país, especialmente no estado de Kelantan. Sob essas leis, um homem solteiro e uma mulher surpreendidos juntos, mesmo caminhando na praia, estão sujeitos à punição por multas. Com freqüência, os pais e a comunidade pressionam o casal para que se case.

> eu quem compra de tudo... Para pagar as taxas de exame ou outras coisas, fui eu quem empenhou as jóias, uma a uma (Latifah, 45 anos, malaia, da zona rural).

Mulheres casadas, com filhos, que não têm esse controle dos recursos ficam completamente dependentes dos maridos. Como Sai Leng já percebe aos 16 anos, sem sua própria segurança financeira, essas mulheres tornam-se mais vulneráveis à intimidação dos maridos ou são forçadas a aceitar suas constantes exigências. O desenvolvimento de estratégias e habilidades diplomáticas para apaziguar o marido e garantir a estabilidade do casamento torna-se, muitas vezes, uma questão de sobrevivência. Assim, Nora, uma dona-de-casa de etnia malaia da área urbana, com quatro filhos, explica que, quando seu marido está zangado, ela fica quieta; quando ele é gentil, ela o trata bem. Ela se acomoda a seus humores e não discute porque não quer expor as crianças a brigas:

> Se a gente briga na frente das crianças, a gente vai ter problemas. A gente tem que tocar o coração de nossos maridos. E também é preciso preciso manter a boa forma. É como o povo dizia: nós [mulheres] não precisamos servir somente comida, temos que servir de tudo.

Em função da dependência econômica do marido e das necessidades dos filhos, o divórcio só é utlizado pelas mulheres como último recurso. Devido à baixa capacitação profissional e à discriminação de gênero no mercado de trabalho, a maior parte das mulheres dificilmente ganha os mesmos salários que seus maridos. Assim, a despeito do grande sofrimento, muitas permanecem casadas. Na comunidade rural chinesa, considera-se que um "mau" marido é aquele que não sustenta a família; a infidelidade e mesmo os abusos físicos podem ser tolerados, desde que o marido mantenha o sustento da família. Pek Siew (45 anos) ilustra essa dura solução de compromisso:

> Meu marido é um mulherengo, mas eu não ligo para o que ele faz. Desde que ele me dê o dinheiro para manter a casa, não importa o que faça, eu não vou ligar. É justamente porque consigo fechar um olho que a gente pode continuar assim. Se não, está tudo acabado... o que é que eu posso fazer? Quanto mais a gente briga com ele, pior fica a situação, não é assim? É melhor ser cega de um olho, fingir que não sei de nada, aí se acaba.

Lai Yin (39 anos), trabalha em casa e tem quatro filhos, como Pek Siew. Ela chora e reclama constantemente porque o marido joga: "Se continuar assim [ameaça] eu vou fugir com as crianças" ou "Vou me matar". No entanto, as ameaças não têm efeito, pois ele sabe que, por causa dos filhos, ela nunca irá abandoná-lo:

> Como é que eu posso criar sozinha quatro filhos? Se a mulher tem uma boa situação econômica e pode manter a si própria e aos filhos, o divórcio pode ser a saída, se o marido não é bom para ela. Mas se ela depende do marido, vai ter que pensar no futuro dos filhos e tolerar o marido por causa deles.

Contudo, algumas mulheres, embora a minoria, procuram o divórcio ou a separação para encerrar uma situação intolerável. Nove de nossas entrevistadas passaram – ou estavam em pleno processo — por um divórcio ou uma separação.[23] Embora nosso universo de pesquisa seja pequeno, a maior incidência de divórcio entre as entrevistadas de etnia malaia corresponde às estatísticas nacionais. Os dados de 1990 indicam que o índice de divórcio entre a etnia malaia, na Malásia Peninsular, era mais de oito vezes superior ao das chinesas e indianas (Tan e Ng, 1995). Esses dados nacionais incluem os divórcios pedidos pelos maridos, em alguns casos até mesmo contra a vontade da esposa, e seguramente refletem a maior importância dada aos procedimentos legais por parte dos muçulmanos. No entanto, entre as entrevistadas, quase todas as separadas e divorciadas tinham elas mesmas tomado a iniciativa da separação, a despeito das dificuldades enfrentadas pelas mulheres malaias para iniciar o procedimento de divórcio sob a lei *syriah*.[24] Ao contrário das mulheres chinesas, as malaias acham que têm o direito de não somente serem sustentadas pelo marido, como também de receberem um tratamento justo e gentil, mesmo quando o casamento é polígamo. Se os homens negligenciam suas responsabilidades ou cometem abusos contra as esposas, elas vêem o divórcio como um direito. De fato, é ao falar de divórcio, e apenas sobre este tema, que as mulheres da etnia malaia usam o termo *dircito* (*hák*) – palavra ausente dos discursos sobre, por exemplo, contracepção e gravidez. Elas têm consciência do direito ao divórcio, particularmente em casos de violência e negligência do marido e compreendem perfeitamente que podem tomar a iniciativa e solicitar o divórcio no escritório do *kádi* (o funcionário que controla o tribunal religioso e as questões relacionadas com a Lei Islâmica do Estatuto Pessoal[25]). Se o divórcio é inevitável, as mulheres também afirmam que têm direito ao *nafkah*, ou pensão alimentícia. Essa consciência parece refletir um ambiente de maior apoio ao divórcio entre as famílias e comunidades da etnia malaia do que entre os demais grupos.

Faridah (malaia, da zona urbana) tolerou, durante muito tempo, a infidelidade e os abusos físicos de seu primeiro marido porque estava desempregada e não tinha nenhuma renda. No final, mesmo com oito filhos e sem trabalho, não pôde mais

---

[23] Inclui cinco mulheres de etnia malaia de áreas rurais e uma da zona urbana, uma chinesa (urbana) que havia entrado com o pedido de divórcio, e duas indianas (rurais) que haviam se separado dos maridos.

[24] Para conseguir um divórcio sob a lei *syriah*, uma esposa muçulmana, desde que tenha o dinheiro necessário, pode compensar o marido com uma quantia monetária mutuamente acertada. Uma alternativa, através do *takliq*, é provar que o marido violou o contrato de casamento: não conseguiu manter a mulher e os filhos durante o casamento, esteve separado por um ano ou foi cruel (incluindo violência). As duas estratégias são bastante difíceis, a menos que a mulher possua seus próprios recursos financeiros (Mehrun, 1988).

[25] *Islamic personal law*, no original em inglês.

suportar os abusos físicos e pediu o divórcio. Quatro mulheres de etnia malaia residentes em áreas rurais (três delas em torno de 45 anos e uma com 33), todas forçadas, pelos pais, a se casarem utilizaram depois o divórcio como um meio de ganhar alguma independência. Em um certo momento de suas vidas, elas se separaram do marido e, ao se recusarem a voltar, criaram um fato consumado que levou ao divórcio. Como divorciadas, tiveram muito mais liberdade para escolher um novo companheiro do que quando eram jovens solteiras. Nesses casos, as mulheres parecem ter usado o divórcio, normalmente algo temido, de forma vantajosa para elas, em uma atitude facilitada pelo apoio que receberam da família.

Para outras mulheres, o passaporte para escapar de um casamento infeliz foi obter sua própria renda. Uma e Devi (ambas indianas, com 35 anos e empregadas) abandonaram os maridos porque também não toleravam mais o ciúme, a irritação violenta e as tentativas de restringir sua liberdade. O marido de Uma proibiu-a de se comunicar com qualquer pessoa de fora, especialmente homens e quando ela se aventurava fora de casa, era espancada. Ela, como Devi e a maioria das entrevistadas malaias divorciadas ou separadas, tinha recursos financeiros próprios e suficientes para seu sustento. O número de filhos é outro fator importante que afeta a sua decisão de buscar a separação ou divórcio. Exceto no caso de Faridah, que tinha oito filhos quando finalmente se divorciou, as demais tinham um ou dois filhos. Quando abandonaram os respectivos maridos, elas ainda eram jovens e, além do forte apoio familiar recebido, poderiam terinham perspectiva de outro casamento.

Em qualquer circunstância econômica, para obter o divórcio — civil ou religioso —, a mulher precisa estar disposta a vencer um intimidante conjunto de obstáculos burocráticos e legais. Che Ton, que dirige trabalha em sua própria casa, achou o processo de divórcio tão longo e complicado que, a despeito de ter recursos econômicos suficientes para se manter, terminou por desistir. Como tinha sido espancada pelo marido, tentou usar seus direitos de *takliq* para solicitar o divórcio. Quando foi ao escritório do *kadi*, disseram que voltasse outra vez com sua carta de *takliq*. Como estava sofrendo dores por causa do espancamento, foi também procurar atendimento médico e foi aconselhada pelo médico a apresentar queixa à polícia, para facilitar o processo de divórcio. Nesse momento, ela achou que o processo era demasiado incômodo para prosseguir.

Em resumo, a capacidade de agir — abandonar o casamento, solicitar o divórcio e realmente consegui-lo — muitas vezes depende de questões práticas, tais como a idade e o número de filhos da mulher, a disposição e a possibilidade de o marido pagar pensão alimentícia, de ela ter acesso a seus próprios recursos financeiros e/ou à rede de apoio familiar e, finalmente, à sua própria persistência e resistência. Uma coisa é ter consciência de direitos, outra é implementá-los.

A regulação da gravidez e da fecundidade: "Sou eu quem... decide"

Na Malásia, em todos os grupos étnicos e em todas as gerações, o casamento é inseparável da gravidez, e ter filhos é a prova necessária de que se é mulher. Os filhos são considerados uma fonte valiosa de alegria e companheirismo, importantes para perpetuar a linhagem familiar e para dar apoio e segurança na velhice. Ter muitos filhos é uma proteção para o futuro, pois nunca se sabe se todos sobreviverão até a idade adulta. Nesse contexto, a infertilidade da esposa é considerada um motivo razoável para o marido ter uma segunda esposa ou amante ou para obter o divórcio. Especulando sobre o que faria se fosse estéril, Kui Meng, solteira de 18 anos de Sekmai, reflete:

> Bem, eu podia ser generosa e deixar que ele tivesse outra esposa que lhe desse filhos. Como eu não posso ter filhos, não posso querer ele só pra mim. Desse jeito, as crianças iam me chamar de "mãe grande" e, pelo menos, eu vou ter enteados.

A suposição de Kui Meng de que ter enteados é preferível a ser a única esposa sem filhos indica o grau de importância da maternidade na estruturação da vida e da identidade da mulher na Malásia. Se uma mulher não pode ter filhos, a adoção é vista como uma solução comum, especialmente entre as chinesas. "Eu adotava, comprava!" exclamou May (chinesa, urbana), de 16 anos, ao imaginar a possibilidade de não ser fértil.

As entrevistadas deste estudo não utilizaram uma linguagem que denotasse a idéia de direitos ao falar da procriação. Ao contrário, ter filhos é encarado como algo natural e consideram digna de pena a mulher sem filhos. Até mesmo as mulheres solteiras são estimuladas a ter filhos e, quando não se casam, a família e os vizinhos muitas vezes sugerem a adoção. Por outro lado, fica claro que as mulheres solteiras não têm o direito de ter seus próprios filhos. As entrevistadas, muitas vezes, refletiam os valores normativos da sociedade, tratando a gravidez fora do casamento como pecaminosa, falando em tom baixo. Com o aprofundamento da discussão, porém, suas preocupações voltavam-se para os problemas sociais enfrentados pela mãe solteira, em lugar de lhe atribuir qualquer comportamento errado. Com as fortes sanções culturais, não é surpresa que a mulher procure provar sua fertilidade para o marido, a família e os parentes, engravidando logo após o casamento. De vez em quando, no entanto, as entrevistadas reclamavam dessa pressão. Lily (28 anos, chinesa, da zona urbana), que tem dois filhos, admite: "Fiquei grávida um ano depois do casamento. Se não fosse pelas reclamações dos parentes, eu teria adiado minha gestação. Para a mulher, os filhos são uma grande responsabilidade".

O tema da sobrecarga e responsabilidade da maternidade foi recorrente, trazendo à lembrança a tensão que muitas mulheres da Malásia vivenciam entre os

valores culturais hegemônicos relacionados à fecundidade e sua própria realidade e aspirações. Assim como na resolução de conflitos conjugais, as estratégias utilizadas pelas mulheres para lidar com essa tensão envolvem uma forte consciência a respeito do direito de regular sua própria fecundidade. Porém, isso aparece mais através do comportamento do que de palavras ou confrontações, e mais entre as mulheres das gerações mais novas (de 13 a 39 anos) do que entre as mais velhas. Preguntadas sobre o número ideal de filhos na família e sobre quem deve decidir a esse respeito, a resposta típica da malaia mais velha é: "Depende de Deus" ou "Meu marido vai decidir". No entanto, o fato de que quase todas essas mulheres, durante seus anos reprodutivos, tiveram muito menos filhos do que teria sido "natural" indica que elas também utilizaram algum meio deliberado e eficaz para limitar sua fecundidade.

Na verdade, ao contrário das tendências nacionais, nas quais as mulheres chinesas têm os menores níveis de fecundidade dos três grupos étnicos (Ganga, 1993), nossas malaias das zonas urbanas e indianas das áreas rurais tiveram, em média, menos partos do que as entrevistadas chinesas (das zonas urbanas ou rurais). Isso provavelmente reflete, ao menos em parte, os níveis de emprego mais altos entre as mulheres de Kampung Liri e da fazenda de dendê, em relação àquelas do Conjunto Habitacional KL, sugerindo que as condições materiais locais podem influenciar os diferenciais étnicos de fecundidade. No entanto, de modo similar às tendências nacionais, as mulheres mais jovens do estudo têm menos filhos do que as mais velhas. Embora dez das entrevistadas das áreas rurais tenham tido cinco ou mais filhos, a maioria delas tinha se casado jovem e está agora na faixa etária de 45 a 59 anos. Uma exceção entre as coortes de maior idade é Hoi Chiew, com 59 anos na época da pesquisa e que teve somente dois filhos. Contudo, isso é uma exceção que, de alguma forma, confirma a regra, se levarmos em consideração sua história de trabalho. Embora não tenha instrução, Hoi trabalhou desde cedo, principalmente em uma mina de estanho, e se considera uma desbravadora de novos caminhos na comunidade, uma mulher com idéias "modernas". Na época de sua aposentadoria, tinha um emprego regular como lixeira do município e agora cuida de seus netos. No entanto, a maior parte das entrevistadas que têm somente um ou dois filhos é ainda jovem (entre 20 e 29 anos) ou se casou mais tarde. Por exemplo, Sutinah (31 anos), que se casou com 29, tem agora dois filhos; Che Aza (35 anos), que se casou com 29, tem um filho. É também interessante notar que, enquanto somente uma chinesa, Mei Mei (38 anos), que já tinha sido casada, tem dois filhos, seis mulheres malaias na faixa dos 30 anos têm o mesmo número de filhos. Além das duas que casaram mais tarde (área rural), as outras quatro vivem na cidade e têm emprego em tempo integral, como trabalhadoras de fábricas ou do setor de serviços. Isso sugere que, cada vez mais, a ocupação e a urbanização podem cumprir um papel maior que a etnia na determinação dos padrões de fecundidade das mulheres da Malásia.

> Não quero outro filho. Todas as crianças já estão grandes. Se eu tenho outra, vai ser difícil para mim. Não vou ser tão livre; não vou poder ir pra nenhum lugar... Mesmo que a gente tenha dinheiro, ainda acho que quatro filhos é bastante. Meu marido é quem quer mais um, se tiver dinheiro. Ele não tem de cuidar deles; não sabe como é difícil.

Como no exemplo de Kum Mooi, a determinação da mulher de limitar o número de filhos tem origem não somente nos cálculos econômicos e na aspiração a uma vida melhor, mas também no desejo pessoal por maior mobilidade e liberdade.

Contracepção e aborto

No que diz respeito ao uso de contraceptivos, as entrevistadas refletem padrões similares aos que aparecem nos dados estatísticos das pesquisas nacionais recentes (Tey, 1993; Rashidah, 1993; Tey *et al.*, 1995): o maior uso de contraceptivos se encontra entre as chinesas (das zonas urbanas e rurais); também é alto entre as malaias das zonas urbanas e as indianas das zonas rurais; e é mais baixo entre as malaias das áreas rurais, que mostram uma preferência pelos métodos tradicionais à base de ervas. Nossos dados qualitativos também revelam diferenças étnicas nas estratégias que as mulheres utilizam para controlar a fecundidade, assim como as dificuldades que encontram para isso. Muitas das entrevistadas casadas relataram dificuldades em encontrar um método contraceptivo adequado, que pudessem usar com confiança na sua segurança e eficácia, sem sofrerem efeitos colaterais inaceitáveis. Em escala nacional, a pílula é o método mais utilizado pelas mulheres da Malásia, porém nosso estudo mostra um padrão um pouco mais complexo. Quase a metade das entrevistadas casadas (24 de um total de 50) estava tomando a pílula ou a tinha utilizado em algum momento. Entretanto, embora a pílula fosse o método mais amplamente utilizado entre as chinesas e as malaias das zonas urbanas, muitas desistiram dela depois que sofreram efeitos colaterais, preferindo, por isso, o preservativo masculino e a tabela.

As indianas apresentaram uma tendência de uso da pílula ainda menor; somente três a tinham utilizado em algum momento e duas delas tinham interrompido quatro meses depois, por causa dos efeitos colaterais. Como as mulheres indianas de todo o país, nossas entrevistadas pareciam preferir a laqueadura tubária por ausência de efeitos colaterais ou necessidade de acompanhamento. Das seis indianas casadas que atualmente utilizam contraceptivos, quatro tinham atingido o tamanho ideal de família que desejavam e optaram pela laqueadura tubária ("amarrando o estômago"), depois que souberam do método através de colegas do trabalho. Isso contrasta fortemente com as mulheres malaias que, por causa das proibições islâmicas, evitam a esterilização, exceto nos casos em que há necessidade médica. A prevalência da esterilização na comunidade indiana pode ser, em parte, o resultado de uma sutil coerção. Antes de 1988, as grandes fazendas pressionavam pela esterilização para

garantir produtividade e lucros altos. Um alto índice de esterilização significava um menor número de trabalhadoras tirando licença-maternidade e, portanto, menores despesas custos para a fazenda com creche e auxílio-maternidade.[26] Por outro lado, algumas mulheres que escolhem a laqueadura podem ser desestimuladas pela exigência de consentimento do marido que, como no caso de Janaki, muitas vezes discorda da escolha da mulher.

Como Sin Fah e Kum Mooi, muitas das chinesas da zona rural confiam na combinação de métodos contraceptivos com o aborto, de modo a espaçar os nascimentos e alcançar o número ideal de filhos. Ao contrário, a maioria das malaias das áreas rurais, que usa contracepção, prefere as ervas tradicionais (Tey *et al.*, 1995). Embora contraceptivos modernos estejam disponíveis no posto de saúde que atende Kampung Pulau, as entrevistadas não os consideram aceitáveis dos pontos de vista cultural e social. Primeiro, as mulheres não têm certeza se o islã aceita o uso de métodos modernos de contracepção.[27] Segundo, como o planejamento familiar é visto como assunto altamente pessoal, os habitantes das aldeias não falam abertamente da questão e, por isso, as mulheres sentem-se obrigadas a esconder seus esforços de regulação da fecundidade. Terceiro, muitas das entrevistadas associam os contraceptivos modernos aos efeitos colaterais e aos relatos assustadores de amigas e vizinhas, que conceberam e deram à luz bebês com de deficiências, quando usavam os tais métodos modernos.

Latifah, de 45 anos, é a única das entrevistadas malaias da zona rural que tentou controlar o intervalo entre os nascimentos utilizando métodos contraceptivos modernos. Ela discutiu com o marido, que concordou que usasse a pílula depois da terceira gestação. No entanto, para obter a pílula escondida dos habitantes da aldeia, foi até um posto de saúde de outra aldeia. Posteriormente, teve efeitos colaterais e foi aconselhada por sua sogra, uma *bidan kampung*, a mudar para ervas tradicionais.

---

[26] Através de comunicação pessoal, o ex-diretor de serviços da organização de planejamento familiar do governo indicou que, no final dos anos 60 e na década de 70, ele e sua equipe visitaram muitas fazendas para implantar programas de vasectomia (essa era a mesma época em que a vasectomia estava sendo imposta de forma ampla e coerciva na Índia, pelo governo de Indira Gandhi). Negando que esse programa fosse especificamente dirigido à população indiana, o ex-diretor (ele próprio um indiano) expressou o ponto de vista de que a esterilização era, para esta população, mais simples e mais fácil de entender.

[27] Essa incerteza é fruto de informação equivocada, pois os ensinamentos islâmicos têm aceito tradicionalmente o uso de todas as formas de contracepção, com exceção da esterilização (Obermeyer, 1994; Omran, 1992; Ong, 1994). A decisão do Comitê Fatwa do Conselho Nacional de Assuntos Islâmicos de 1982 descreve as circunstâncias em que o planejamento familiar é permitido; embora a esterilização de homens e mulheres seja proibida, contracepção não-permanente para limitar o número de filhos é permitida sob certas condições, incluindo as necessidades de saúde da mãe, doenças hereditárias do pai ou da mãe, gestações demasiado freqüentes e para espaçar os nascimentos por razões de saúde, educação e felicidade da família (Askiah, 1993). Entre os motivos não aceitáveis pelo islã para o planejamento familiar estão: medo da gravidez ou do parto, preocupação com a aparência física da mulher, escolha do sexo do bebê, desejo de uma vida material mais confortável ou de se livrar da sobrecarga da criação dos filhos.

Porém, as ervas não funcionaram, e ela teve mais seis gestações. Desse modo, Latifah terminou tendo nove filhos. Depois da morte da sogra, voltou ao serviço de saúde na cidade e pediu para colocarem um DIU.

Os contraceptivos modernos não funcionaram bem para Latifah, mas parecem ter resultados mais positivos para outras mulheres, como Siti (25 anos) e Che Ton (45 anos), que não vêem nenhuma necessidade de mudar de método. Na verdade, o caso de Latifah é um exemplo típico do modo intrincado como as mulheres malaias das áreas rurais transitam entre as expectativas culturais locais (muitas vezes transmitidas por parentas mais velhas) e a sua própria compreensão de que têm o direito de controlar sua fecundidade. Ao contrário de mulheres indianas das zonas rurais, como Karuthama, que vive separada de sua família de origem e cujas decisões sobre contraceptivos foram orientadas pela enfermeira do posto de saúde da fazenda, as malaias das zonas rurais são diretamente influenciadas por parentas e maridos, em lugar de profissionais da saúde.

Embora tenhamos encontrado muitos exemplos de maridos que cooperavam, especialmente entre as mulheres mais jovens, os maridos são, em geral, a limitação mais importante para o uso eficaz de contraceptivos por parte das mulheres. De maneira geral, eles não participam do planejamento familiar e, muitas vezes, tentam proibir que as esposas usem contraceptivos. O marido de Uma, por exemplo, ficou tão furioso pelo fato de ela ter colocado um DIU sem o seu consentimento (para evitar uma nova gravidez, após o terceiro filho) que abandonou a casa, para não mais voltar. Longe de exercer controle sobre o corpo da esposa e sua capacidade de tomar decisões quanto à sua vida reprodutiva, o marido de Uma a deixou justamente por não ter sido capaz de controlá-la (cf. Ong, 1994). Muitas das mulheres conseguem questionar ou evitar a oposição do marido, assim como ignoram a política pró-natalista do governo. A julgar pelo declínio da fecundidade entre os três grupos étnicos no plano nacional, essa tenacidade das entrevistadas ilustra o que ocorre com a maioria das mulheres da Malásia.

A despeito desse claro compromisso de limitar a fecundidade, algumas mulheres revelaram sérios erros de compreensão quanto ao uso de certos métodos contraceptivos, o que indica a má qualidade da informação, aconselhamento inadequado ou, ainda, barreiras culturais contra determinados métodos, que limitam a possibilidade de informações sobre os mesmos. Algumas tomam a pílula só de vez em quando, em uma tentativa de evitar os efeitos colaterais desagradáveis e também porque acreditam que não precisam tomá-la se o marido estiver ausente. Algumas não confiam no DIU, porque ouviram dizer que mulheres ficaram grávidas usando o dispositivo ou se sentem desconfortáveis com a idéia de "colocar alguma coisa lá dentro". Para as mulheres mais velhas, o preservativo masculino está carregada de conotações negativas. Karuthama, por exemplo, que, como vimos, terminou utilizando a pílula sem consultar o marido, temia o preservativo:

> Quando ele trouxe para casa, eu juntei as mãos numa prece e implorei que ele não me mostrasse de novo... Eu tinha medo que aquilo ferisse a gente em algum lugar... Eu podia ficar ferida. Nunca perguntei a ninguém se aquilo podia me machucar ou não, mas estava na minha cabeça que podia me machucar.

Algumas das chinesas mais velhas acreditam que o uso do preservativo faz mal à saúde do homem: "Estraga os olhos do homem", alerta Yit Meng (42 anos, chinesa, da zona rural). Ou, segundo Yow Lan (54 anos, chinesa, da zona rural): "O povo diz que é ruim para o homem. O sêmen não pode sair e fica todo bloqueado. Os homens vão trabalhar e se você estraga a saúde deles, fica difícil pra eles ganharem a vida". No entanto, muitas das chinesas mais jovens ou mais assertivas acham o preservativo seguro e perfeitamente aceitável. Lai Yin, uma das mulheres mais autodeterminadas do estudo, pensa que o preservativo é um meio muito adequado para obter a "cooperação" do marido "nessa questão do planejamento familiar"; eles o utilizam com sucesso há mais ou menos 12 anos:

> [a camisinha] é muito segura; quando eu quis ter meu segundo filho, parei de usá-la e engravidei imediatamente. Nunca engravidei usando esse método. Meu marido nunca foi contra. Se meu marido está, uso a camisinha; se ele não está, eu não preciso usar. Se eu tomasse a pílula, tinha que usar durante o mês todo, mesmo se a gente só tiver uma relação sexual. É inconveniente demais e também não é bom para a saúde.

Seja por falha do método ou por má utilização (ou falta) do contraceptivo, muitas das entrevistadas tiveram gestações não-desejadas e apelaram para o aborto legal ou semilegal como alternativa. Como foi discutido anteriormente, o acesso das mulheres da Malásia ao aborto tem sofrido o impacto combinado do revivalismo patriarcal e religioso e da política populacional pró-natalista. O resultado é que muitas mulheres, especialmente as de baixa renda e de etnia malaia, recorrem a métodos tradicionais ou mantêm a gravidez mesmo quando sua situação de saúde aponta para a necessidade de um aborto seguro e de baixo custo. Ao mesmo tempo, o crescentemente influente setor privado (pequenos hospitais e centros médicos privados) e as *bidan kampung* continuam a fazer abortos induzidos e abortivos tradicionais de ervas estão facilmente disponíveis através de redes de contatos informais e de lojas de remédios chineses.

Os pontos de vista sobre o aborto expressos pelas malaias refletem a atmosfera dominante de ambigüidade moral e legal. A maioria o denomina de "pecado", justificável somente por motivos urgentes de saúde, e desaprova a idéia de uma solteira apelar para o aborto. Somente uma de todas as malaias entrevistadas admitiu ter tentado fazer um aborto. Noraini, que, de muitas maneiras, resiste às normas de sua comunidade, engravidou quando vivia com o namorado em Kuala Lumpur e tentou conseguir um aborto. Porém, quando conseguiu o dinheiro necessário, sua gravidez já estava avançada, o preço do aborto tinha aumentado e ela não podia mais pagá-lo. Ela também tentou

outros métodos tradicionais, mas não teve sucesso. Noraini é, claramente, uma vítima da retração da oferta de serviços públicos de aborto e a situação por ela vivenciada é uma expressão do duro impacto deste contexto na vida das mulheres de baixa renda. Devemos dizer, porém, que é apenas em sua sinceridade que Noraini é excepcional entre as malaias entrevistadas. Embora nenhuma delas tenha relatado ter feito um aborto, todas as malaias pareciam conhecer os métodos tradicionais e alegavam terem aprendido sobre eles com a *bidan kampung* ou outras mulheres da comunidade. O conhecimento a respeito dos tradicionais abortivos de ervas e a sua disponibilidade na comunidade malaia chama a atenção para a inverdade da idéia de que o aborto seria um fato raro entre as malaias e confirmam a impressão de que os casos relatados são muito inferiores às tentativas e aos abortos de fato realizados.[28]

Entre as chinesas, suas atitudes também refletem o impacto de uma atmosfera cultural e política mais restritiva, pois muitas delas acreditam erroneamente que o aborto é ilegal e, por isso, expressam algumas reservas morais. Contudo, ao contrário das malaias, a maioria das chinesas fala aberta e pragmaticamente sobre seus abortos, como um ato necessário quando há falha dos contraceptivos. As chinesas das áreas rurais praticam o aborto amplamente, embora acreditem que é perigoso para a saúde da mulher. De um total de 12 mulheres casadas entrevistadas em Sekmai, quatro fizeram aborto uma vez, e uma fêz dois abortos; a maioria deles ocorreu em centros médicos e pequenos hospitais privados. Duas das mulheres tinham ingerido ervas chinesas tradicionais; ambas terminaram no hospital porque tiveram fortes hemorragias. Entre as chinesas das zonas urbanas, quatro fizeram abortos, duas delas, duas vezes.

Essas práticas estão em flagrante contradição com a desaprovação moral do aborto expressa pelas mesmas mulheres. Na verdade, duas das mulheres de áreas rurais que fizeram aborto durante o período da pesquisa haviam anteriormente expressado o ponto de vista de que o aborto era moralmente condenável. Kum Mooi (35 anos, chinesa, da zona rural) contou inicialmente à entrevistadora que considerava o aborto "muito destrutivo" e que, se engravidasse, não o faria novamente. Posteriormente, quando ficou grávida por ter esquecido de tomar a pílula, fez o aborto em um pequeno hospital privado, com a aprovação do marido. Já tendo quatro filhos, achando que estava "ficando velha" e querendo usufruir a liberdade que é possível com filhos maiores, abandonou seus escrúpulos anteriores.

No que se refere ao aborto, nossos dados mostram uma distância considerável entre valores declarados e o comportamento das entrevistadas malaias e chinesas.

---

[28] Isso pode também ser verdade para as entrevistadas indianas, que admitiam conhecer os métodos de aborto, embora não os tivessem usado. Rashidah observa que, de acordo com o Levantamento Populacional e da Família da Malásia (1984-1985), 14% das chinesas casadas, 6% das indianas casadas e somente 0,8% das malaias casadas informaram que tinham feito um aborto. Porém, ela acrescenta, o próprio levantamento "alerta contra a aceitação desses dados pelo seu significado aparente... pois é muito provável que o número de casos seja superior ao relatado" por causa da limitada legalidade do aborto na Malásia (1993:71).

Essa distância confirma a afirmação anterior sobre o controle da fecundidade: na Malásia, o ressurgimento da ideologia patriarcal e pró-natalista pode estar influenciando muito mais o que as mulheres dizem do que o que elas, de fato, fazem. A clara, embora implícita, consciência de se como sujeito de direitos que se revela no comportamento das mulheres emerge de modo mais definido entre as chinesas e menos entre as malaias: todas as chinesas das áreas rurais que fizeram aborto afirmaram que a decisão foi delas, e somente Kum Mooi buscou a aprovação prévia do marido.

Com relação a contraceptivos, entre todos os grupos de entrevistadas, sempre que há desacordo entre o casal, são as esposas que desejam usar o contraceptivo, enquanto os maridos, de maneira geral, não compartilham os mesmos sentimentos de urgência das mulheres. Importa dizer, porém, que quaisquer que sejam as estratégias utilizadas pelas mulheres para se acomodar, subvertê-las ou resistir às normas hegemônicas na comunidade e/ou aos desejos dos maridos e dos parentes, há uma proporção surpreendentemente alta de mulheres, em todos os grupos étnicos, que parece estar assumindo o firme controle sobre sua própria vida reprodutiva.

Conclusão

Nosso estudo sugere que as mulheres da Malásia estão atualmente em um estado de transição, no qual a educação, o trabalho e o acesso autônomo a recursos sociais e econômicos começam a ter um papel mais relevante do que a etnia e a tradição nos processos de tomada de decisões na vida sexual e reprodutiva. Embora as entrevistadas não tenham se referido a seus "direitos" econômicos ou reprodutivos, um número significativo delas, das comunidades malaias e chinesas (urbanas e rurais), afirmaram o direito de decidir por si mesmas com quem e quando casar, a quantidade e o intervalo de tempo entre os filhos, a utilização de contraceptivos e se trabalhavam ou não e onde iriam trabalhar. No caso das indianas, é menos provável que sustentem suas opiniões e decisões contra a vontade do marido ou dos pais, porém também elas manifestaram a consciência de que têm o direito (se não em palavras, através de ações) de tomar suas próprias decisões sobre aspectos importantes do casamento, do trabalho e da gestação. No entanto, essa consciência emerge mais fortemente em algumas arenas e, para algumas mulheres, continua sendo de difícil concretização por falta de apoio social, econômico e infra-estrutural.

A maioria das mulheres aceita as normas sociais que prescrevem o casamento e a maternidade como seus objetivos maiores, mas a maior parte daquelas que têm menos de 40 anos também espera, assim como os homens, ter instrução e renda própria antes e depois do casamento, de modo a prover uma melhor qualidade de vida para si próprias e seus filhos. As mulheres mais jovens valorizam a independência econômica obtida através da instrução e do trabalho, que lhes permite lidar com a vida familiar com maior autonomia. Essa mudança entre gerações fica evidente em

um dos principais achados do estudo: a crescente tendência de as mulheres mais jovens exercerem a liberdade de escolha do marido e de adiarem o matrimônio na busca de instrução e trabalho. Essa mudança é particularmente notável no caso das jovens de etnia malaia, que consideram tais arranjos totalmente ultrapassados, ainda que suas mães tenham aceitado os arranjos dos pais.

A despeito das pressões do revivalismo islâmico e mais do que as chinesas e indianas, as malaias revelaram ter uma clara consciência de seu direito de requerer o divórcio quando o casamento se torna intolerável por causa dos abusos, da violência ou negligência do marido. Nesses situações, o divórcio é explicitamente considerado como um "direito da mulher". Esse é um dos poucos casos, junto com a noção tradicional do direito da mulher ser sustentada pelo marido, no qual a síntese entre religião e tradição parece favorecer as mulheres da Malásia e lhes dá uma base para invocar direitos. Porém, a capacidade prática de agir em relação a esse direito pode ser significativamente restringida pela falta de acesso a recursos monetários próprios, à creches e ao apoio familiar. As chinesas e indianas, por seu turno, pareceram mais propensas a tolerar abusos, violência e infidelidade do marido, desde que este cumprisse seus deveres como principal provedor da família. Quando premidas pela situação, poderiam até procurar a separação, mas não necessariamente o divórcio. No entanto, também aqui, o desejo de separar-se parece depender da presença ou ausência de recursos materiais e das possibilidades práticas de sobreviver e criar os filhos sem o marido.

Na verdade, ainda que nossas entrevistadas, muitas vezes, tenham expressado o sentimento de terem sido empurradas pelas expectativas tradicionais de gênero e pelas pressões de maridos e parentes, o fator mais importante a influenciar suas decisões a respeito do trabalho fora de casa e do divórcio foi a responsabilidade pelas crianças e a ausência de creches. Os dados também revelaram um interessante contraste entre as manifestações públicas de adesão às normas tradicionais ou religiosas e algumas expressões e ações privadas de resistência. Essa discrepância emergiu, por exemplo, entre as malaias que ostensivamente se acomodavam à exigência do marido de que não trabalhassem fora, mas que satisfaziam a sua necessidade de renda adicional para si e para os filhos trabalhando em casa. Outro exemplo ainda mais notável foi dado pelas múltiplas estratégias que as entrevistadas dos três grupos étnicos utilizaram para escapar das proibições religiosas, comunitárias e conjugais em relação ao aborto e a ao uso de contraceptivos.

Mais do que em qualquer outra esfera, encontramos entre as mulheres uma forte consiência quanto a seu direito de decidir sobre sua fecundidade. Embora existam diferenças claras de padrões de uso de contraceptivos e de métodos preferidos entre as etnias e entre as áreas urbanas e rurais, quase todas as mulheres decidiram limitar as gestações através de contraceptivos, esterilização ou aborto. Na maioria dos casos, essa decisão foi tomada pelas próprias mulheres, sem consulta ao marido

ou sem seu conhecimento. Nem todas tiveram o mesmo sucesso nessa decisão; muitas não conseguiram encontrar um método satisfatório ou eficaz (como demonstrado pelo alto índice de descontentamento com a pílula); e algumas vezes encontramos evidências de que elas podem ter sido indevidamente pressionadas a escolher um determinado método (como no caso das indianas esterilizadas). No entanto, a determinação em si mesma atravessa todas as etnias, especialmente entre as gerações de mulheres mais jovens.

Em parte, essa consciência pode refletir a ampliação do acesso aos serviços de saúde reprodutiva e de planejamento familiar na Malásia (embora as possibilidades de escolhas permaneçam limitadas). Porém, refletem ainda mais a maneira como as próprias mulheres estão respondendo às demandas do desenvolvimento econômico, da educação e do trabalho, combinadas com a ausência de creches e de ajuda masculina no cuidado com as crianças. Especialmente no caso das mulheres mais jovens, o maior fator que motiva a consciência do direito de adiar o casamento, ter menos filhos e utilizar contraceptivos parece ser um conjunto de valores "modernos", que dá prioridade à educação da mulher e à sua contribuição para a renda familiar. Para justificar seus direitos, as mulheres casadas dos três grupos invocaram sua condição de mãe — aquela que é responsável primariamente pela criação dos filhos e que sofre a maior sobrecarga de responsabilidade e trabalho. Lai Yin poderia estar falando por muitas outras quando disse: "Tudo isso é minha responsabilidade; ele não sofre, o sofrimento é todo meu". Contudo, a capacidade de expressar abertamente o direito à autodeterminação sexual e reprodutiva ainda escapa a muitas mulheres de nossa pesquisa em função das pressões contrárias do ressurgimento patriarcal e religioso, cuja influência nas políticas públicas recentes é inegável.

Ao mesmo tempo, vozes distintas soam neste estudo, afirmando os direitos reprodutivos das mulheres, em nome não somente de seus deveres e de suas necessidades como mães, mas também de suas aspirações pessoais de maior liberdade, mobilidade e independência: Sai Leng, que encoraja suas companheiras adolescentes a trabalharem depois do casamento, de modo que possam "se separar quando quiserem"; Kum Mooi, que insiste em fazer um aborto depois de quatro filhos, para ter mais liberdade e mobilidade; Lai Yin, que prefere a camisinha porque é melhor para sua saúde; Uma, Devi e Faridah, que abandonaram maridos violentos, mesmo com filhos para cuidar e pouco dinheiro; e Yati, que está convencida de que "a mulher pode sobreviver sem um homem". Embora essas mulheres não verbalizem claramente a noção de autonomia ou uma consciência de que são sujeitos de sua própria vida, essa idéia está implícita em suas palavras e ações. A Malásia do futuro pode vir a escutar muitas outras vozes como essas, à medida que o desenvolvimento econômico, a educação e o emprego da mulher, além de um crescente movimento de mulheres, superarem a propagação de valores familiares patriarcais pelo Estado e pela religião.

5

"Por que nasceram de mim"

Negociando os direitos das mulheres no México

Adriana Ortiz Ortega, Ana Amuchástegui e Marta Rivas[1]

As mulheres pertencentes às classes populares do México estão em pleno processo de constituição de si mesmas como sujeitos de direitos. A pesquisa, realizada em três diferentes localidades, indica que isso se dá através de suas experiências em três planos: na família, na comunidade e nas políticas públicas. Poucas mulheres utilizaram-se expressamente do termo direitos; no entanto, demonstraram ter consciência a respeito dos espaços sociais que lhes permitiam ganhar autonomia em relação à reprodução. Assim, na família, valorizam seu senso de individualidade e integridade corporal percebendo-se como mães com direito à autonomia, em uma sociedade em que a maternidade é um símbolo poderoso. Na comunidade, participam de diferentes grupos de bairros, o que lhe permite partilhar com outras mulheres as estratégias pessoais de afirmação de seus direitos. E dentro do marco limitado da política de planejamento familiar, de 1974, elas tomam decisões sobre sua fecundidade, embora nem sempre de forma que atenda às suas necessidades e aos seus direitos reprodutivos.

---

[1] Este capítulo foi escrito em colaboração com Irma Henze e Guadalupe Musalem (falecida) que, com Ana Amuchástegui e Marta Rivas, realizaram a pesquisa de campo sob a coordenação geral de Adriana Ortiz Ortega. Também gostaríamos de agradecer a Teresita de Barbieri, Juan Guillermo Figueroa, Lucero González, Sylvia Marcos e Alicia Elena Pérez Duarte, que contribuíram com diagnósticos preliminares; Joanna Gould Stuart e Iris Lopez, que trabalharam como consultoras de pesquisa; e Rosamaria Roffiel, que administrou o projeto e prestou ajuda na tradução.

A consciência das mulheres a respeito de seu direitos nesses três planos facilita seu envolvimento em discussões coletivas e valida seu direito de tomar decisões sobre sua fecundidade. Por exemplo, todas as participantes percebiam que o fato de ter e criar filhos implica trabalho social, emocional e econômico que impõe sofrimentos às mulheres. Contudo, também reconhecem que esse lugar lhes dá poder de decisão, pois, no México, a maternidade e o cuidado com os idosos continuam a ser atividades primordialmente femininas, com grande *status* simbólico. Ao participar de grupos comunitários, a maior parte organizados para lutar por direitos econômicos, as mulheres desenvolvem uma consciência global a respeito de seus direitos e, ao mesmo tempo, compartilham informações sobre sexualidade e contracepção, ou sobre como resistir à violência doméstica. Finalmente, reconhecem que dependem dos serviços públicos de planejamento familiar, embora de forma mais problemática e sem mediações, para exercer seu direito de regular a fecundidade frente aos maridos, aos parentes e às famílias de origem.

Nos anos recentes, as intervenções das mulheres de baixa renda na esfera pública têm sido interpretadas, tanto por ativistas quanto por cientistas sociais, como uma extensão de seu lugar como esposas e mães, em um contexto de declínio do padrão de vida e de crise econômica (Logan, 1990; Kaplan, 1990). Argumenta-se que a incapacidade das mulheres de cumprirem na vida privada as atribuições que delas se espera força-as à ação, expandindo seu lugar de mães para construir uma imagem pública, apresentando suas demandas sob a forma de endosso às necessidades de outras pessoas (Safa e Butler, 1992). Nossa pesquisa, porém, descobriu o contrário: as mulheres utilizam as reuniões dos grupos comunitários para discutir suas preocupações da vida privada, tais como a violência doméstica e as estratégias para enfrentá-la ou como obter anticoncepcionais confiáveis, assim como as limitações impostas pela realidade da esfera pública a essas estratégias e esforços, ou seja, a falta de confiabilidade das instituições do Estado e o autoritarismo das autoridades de saúde.[2]

A capacidade de as mulheres traduzirem sua emergente consciência em direitos efetivos deve ser entendida em um contexto particular: em uma cultura em que os direitos das mulheres à individualidade e ao controle da reprodução não derivam da cidadania e têm que ser conquistados (ou concedidos por outros), principalmente através de sofrimento, trabalho ou maus-tratos; em uma tradição de corrupção oficial que resulta em grande desconfiança, especialmente entre as mulheres pobres do campo, nas instituições legais e judiciais e mesmo na comunidade médica; e em uma limitada mobilidade social e geográfica, especialmente para as mulheres das zonas rurais, o que torna restrito seu senso de cidadania para além da comunidade.

---

[2] Nesse aspecto, nossa pesquisa está de acordo com trabalhos mais recentes, que indicam que as organizações de base de mulheres freqüentemente combinam as demandas por *empoderamento* com ação política pelas necessidades comunitárias (veja Stephen, 1995).

pessoas. Assim, a equipe decidiu adotar um enfoque orientado para a ação, focalizando as mulheres, incluindo indígenas, tanto nas áreas urbanas quanto rurais, com atividade regular em organizações comunitárias. Desejávamos testar a hipótese de que as mulheres que participavam da arena pública, através do envolvimento comunitário, podiam vincular as dimensões privada e pública da reprodução na forma como concebiam seus direitos e a si mesmas como sujeitos de direitos.

As mulheres entrevistadas não faziam parte de grupos privilegiados em termos econômicos ou educacionais, nem eram líderes de seus grupos. Das quinze organizações incluídas no estudo, doze eram organizações populares de base: (1) grupos de bairros ou comunitários que organizam reivindicações referentes a habitação, saúde e serviços públicos; (2) cooperativas independentes formadas por mulheres para a produção agrícola, bens manufaturados ou artesanato; e (3) grupos religiosos.[6] As outras três organizações eram sindicatos, o meio tradicional de organização das mulheres populares que entram no mercado de trabalho formal.

A pesquisa foi realizada em três locais diferentes: Cidade do México, Oaxaca e Sonora. Na capital federal, Cidade do México, onde a vida econômica e os recursos políticos têm sido historicamente concentrados, a escolaridade das mulheres e o índice de emprego estão acima da média do país, e tanto a taxa de fecundidade quanto a de mortalidade materna estão abaixo da média nacional. Oaxaca, um estado do sul com grande população indígena, com limitado número de empregos no setor formal e alta taxa de migração para outras regiões, tem uma das mais altas taxas de fecundidade e mortalidade do país. Sonora, na fronteira com os EUA, apresenta a mais alta renda *per capita* do país. Como indicado na Tabela 5.1, embora a taxa de alfabetização das mulheres de Sonora seja mais alta do que a média nacional e sua

---

[6] Os grupos que participaram do estudo incluíam: **Cidade do México** – Serviços de Desenvolvimento, Amor e Paz (SEDEPAC), uma organização comunitária católica; Comunidade de Desenvolvimento Integral Copilco, uma organização filantrópica católica; União Popular Nova Tenochtitlán (UNPNT), um grupo de bairro de mulheres; Sindicato da Universidade Autônoma Metropolitana (SITUAM), o sindicato dos trabalhadores administrativos da universidade; e Serviço Integral para o Atendimento da Mulher (SIPAM), um coletivo de saúde de mulheres. **Oaxaca** – Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Autônoma Benito Juárez de Oaxaca; Grupo Xande, um grupo de mulheres de Tlahuitoltepeca; Grupo de Voluntárias Promotoras de Saúde dos Vales Centrais de Oaxaca, um projeto colaborativo de saúde da mulher, que atua em várias comunidades zapotecas; DGNAA Ruyin Chee Lahady (Mulheres que Tecem Cobertores), um grupo zapoteca em Teotitlán; e o Grupo de Mulheres do Comitê do Templo de Ejutla Crespo, um grupo religioso da zona rural de Oaxaca. **Sonora** – Comunidade do Y, uma organização católica comunitária de Hermosillo; Mulheres da Indústria "Maquiladora" da Creche Wilson Jones, trabalhadoras migrantes não sindicalizadas organizadas pela creche; Sindicato de Trabalhadores e Empregados da Universidade de Sonora (STEUS), um sindicato de cerca de 1.200 trabalhadores da universidade; Mulheres Unidas da Comunidade da Colônia de Marte R. Gómez, um grupo de mulheres populares para habitação e recuperação de terras para o cultivo, situado perto de Ciudad Obregón; e Tribo Yaqui, um grupo étnico yaqui.

taxa de fecundidade seja aproximadamente a mesma do país como um todo, sua participação na força de trabalho é um pouco menor do que a média mexicana.

Tabela 5.1 O status das mexicanas em três regiões[7]

Indicador	País	Cidade do México	Oaxaca	Sonora
Mulheres escolarizadas (%), 1992	91,5	97,2	78,8	97,2
Mulheres como % da força de trabalho, 1992	33,4	44,0	45,8	30,3
Taxa de fecundidade total, 1990	2,5	2,0	2,8	2,5
Índice de mortalidade materna, 1992-1994	1.399	115	100	24

Fonte: INEGI, 1990, 1992, 1993.

Foram coletados dados sobre educação, ocupação, estado civil e fecundidade de cada uma das mulheres citadas neste capítulo (veja Tabela 5.2). Como nossa meta era realizar um estudo qualitativo, as entrevistas não-estruturadas individuais foram desenhadas de modo a permitir que as mulheres expressassem suas opiniões sobre reprodução e maternidade, participação em grupos e tomada de decisões. As entrevistas em grupo, que envolveram um total de 141 mulheres, serviram para recriar o contexto de cada organização e foram uma fonte adicional de informações.[8] Homens ou outras figuras de autoridade não fizeram parte de nenhuma etapa da pesquisa. Na Cidade do México e em Oaxaca, dramatizações permitiram que as mulheres expressassem seus interesses e explorassem seus sentimentos e suas emoções livres do temor de que suas vidas pessoais fossem expostas ou sua identidade e privacidade fossem ameaçadas.

Depois das entrevistas em grupo, duas ou três mulheres eram convidadas a participar de entrevistas em profundidade, realizadas em pelo menos duas sessões separadas (três, em alguns casos). Foram feitas entrevistas individuais com 29 mulheres e mais uma média de duas entrevistas de grupo para cada organização. Em Sonora, foram realizadas dez entrevistas individuais e duas entrevistas de grupo em Nogales, uma cidade fronteiriça com uma indústria "maquiladora"* florescente; uma entrevista com mulheres yaquis; e cinco em Hermosillo, a capital do estado. Na cidade do México, foram feitas nove entrevistas individuais e seis de grupo. Em Oaxaca, foram realizadas dez entrevistas individuais e mais cinco de

---

[7] As redefinições feitas em 1994 tornaram difícil o uso desses dados em comparações, seja com dados anteriores ou de outros países. Por exemplo, a escolaridade das mulheres foi substituída pela categoria "mulheres que têm alguma escolaridade"; a participação das mulheres na força de trabalho foi redefinida para incluir todo tipo de atividade no setor informal.

[8] Utilizamos o termo "entrevista em grupo" no lugar de "grupo focal" porque o processo envolvia uma exploração não-estruturada de normas e valores e não uma avaliação orientada de temas determinados.

* Indústrias, geralmente situadas na fronteira México-EUA, que recebem materiais e peças de outros países para montar produtos para o mercado americano, aproveitando os custos menores de mão-de-obra e os regulamentos menos rigorosos do México (Nota do Tradutor).

grupo, envolvendo mulheres da cidade de Oaxaca e de várias comunidades indígenas da região.

Nossos dados indicam que, no México, a reprodução não é simplesmente uma atividade biológica que ocorre no corpo das mulheres durante seus anos férteis, mas, sim, uma esfera da vida social que articula a reprodução biológica feminina aos cuidados com as crianças e idosos e aos tradicionais papéis das mulheres na família e na comunidade. Portanto, compartilhamos com a equipe brasileira a percepção de que a chamada reprodução social, incluindo o cuidado das crianças e as tarefas domésticas, estende-se por toda a vida da mulher (veja Capítulo 2). Acreditávamos que, entre as mulheres pobres, a participação em grupos comunitários lhes daria uma maior possibilidade de expressar a distância entre a posição das mulheres na esfera da reprodução e a sua capacidade de exercer seus direitos reprodutivos.

Este capítulo examina o processo pelo qual mulheres de três comunidades mexicanas desenvolvem sua consciência de direitos, participando, cada vez mais abertamente, dos atuais processos de mobilização política e dos esforços de revitalização da democracia mexicana. Apresentamos suas vozes como um esforço de capturar as possibilidades e limitações de suas lutas cotidianas em torno dos direitos reprodutivos e concluimos com uma discussão a respeito das mudanças pessoas e estruturais necessárias para que os direitos reprodutivos das mulheres se tornem realidade. Em estudos desta natureza, os resultados são condicionados pelo que Rosaldo (1991) denomina de "posicionamento" das pesquisadoras: atitudes e concepções que influenciam sua interação com as participantes e os tipos de conhecimento que são construídos. A idade, a raça, o sexo, a classe social, a orientação sexual e o nível educacional influenciam o tipo de vínculo que se estabelece com as participantes e a informação aí produzida. Em nosso caso, uma das principais lições desse processo foi a dificuldade, tanto das participantes quanto das pesquisadoras, de falarem sobre sentimensos e práticas sexuais, de modo a permitir espaço para a expressão da diferença. Durante as entrevistas, isso ficou claro pela ausência de relatos a respeito de atividades sexuais distoantes do modelo dominante da heterossexualidade conjugal e estável. De forma semelhante a outras equipes do IRRRAG, a equipe mexicana teve que conciliar sua crença no *empoderamento* e na capacidade de realização de escolhas individuais com a preocupação em ouvir as prioridades de nossas entrevistadas.

A economia política da vida das mulheres

Embora, desde os anos 80, tenham surgido formas de participação política indepentendes do Estado, o Estado mexicano é ainda dominado pelo Partido Revolucionário Institucional (PRI), no poder desde sua fundação, em 1929. Continua sendo um Estado esmagadoramente clientelista, cuja legitimidade deriva de cadeias

interligadas de relações protetor–protegido (Cosío, 1974).[9] Antes dos anos 60, o Estado dirigia ativamente toda e qualquer manifestação de pluralismo político, mobilizações de massas e reivindicações políticas. Desde então, embora os movimentos sociais, especialmente o movimento estudantil de 1968 e os movimentos de mulheres, tenham aberto espaços para uma maior participação democrática na sociedade civil, suas tentativas de institucionalização das demandas colidem frontalmente com o poder do sistema em cooptar e redirecionar esses esforços (Hellman, 1995).[10]

A participação das mulheres nos crescentes esforços de transformação política reflete o seu envolvimento crescente com uma economia dependente, baseada na acumulação de capital estrangeiro, altamente dependente do investimento estrangeiro em áreas que produzem lucros de curto prazo, como a indústria de montagem, a indústria de turismo e a bolsa de valores. Esse padrão de acumulação de capital tem sido acompanhado de contínuas transferências de recursos para os países do Norte, especialmente os EUA, principalmente depois da crise econômica de dezembro de 1994.[11] Para satisfazer as instituições de crédito internacionais, o governo mexicano adotou duras políticas de ajuste estrutural, incluindo cortes nos gastos sociais e prioridade para o pagamento da dívida. Durante os primeiros três meses de 1995, o montante de recursos utilizados para pagar juros da dívida externa foi equivalente ao investimento estrangeiro no país realizado no período de 1993 a 1994 (Fernández, 1995).

O ajuste estrutural resultou em um aumento do desemprego entre trabalhadores qualificados e em uma maior demanda por mão-de-obra barata, não sindicalizada. O desemprego cresceu de 3,4%, em 1981, para 22,9%, em 1987 (Parés, 1990). A participação das mulheres no mercado de trabalho tem aumentado continuamente desde os anos 50, quando era de 13%; no início da década de 90, as mulheres já atingiam um terço do mercado de trabalho (Hernandéz e Hernandéz, 1995). Apesar disso, desde 1980, o padrão de vida das famílias tem diminuído, juntamente com o poder de compra individual. A renda *per capita* caiu 15% no período de 1980 a 1989 (Benítez, 1990). Nos anos 90, quase a metade da população mexicana (40 milhões de pessoas) vivia abaixo da linha de pobreza, e estima-se que 17 milhões viviam na

---

[9] Os "protetores" são pessoas de alto *status* político. Eles fornecem proteção, apoio em lutas políticas e oportunidades para a ascensão econômica ou política a seus "protegidos", pessoas de *status* político inferior. Em troca, os "protegidos" oferecem lealdade, respeito e prestam serviços como a mobilização de votos para seus protetores dentro do partido ou na burocracia.

[10] Nesse aspecto, o êxito do Estado tem resultado na opinião de que o processo de apresentar demandas ao sistema pode não fazer avançar as mudanças sociais e, ao contrário, pode aumentar a centralização de poder e reforçar os mecanismos de controle, ao menos a curto prazo (Hellman, 1995).

[11] A entrada de recursos emergenciais fornecidos pelo governo dos EUA, cujo pagamento foi garantido (e realizado) sob termos muito duros, acelerou a transferência de capital, tornando difícil para o México concretizar qualquer dos benefícios prometidos com a adesão (janeiro de 1994) ao NAFTA, uma zona de livre comércio com os EUA e o Canadá. Embora algumas regiões, como Sonora, apresentem um aumento nas taxas de emprego, as crescentes privatizações e a redução das proteções à indústria local têm feito com que as firmas dos EUA sejam as principais beneficiárias do Nafta.

pobreza absoluta (Pamplona *et al.*, 1993). A participação das mulheres na força de trabalho não melhorou sua condição, pois as mulheres, juntamente com as crianças e os idosos, são as mais atingidas pelos efeitos das políticas de ajuste estrutural sobre os salários, a renda familiar e o padrão de vida.

Especialmente as mulheres pobres, que não contam com o sistema de apoio que lhes permite ingressar no mercado formal de trabalho, são forçadas a aceitar empregos em que possam combinar o trabalho com as responsabilidades domésticas. O emprego feminino está concentrado no setor informal, nas posições com remuneração mais baixa, como serviço doméstico e venda de alimentos; 70% das mulheres empregadas estão no setor informal e constituíam 96,6% dos empregados domésticos em 1990 (Suárez, 1992). A idade média da mulher empregada varia de 25 a 34 anos. Na década de 60, a população trabalhadora feminina era composta por mulheres solteiras de 20 a 24 anos. A crescente entrada no mercado de trabalho de mulheres em idade fértil comprova o fato de que a remuneração de uma só pessoa não é mais suficiente para cobrir as necessidades de uma família (García, 1993). Isso também tornou mais difícil o emprego para as mulheres mais jovens.

As chances de emprego das mulheres são também limitadas em função da alocação extremamente desigual das oportunidades educacionais no México, onde seis milhões de pessoas são analfabetas e, entre estas, 62% são mulheres. O analfabetismo está concentrado nos estados do sul, que também possuem a maior população indígena e rural. Nos últimos vinte anos, o número de escolas secundárias e técnicas aumentou 3,5 vezes, enquanto o de escolas elementares cresceu somente uma vez e meia (Gutiérrez, 1992). Além disso, os recursos educacionais estão concentrados em poucos centros urbanos, que fornecem os profissionais e técnicos necessários para as empresas estrangeiras. Como o Estado não consegue atender às necessidades de educação elementar de 20% da população, simplesmente abandona os pobres das zonas rurais.[12] Como resultado, um número cada vez maior de mulheres se desloca para a cidade em busca de trabalho, enquanto os homens ficam no campo, trabalhando na terra. Desde os anos 50, a migração interestadual de mulheres superou a dos homens na razão de 100 para 88. Atualmente, as mulheres também emigram cada vez mais para os EUA (Cantú Gutiérrez e Moreno Neira, 1990). As mulheres jovens procuram colaborar para a elevação da cada vez mais reduzida renda familiar através de empregos na cidade e do envio para casa de parte de sua remuneração.

A migração urbana, a escassez de moradia e o crescimento da participação das mulheres no mercado de trabalho de baixos salários junto com com a maior expectativa de vida da mulher e a manutenção de seus papéis tradicionais são fatores que,

---

[12] No entanto, uma formação universitária não abre automaticamente maiores oportunidades de emprego para a mulher. Ao contrário, à medida que certos campos de trabalho se tornam mais femininos, tornam-se socialmente desvalorizados. A mulher instruída encontra-se na posição de demasiado qualificada, desempregada ou superexplorada ao entrar no mercado de trabalho (Muñoz e Suárez, 1990).

combinados, vêm contribuindo para a revitalização da família ampliada. As famílias ampliadas (que, além do casal e dos filhos, podem incluir outros parentes) representavam 22,7% do total de famílias em 1970 e 25,1% em 1985 (De Oliveira, 1988). Em 1984, o número de famílias chefiadas por mulheres chegou a 58% do total (comparado com 27%, em 1970), justificando o termo *feminização da pobreza* (Acosta, 1992).

A saúde da mulher

Embora as atividades produtivas e reprodutivas das mulheres tenham crescido significativamente, essa realidade não é reconhecida pelas instituições sociais. A deterioração das condições de vida e a crescente responsabilidade das mulheres pelos cuidados com os outros cobram o seu preço mais alto na área da saúde: as tendências na expectativa de vida relativa têm uma relação direta com o declínio do padrão de vida (Jiménez, 1993). Desde meados da década de 80, a expectativa de vida das mulheres cresce com uma taxa inferior à dos homens, embora, em 1990, a expectativa de vida feminina ainda fosse seis anos maior do que a masculina. A diminuição da distância reflete as mudanças nas atividades das mulheres no trabalho, na família e na política.[13]

No topo da lista das causas da mortalidade feminina estão contingências associadas à reprodução. As quatro causas de morte mais comuns relacionadas à reprodução, que totalizaram 80% de todas as mortes maternas no período de 1984 a 1986, foram as seguintes: toxemia, hemorragia durante a gravidez, complicações causadas pelo aborto e sepsia (Comitê Promotor da Maternidade sem Riscos no México, 1993). É importante notar que a maioria dessas mortes poderia ter sido evitada com assistência médico em tempo hábil. Sua própria existência reflete as desigualdades sociais, pois são as mulheres pobres que vivem em áreas rurais remotas as que mais freqüentemente morrem dessas causas. O aborto continua sendo a exceção: existe uma alta taxa de mortalidade relacionada ao aborto em todo o país, uma vez que esta ainda é uma prática ilegal no México (exceto sob certas condições restritas), e os serviços são de difícil acesso.[14] No entanto, o acesso aos serviços públicos de saúde para o tratamento de complicações derivadas do aborto é pior nas áreas onde vivem as mulheres pobres e, assim, a morbimortalidade relacionada ao aborto é provavelmente também mais alta entre elas.

---

[13] Por exemplo, as mulheres atualmente morrem com mais freqüência em acidentes no transporte urbano (Hernández, 1990).

[14] Após uma penosa campanha pelo direito ao aborto em 1981, derrotada por uma aliança da Igreja Católica com os partidos de direita, os políticos e as feministas se afastaram do tema durante a década de 80, concentrando-se em questões como o apoio às mulheres vítimas de violência doméstica e de estupro (Brito, 1995; Lamas *et al.*, 1995). No entanto, sem querer ceder totalmente à Igreja Católica, o Estado liberalizou a legislação para permitir o aborto em alguns casos, como risco de vida para a mulher, estupro comprovado ou anomalias fetais incompatíveis com a vida (Paxman *et al.*, 1993; Langer *et al.*, 1997). Entretanto, essas reformas não foram difundidas e não foram oferecidos os serviços que permitiriam às mulheres usufruir deste direito.

A distância entre a mortalidade materna no México e nos EUA aumentou no período de 1940 a 1985, para o qual temos dados comparáveis. Em 1940, no México, o risco de se morrer de causa relacionada à gravidez era 1,4 vezes maior do que nos EUA; em 1985, era 7,5 vezes maior (Langer *et al.*, 1993). Em 1990, o índice de mortalidade materna estimado era de 110 mortes para cada 100.000 nascidos vivos, comparado com 12 mortes para o mesmo número de nascimentos nos EUA e no Canadá (OMS/UNICEF, 1996).

A aids está no 17° lugar entre as causas de mortalidade feminina no país, com uma taxa de 3,6 mortes para cada 100.000 habitantes (Secretaria de Saúde, 1994). A prevalência de aids cresceu mais de dez vezes em menos de três anos, e, em 1996, o México estava em quarto lugar no mundo e era o terceiro na América Latina em número de casos. O HIV/aids não está mais limitado a homossexuais masculinos e a mulheres infectadas por transfusões de sangue, tendo se transformado em uma doença de heterossexuais. Assim, enquanto, em 1987, havia 23,6 homens infectados para cada mulher com aids; em 1988, essa relação era de 14 para 1; e, em 1990, havia declinado para 6,6 para 1 (Bronfman, 1990). Nos primeiros três meses de 1995, dos 3.095 casos de aids em mulheres adultas, 50,2% foram contaminadas por transmissão heterossexual (Aids/dst, 1995). Embora a maior incidência da doença ainda seja entre homossexuais e bissexuais masculinos, o número de homens soropositivos que mantêm relações heterossexuais aumentou de 85%, em 1990, para 94%, em 1995 (Aids/dst, 1996).

Na verdade, o grupo de pessoas infectadas com HIV que cresce mais rapidamente é o de mulheres que são contaminadas fazendo sexo com seus maridos, a maior parte deles infectados através de sexo com outros homens.[15] Os profissionais de saúde, porém, se recusam a reconhecer a bissexualidade masculina e a posição vulnerável da mulher casada ou em união consensual ou da jovem com vida sexual recente. Como fica demonstrado por este estudo, a sexualidade é uma área em que as mulheres sentem ter menos direitos, tornando-as especialmente vulneráveis a infecções em relacionamentos estáveis.

Cultura, gênero e fecundidade

As atitudes em relação à saúde da mulher, especialmente à saúde reprodutiva, refletem — talvez melhor do que qualquer outra coisa — as contradições de uma sociedade mestiça, produto da luta de nações e povos indígenas para preservarem sua cultura sob domínio colonial. Durante o período de colonização espanhola,

---

[15] No México, o número de prostitutas infectadas com o vírus cresce mais lentamente do que os contaminados de qualquer outro grupo, sugerindo que o sexo com outros homens e não com prostitutas é a causa das infecções entre homens casados.

que durou de 1594 a 1834, novos significados foram atribuídos à sexualidade e ao corpo, dos quais alguns elementos continuam a definir formas de resistência e acomodação no México de hoje. A população indígena chegou a incorporar alguns valores e práticas que se assemelhavam às suas próprias tradições, como a adoração de certas divindades,[16] mas os colonizadores fracassaram em substituir ou modificar as idéias existentes sobre sexualidade e reprodução. Não conseguiram, por exemplo, jamais impor a idéia da separação entre corpo e mente, que serviu, na cultura ocidental, para controlar a sexualidade, relegando-a ao lugar de "pecado da carne". Os povos indígenas acreditavam que as diferentes emoções estavam centradas em distintas partes do corpo e que isso determinava o modo como a energia circulava e como o indivíduo se relacionava com o divino. Além disso, como essas culturas pressupunham uma integração do masculino e do feminino em sua cosmologia, o corpo do indígena (masculino ou feminino) ocupava, embora de maneiras distintas, uma posição de resistência simbólica (López Austin, 1984; Marcos, 1991 e 1992; Viqueira, 1984).

Na vida prática, porém, o reino do simbólico coexistia com a violência e o corpo da mulher era especialmente vulnerável às imposições da colonização. A própria sociedade mestiça resultou, em grande parte, do estupro das mulheres indígenas pelos espanhóis, ao mesmo tempo que a virgindade era consagrada como uma medida do valor da mulher. A população local continuava a utilizar ervas abortivas, mesmo quando o aborto era castigado com a pena capital pelo Santo Ofício. As crianças nascidas fora do casamento eram incorporadas à sociedade, no fenômeno conhecido como mestiçagem. As práticas locais de resistência durante o período colonial e pós-colonial levaram a Igreja Católica a tentativas de regulação a sexualidade. Oficialmente, o Estado mexicano declarou-se independente da Igreja após a independência, mas apoiou o ideal católico da fecundidade feminina subordinada ao domínio e às necessidades da família, incluindo um número grande de filhos (Ortiz-Ortega, 1996). Assim, enquanto o divórcio foi legalizado no início da década de 20, a contracepção continuou ilegal até 1973. A partir de 1920 e durante todas as décadas posteriores, as mulheres foram estimuladas a mostrar sua lealdade ao Estado como mães e trabalhadoras.

Em meados dos anos 70, no entanto, a população mexicana aumentou rapidamente, provocando preocupação nas agências de desenvolvimento nacionais e internacionais. A resposta do governo a esta questão foi contraditória: por um lado, promoveu o controle populacional, enquanto por outro, defendeu o direito individual ao planejamento familiar como uma forma de autodeterminação. Atuando dessa maneira, conseguiu manter uma certa autonomia em relação às instituições de controle populacional lideradas pelo mundo ocidental, à Igreja Católica e aos grupos feministas, que exigiam o direito à autonomia sexual e à igualdade perante a lei. Assim, em 1973,

---

[16] Por exemplo, a Virgem de Guadalupe, que se assemelhava à deusa asteca Tonatzin, inspirou um culto que é atualmente o elemento mais poderoso do catolicismo mexicano (López Austin, 1984).

o governo aprovou emenda à Constituição que legalizava a contracepção, as pessoas adquiriram o direito de decidir "de forma livre, bem informada e responsável sobre o número de filhos e o intervalo entre eles" e, perante a lei, as mulheres tornaram-se iguais aos homens. O objetivo governamental ao conceder igualdade às mulheres foi o de facilitar seu acesso direto aos contraceptivos distribuídos oficialmente, eliminando a necessidade da aprovação do marido ou parceiro. Para evitar as acusações de que havia cedido às exigências imperialistas, o governo defendeu um modelo de planejamento familiar baseado na oferta de informações e que procurasse limitar e espaçar os nascimentos. Para escapar de tensões com a Igreja Católica, o aborto foi deixado de fora do escopo da nova política populacional, caracterizada como uma campanha pela "maternidade/paternidade planejada".

A política nacional de população, introduzida em 1974, estava focalizada na educação do público, distribuição de contraceptivos orais, colocação de DIUs (dispositivos intra-uterinos) e promoção da esterilização. Aparentemente, o lançamento da política coincidiu com a transição demográfica que já se desenvolvia. Levantamentos feitos em áreas urbanas mostravam que as mulheres queriam três, e não quatro filhos (Elu, 1970). Durante as duas décadas de política populacional, o México reduziu a taxa de fecundidade nacional de 3,1 para 2,5 filhos por mulher (veja Tabela 5.1); no entanto, debate-se atualmente até que ponto esse declínio refletiu os desejos e a vontade das mulheres. Os grupos de mulheres têm criticado amplamente os esforços exagerados para convencer as mulheres a aceitarem métodos contraceptivos permanentes ou semipermanentes. Esses grupos denunciam que os médicos, estimulados pelo Ministério da Saúde, pressionam as mulheres a aceitarem DIUs ou a se submeterem à esterilização, especialmente nos serviços públicos de saúde, que atendem 80% da população (Katz, 1995). Os médicos não oferecem informações sobre outros métodos contraceptivos e muitas vezes colocam DIUs ou fazem esterilizações sem o consentimento da mulher. Embora legalmente seja difícil fazer um aborto, esta é uma prática à qual as mulheres recorrem amplamente. Atualmente, mais de meio milhão de abortos induzidos são realizados anualmente no México, e os grupos de mulheres calculam que este número é consideravelmente superior (Langer *et al.*, 1997; Katz, 1995). De acordo com uma pesquisa nacional de 1992, 69% da população acredita que a decisão de fazer um aborto não deve estar nas mãos do Estado ou da Igreja, mas, sim, das mulheres (Cohen, 1995).

O México assinou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, em 1981, e, mais recentemente, endossou o Programa de Ação da CIPD no Cairo (1994), que condena especificamente o uso de coerção no planejamento familiar, e a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), em Beijing (1995), que aprofundou o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Contudo, os esforços para a legalização do aborto têm sido hesitantes, e não se materializaram os programas para permitir que as mulheres façam escolhas baseadas em informações confiáveis sobre a grande variedade de métodos

de planejamento familiar, e atinjam uma saúde reprodutiva plena, graças ao fracasso do governo em traduzir dispositivos constitucionais em legislação ordinária apropriada e em alocar recursos públicos para a implementação das políticas.

Construção da consciência de direitos: as vozes das mulheres

A despeito da política nacional de população, nosso estudo sugere que as tradições populares de resistência das mulheres se combinam com novas formas de atividades coletivas e de compartilhamento de experiências e conhecimento na tomada de decisões sobre a fecundidade. O conceito de *entitlement*, como a equipe do IRRRAG veio a entendê-lo, abarca o que as mulheres consideram como seu, incluindo noções de identidade, integridade corporal, autonomia e maternidade. A palavra *entitlement* não possui nenhuma tradução exata em espanhol, o que assinala a dificuldade de encontrar uma compreensão comum que considere mulheres (ou homens) como sujeitos de direitos, que ultrapasse as diferentes fronteiras culturais e nacionais. No entanto, esse conceito nos permitiu avaliar as condições que moldam as escolhas das mulheres nas esferas pessoal, familiar e de saúde e os termos e as estratégias com as quais percebem e lutam para alcançar a sua autonomia.

Participação em um grupo: "Nada vai me impedir..."

Em quase todos os locais, as entrevistas confirmaram a hipótese de que a participação em um grupo cria um sentimento de "pertencimento" que permite às mulheres se reconhecerem como sujeitos de direitos em certas áreas de suas vidas.[17] Na maioria dos locais, descobrimos que a participação em um grupo é a precondição essencial para que as mulheres dêem expressão pública a seus direitos. Mesmo nos grupos criados por padres ou freiras, autoridades governamentais ou líderes populares masculinos, descobrimos que, quando as mulheres se reúnem regularmente, elas se apropriam do oferecido pelo grupo. Uma mulher de Sonora explicou que, como freqüentava reuniões de grupo, seu marido alegou que ela tinha outro homem. "Eu disse a ele: eu já estou lá, e nada, nem mesmo você ou meus filhos, vai me impedir de ir ao grupo."

A participação em grupos é uma atividade que estabelece pontes entre as esferas do privado, do público e do comunitário; é a porta de entrada das mulheres na arena pública. A maioria das entrevistadas entra em grupos para lutar por habitação, serviços públicos e melhores benefícios de saúde ou simplesmente para construir

---

[17] Nesse sentido, a experiência relatada por essas mulheres corresponde a uma transformação que, na literatura especializada, é conhecida como *empoderamento* das mulheres (Craske, 1993; Hellman, 1995; Batliwala, 1994).

bem-estar em suas comunidades. Aquelas que aderiram a grupos religiosos o fizeram pelo conforto que a fé trouxe para suas vidas, porém continuaram nos grupos por causa do conhecimento que lá adquiriam. Como explicava uma participante do Coletivo de Saúde Integral de Mulheres da Cidade do México:

> No ano passado, Leti, a agente comunitária de saúde [*community health worker*], nos passou informações sobre como a gente pode ajudar a aconselhar nossas famílias, como evitar o abuso sexual; a gente aprendeu mais sobre nutrição, gravidez e cuidados com as crianças.

Uma vez envolvidas com as atividades coletivas, as mulheres descobrem que são capazes de dar, uma a outra, o apoio que constrói seu senso de autonomia pessoal. Decorridos alguns anos, algumas se sentiram, por exemplo, com o direito de trabalhar fora de casa, ou de decidir mais abertamente sobre o número de filhos que teriam. Uma mulher de um sindicato de Oaxaca explicava:

> Para mim, ter direitos significa que você pode ter uma atividade, pode trabalhar e ajudar com dinheiro na casa. Quer dizer, não é porque seu parceiro está trabalhando que você deve esperar que ele seja o único a decidir e a dar dinheiro para pequenas despesas. Nós também temos o direito de cooperar e de decidir. Mesmo hoje em dia, ainda existe muita gente que acha que as mulheres não têm o direito de trabalhar, que os homens devem dar tudo a elas. Não é bem assim.

É interessante notar que os únicos dois grupos nos quais as mulheres não adquiriram esse senso de apoio foram aqueles diretamente relacionados com seu trabalho. Na creche das mulheres da indústria "maquiladora" em Nogales (Sonora), elas explicaram que as reuniões são dirigidas pelos funcionários e que somente as atividades cotidianas relacionadas com a creche são discutidas. Da mesma forma, no Sindicato da Universidade Metropolitana (SITUAM), na Cidade do México, as entrevistadas disseram que, por causa das rivalidades políticas do sindicato e da universidade, não era adequado discutir questões pessoais nas suas reuniões.

Uma das razões para o grupo cumprir um papel tão importante na vida dessas mulheres é que a família, seja nuclear ou estendida, não lhes dá espaço para que expressem seus interesses. Assim, elas só conquistam o direito de freqüentar grupos depois de enfrentar a oposição do parceiro ou da família. Não é de surpreender que a participação em grupos crie uma tensão nas relações homem–mulher que, muitas vezes, não é resolvida. Sara, uma participante de um grupo religioso de Oaxaca explicava:

> O que eu gostaria de ter é mais liberdade, isso é o que eu quero. Eu gostaria que ele entendesse que eu não vou perder tempo nas ruas. Eu nunca saio de casa me sentindo relaxada porque, assim que eu saio, começo a ficar nervosa, pensando que tenho que voltar logo. Quero voltar porque ele fica com muita raiva, e eu vivo todo o tempo com essa preocupação.

Como a luta para participar em um grupo pode, muitas vezes, durar anos, os grupos formados para tratar de diferentes necessidades sociais se tornam facilmente lugares de reflexão e conscientização. Para as entrevistadas das três comunidades, *el grupo* representa o único espaço onde podem compartir experiências sobre assuntos tão secretos quanto sexualidade e reprodução.[18] Acreditamos que, ao compartir essa experiência, as mulheres desenvolvem a consciência de si como sujeito de direitos. Uma mulher de um sindicato de Oaxaca explica:

> Se eu estou preocupada com alguma coisa que não posso resolver e não tenho idéia do que fazer, discuto com o grupo e aparecem novas sugestões. Cada uma de nós dá alguma coisa e diz "fiz isso ou aquilo". Assim, eu acho muito importante ter um grupo. Além disso, no seu tempo livre, que diminui todo dia, você sempre pode apelar para o grupo. Talvez a gente venha para as reuniões para se livrar de todas as pequenas chateações do dia, não é? Acima de tudo, a gente aprende mais a cada dia. Agora mesmo, por exemplo, é uma boa oportunidade para compartir nossas idéias e qualquer experiência que tivemos, não é?

Por causa desse apoio, algumas entrevistadas afirmaram que a participação em grupos permitiu que elas controlassem a violência de seus maridos ou parceiros. Uma participante do grupo indígena Xande de Oaxaca afirmou:

> Quando os marido saem para trabalhar, a gente não tem nenhum problema de repressão, com "onde você está" e "por que chegou tarde" etc. Para mim, quando eu comecei, era um problema sério, mas eu vi que o que a gente fazia era bom para a comunidade e eu disse para mim mesma: "Não ligo para o que ele diz, estou fazendo o bem, não estou fazendo nada de ruim"... Somente quando ele bebe, quando fica bêbado, eu tenho mais problemas.

A participação em grupos pode ajudar essas mulheres a compreenderem que a violência e as privações econômicas são situações que não afetam somente a elas, são problemas que atingem um número enorme de mulheres. Da mesma forma, ao romper seu isolamento, a participação em grupos foi especialmente importante para aquelas que viviam em comunidades remotas e haviam se tornado párias — principalmente mães solteiras e, em alguns casos, mulheres solteiras ou viúvas que se recusavam a seguir as normas e valores sexuais dominantes. Ao se tornar agentes de saúde ou alcançar auto-suficiência através da participação nos grupos, muitas vezes, as mulheres conseguem ser respeitadas por suas comunidades. Natália, uma mãe solteira participante de um grupo de educação em saúde na zona rural de Oaxaca, descreveu a mudança:

> A entrada no grupo foi muito importante para mim porque agora as pessoas da cidade me vêem de forma diferente. Não é como antes. Antes, eu era

[18] Por causa dos tabus sobre a sexualidade, esse fato somente foi revelado às pesquisadoras dentro do contexto relativamente mais seguro das entrevistas individuais, e não nas entrevistas de grupo.

> ninguém, numa maneira de dizer. Agora, não. Atualmente, todos dizem "Vamos procurá-la, ela sabe"... ou vêm e me consultam sobre seus problemas, perguntando "O que você recomenda sobre contraceptivos?" ou "O que devo fazer sobre este probleminha?" etc.

No entanto, Laura, também de Oaxaca, mostra que isso é ainda bastante complicado:

> Só agora eu tenho mais liberdade, mas mesmo agora não sou realmente livre, eles ainda me vigiam. Quando eu tinha quinze anos, não podia ir sozinha nem mesmo pra uma loja, minha mãe não deixava. Nem podia sair com amigos, somente com ela ou com outros adultos. Isso ainda acontece hoje em dia; não é aceito que as mulheres saiam sozinhas. Tenho uma amiga que não sai de casa. Ela é solteira, tem vinte e sete anos, mas, como ela segue a regra, não pode sair.

Esses testemunhos sugerem que, embora alguns membros da família possam ajudar no cuidado com as crianças, especialmente no caso de mulheres solteiras, eles ainda as consideram sem autoridade para tomar decisões. Isso é especialmente verdadeiro para a mãe solteira, que, muitas vezes, é vista como uma irresponsável, e de quem exigem tarefas domésticas intermináveis ou trabalho fora de casa para sustentar a família enquanto a avó cuida do neto. Esse padrão de comportamento cria uma proteção contra o empobrecimento das mães solteiras, porém torna ainda mais escassas suas oportunidades de autonomia.

Através da participação em grupos, especialmente aqueles relacionados com educação e saúde, as mulheres parecem mais capazes de reconhecer os direitos que deveriam ter em suas interações cotidianas com seus maridos. Uma mulher da CODIC, na Cidade do México, dizia:

> A gente é casada no religioso e no civil, e os homens são infiéis... eles acham que têm o direito de fazer o que querem, e a gente tem que aceitar? Eu, não... Não sei que tipo de doença ele vai trazer da rua e porque eu devia estar disponível para ele. É meu direito e minha decisão dizer não.

Algumas mulheres compartilharam estratégias para afirmar esses direitos. Uma mulher de Oaxaca deu o seguinte conselho em uma entrevista de grupo: "Para evitar que seu marido fique com raiva, você precisa cuidar da casa, de modo que, quando estiver saindo, possa dizer a ele: 'Olhe, vou para lá, você sabe o que vou fazer'". Esses comentários ilustram as soluções de compromisso que as mulheres pobres aceitam para concretizar algum grau de autonomia pessoal, uma espécie de contabilidade pessoal na qual se reconhece que nada é ganho sem um preço (Behar, 1993). Eles também mostram a relutância das entrevistadas em confrontar diretamente seus parceiros; para elas, o grupo é somente um primeiro passo para atingir a autonomia pessoal.

Maternidade: "Porque nasceram de mim"

Para a maioria das mulheres deste estudo, a maternidade socialmente aceita, longe de ser vista como opressiva de modo uniforme, foi descrita como a experiência que lhes permitiu sentir-se como portadora de direitos. A maternidade serve não somente como uma experiência de validação social, a principal base de legitimação de suas prerrogativas pessoais, mas também como um marco a partir do qual as mulheres organizam suas atividades, sejam as comunitárias ou as várias atividades econômicas com as quais conseguem uma renda e sustentam a família. Nas três regiões, as entrevistadas afirmaram que, antes de serem mães, raramente tomavam decisões ou realizavam qualquer ação deliberada relacionada com sua saúde reprodutiva. Para muitas das entrevistadas, somente após terem pelo menos dois filhos é que começaram a defender sua integridade corporal.

Em todas as entrevistas, a discussão da maternidade trouxe lembranças de sofrimento e riscos. Contudo, ao mesmo tempo, a maternidade representa a maneira pela qual as mulheres se dão o direito de lutar pelo atendimento de necessidades que, de outra forma, seriam ignoradas. Nesse aspecto, as similaridades entre os locais de pesquisa foram especialmente claras em relação à violência. A maior parte das entrevistadas disse que havia tido experiências de violência com sua família de origem, com seus maridos ou parceiros. Para a maioria das mulheres, embora a participação em grupos permita que compartilhem estratégias para se tornarem menos dependentes de maridos violentos, ainda não evita que elas se submetam ao domínio masculino e à violência. No entanto, as mulheres que eram mães há alguns anos enfatizaram que estavam convencidas de que não deveriam permitir violência doméstica dos maridos contra si ou seus filhos. Por exemplo, Hortênsia, de 43 anos, diz o seguinte sobre seu parceiro: "Não deixo que ele me bata mais. Se ele me bater, eu também bato nele. Deus me perdoe, mas eu até já peguei uma faca e quase ataquei ele. Antes de qualquer coisa, eu tenho a coragem que meus filhos me deram... Antes eu me sentia tão sozinha, sem o apoio de meus pais, que agüentava quase qualquer coisa".

A importância da maternidade como uma espécie de escudo contra abusos físicos foi expressa em todos os três locais de pesquisa. Assim, Marta, uma viúva yaqui de 40 anos, afirmava:

> Meu marido era violento e algumas vezes ele gritava, perguntando: "Por quê? Por que você defende seus filhos, e minha mãe nunca me defendeu? Por que eles se escondem debaixo de sua saia quando eu vou bater neles, e você se impõe na minha frente?". "Porque dói, porque eu paguei um preço por eles, porque eles nasceram de mim, de mim nasceram, e eu sofro se alguém bate neles. Olhe para você. Você pode abandonar esta casa a qualquer hora e quem vai ficar e sofrer com esta criança? Não sou eu?"

Muitas entrevistadas estavam envolvidas em reavaliar os modos com que suas mães lidaram com a violência doméstica. Alicia, uma mulher solteira da Cidade do México, afirmou:

> Eu costumava dizer pra minha mãe: "Como você pode permitir que ele bata em você? Jogue a panela ou o que puder nele", e ela respondia: "Não, porque ele vai bater mais forte e você vai ser envolvida..." Uma vez ele começou a bater nela e eu disse a ele: "Não faça isso na minha frente, porque mesmo eu sendo uma menininha, eu não vou deixar". Quando eu via aquelas coisas, dizia para mim mesma: Isso não vai acontecer comigo nunca.

Angeles, de 41 anos, que vive na Cidade do México com um segundo parceiro, falou sobre sua mãe: "Sua vida foi difícil; meu pai batia nela e não lhe dava dinheiro nenhum, e por isso ela costumava vender comida. Ele tinha um bom salário, mas gastava todo o dinheiro com outras mulheres".

Ao encarar a maternidade como uma experiência de valoração social, as mulheres abrem um espaço para si próprias confrontando duas formas de pressão: de suas famílias e seus parceiros, para que se tornem mães submissas; e das autoridades, para que tenham menos filhos (sem acesso à informação adequada). Essas pressões contraditórias criam uma situação na qual é difícil, para a mulher, afirmar seus desejos. Nesse contexto, a maternidade aparece como uma saída para a contradição: quanto mais a mulher sente que cumpriu o ideal de maternidade na comunidade, mais se sente com o direito de controlar sua reprodução.

As opiniões das entrevistadas a respeito do número ideal de filhos variaram entre as regiões. Nas áreas rurais de Oaxaca e Sonora, as mulheres mais velhas, que tiveram dois ou mais filhos, consideravam já ter realizado o que se esperava delas e sentiam-se com mais direitos; na maioria dos casos, eram estas as mulheres que haviam sido esterilizadas. Ao contrário, na Cidade do México e em Sonora, mulheres urbanas e com mais escolaridade afirmaram que não seria necessário envelhecer para melhorar seu *status* social, embora também fossem esterilizadas ou usassem DIUs. Contudo, em todas as três regiões, as mulheres afirmaram que uma mulher precisava ter pelo menos dois filhos para se estabelecer como uma "mãe com direitos".

Nossos resultados sugerem que, enquanto a maternidade for, no México, um emblema da condição feminina, será difícil para as mulheres se definir primariamente como cidadãs com direitos na esfera pública. Deve-se dizer, contudo, que pelo menos algumas das entrevistadas valem-se de seu lugar de mães para construir noções de direitos emanadas das práticas de maternagem. Assim, enquanto a experiência de participação política permite a expressão coletiva das experiências de vida das participantes, a maternidade lhes dá uma razão para resistir e lutar.

Métodos contraceptivos: uma estratégia emergencial

Essa consciência genérica de direitos proporcionado pela maternidade irá variar de acordo com a arena específica da vida sexual e reprodutiva na qual ela se expressa. Assim, é especialmente forte na tomada de decisões sobre métodos contraceptivos e tem seu ponto mais fraco na sexualidade. Muitas entrevistadas tiveram dificuldade de utilizar contraceptivos antes de se tornarem mães, porque a vida sexual sem reprodução é encarada como pecaminosa ou errada. No entanto, depois que terem pelo menos dois filhos, o controle da fecundidade era claramente identificado como um direito seu. Essa compreensão, porém, só com muita dificuldade é alcançada, geralmente depois do início precoce de sua vida sexual e/ou reprodutiva, por solicitação de um parceiro, ou depois da experiência de sofrimento, maus-tratos e assistência médica durante precária durante a gravidez e o parto. Mesmo assim, os padrões de uso de contraceptivos refletem o conhecimento extremamente limitado das mulheres sobre sexualidade e anticoncepcionais (veja Tabela 5.2).

As descrições das entrevistadas a respeito das condições necessárias para a tomada de decisões relativas ao planejamento familiar variam de acorco com a idade da mulher. As mais velhas afirmaram que, quando estavam em sua fase reprodutiva, não havia nada que lhes permitisse decidir sobre o número de filhos que deviam ter. A maioria expressou arrependimento em relação a isso. Ao contrário, as mais jovens, tanto nas zonas rurais quanto nas áreas urbanas, e independentemente de seu nível educacional, afirmaram que a decisão sobre o uso de contraceptivos é uma prerrogativa da mulher. Contudo, as mulheres mais jovens só alcançaram esse ponto após muito sofrimento e muita dor. Em todos os casos, as prerrogativas foram construídas em retrospecto. Assim, uma participante de um grupo de Oaxaca dizia:

> Eu tive cinco filhos. Os quatro primeiros foram meninos, e meu marido dizia: "Vamos continuar até termos uma menina". Foi bom que o quinto tenha sido uma menina, mas na verdade eu acho que a mulher deve decidir quantos filhos vai ter, pois é ela quem sofre no parto, certo?

Outros fatores que afetam as atitudes das mulheres em relação ao direito de tomar essas decisões incluem o acesso ao mercado de trabalho e o apoio da família de origem no cuidado com as crianças, que ainda é visto como uma responsabilidade exclusiva da mulher. De fato, algumas entrevistadas estavam satisfeitas com isso; em lugar de correr o risco de um maior envolvimento masculino nas decisões sobre os filhos, formaram redes de apoio que se estendem por gerações.[19] Entretanto, poucas participantes tinham alguma consciência a respeito do direito a apoio institucional (público) para o cuidado com as crianças e somente as que pertenciam a sindicatos

---

[19] Por exemplo, em algumas famílias de Sonora, existe um acordo tácito entre mães e filhas: se a avó não tem mais filhos para criar, as filhas lhes enviam seus filhos mais velhos.

acreditavam que creches eram um direito e que os empregadores deveriam oferecê-las. A maior parte das trabalhadoras deste estudo revelou que a avaliação das opções para o cuidado com as crianças influenciou suas decisões reprodutivas. Em Nogales, uma cidade da fronteira onde floresce a indústria "maquiladora", as mulheres demonstraram ter maiores possibilidades de fazer escolhas reprodutivas, tais como usar contraceptivos no início de sua atividade sexual e reivindicar apoio para criar os filhos. Nesse caso, entre os fatores determinantes desta situação está o fato de que as mulheres estão há muito tempo no mercado de trabalho formal, completaram sua educação elementar e, ainda, como são migrantes, têm menos familiares para lhes apoiar (veja Tabela 5.2).

Por outro lado, no sul de Sonora, onde 60% da população é indígena e só fala yaqui, as mulheres só começaram a utilizar contraceptivos depois de ter vários filhos. Duas dessas mulheres tinham a fecundidade mais alta da região: uma tinha oito filhos, e a outra sete, embora ambas tivessem usado o DIU após a sexta e a quarta gestações, respectivamente. As mulheres yaquis, contudo, gostam de compartilhar a criação dos filhos com outras famílias e com a comunidade em geral e extraem algum grau de *status* desta atividade.

Existe uma diferença, no entanto, entre a informação sobre a existência de métodos contraceptivos — que é ampla graças às campanhas de mídia —, e o conhecimento sobre o modo de utilizá-los. A maioria das mulheres teve dificuldades na contracepção por falta de familiaridade com a forma de utilização dos métodos. Hortensia, que vive na Cidade do México com dez filhos, ilustra esse aspecto:

> Existem as aplicações, uma porção de coisas sujas como espumas, todos esses troços sujos que me desgostam. Como é que eu vou colocar todas essas coisas sujas lá dentro?... Pra ser honesta, eu me sinto mal quando me toco, muito mal... e se eu estiver menstruada... é horrível, tudo aquilo. Quer dizer, é muito sujo colocar todas aquelas coisas dentro de você com suas próprias mãos. Essas coisas são feias. Principalmente aquela coisa que fica enrolada, o DIU. É desconfortável; dizem que, quando faz sexo, incomoda.

Alguns estudos demonstram que, mesmo quando as mulheres têm conhecimento sobre contraceptivos antes de iniciar a vida sexual, muitas delas evitam utilizar-se disso com receio de serem consideradas pelos demais — e por si próprias —, como "promíscuas" (Rivas e Amuchástegui, 1996). Mostrar conhecimento sobre contraceptivos violaria a expectativa de que as mulheres deveriam, pelo menos, fingir serem ignorantes sobre qualquer coisa relacionada com a vida sexual. Na Cidade do México, Hortensia, de 43 anos, dizia: "Quando você vai ao serviço de saúde, eles vêm com o material e às vezes dá até tédio. Há muitas palestras informativas, mas algumas vezes você nem quer ir. As mulheres não querem porque têm medo de prejudicar seu corpo". Emilia, de 31 anos e mãe solteira, concordava: "Fazer sexo

não era importante para mim. Nem me controlar [usar contraceptivos]. Meu namorado mesmo dizia pra eu me controlar. Bem... não sabia o que usar porque não queria nenhuma informação sobre aquilo".

Na maior parte dos casos, portanto, a decisão das mulheres quanto ao uso de contraceptivos representou uma "estratégia de emergência" para parar de ter filhos e não para espaçá-los ou limitar seu número. Isso foi verdadeiro nas três regiões. No sul de Sonora e na Cidade do México, nenhuma das mulheres utilizou contraceptivos no seu primeiro encontro sexual e, em Oaxaca, a maioria começou a usá-los só depois da segunda gravidez. Nesse contexto, o eventual reconhecimento das entrevistadas quanto à necessidade de contraceptivos não pode ser subestimado. Primeiro, porque representa a primeira ação deliberada das mulheres para separar a sexualidade da reprodução. Segundo, porque é um passo para o reconhecimento de seus direitos reprodutivos, tal como estabelecidos em documentos oficiais nacionais e internacionais — embora as mulheres a eles nunca se refiram e provavelmente sequer saibam de sua existência. Nesse sentido, a convicção de que o controle da fecundidade é um domínio que lhes pertence, ajuda-as a enfrentar as limitadas opções de contraceptivos disponíveis e serve como um apoio contra a oposição dos parceiros.

Escolhas limitadas: esterilização e aborto

O fato de as entrevistadas considerarem a regulação de sua fecundidade como uma questão de autonomia pessoal reflete as influências contraditórias que as políticas populacionais têm exercido sobre as mulheres. Sob um certo aspecto, a própria existência de serviços de planejamento familiar ajuda a criar entre as mulheres expectativas de terem direito a esses serviços e mesmo ao tratamento decente e ao respeito dos profissionais de saúde. No entanto, no México, como em muitos outros países, as opções contraceptivas das mulheres são determinadas por metas demográficas e não pelas necessidades e desejos das próprias mulheres. Os programas de planejamento familiar patrocinados pelo governo, assim como os profissionais de saúde, percebem as mulheres como pessoas que ignoram suas próprias necessidades e preferem métodos controlados por médicos, como a esterilização feminina e o DIU. No México, a esterilização feminina é o método contraceptivo que mais cresce, seguida pelo DIU e pela pílula (De Barbieri, 1998; Figueroa, 1990).

Contudo, a opção pela laqueadura é altamente problemática no México, onde o consentimento informado é, no melhor dos casos, limitado. Um levantamento de 1987, envolvendo 9.310 mulheres, com idades entre 15 e 49 anos, revelou que, entre as que foram esterilizadas, 10% não participaram da decisão; 40% não assinaram o formulário de autorização; e 25% não receberam nenhuma informação sobre outras opções (Figueroa, 1993, 1994). Um levantamento do Ministério da Saúde (1988), realizado em três estados, demonstrou que 24% das mulheres que "escolheram" a esterilização o fizeram por ser o único método que conheciam (Figueroa *et al.*, 1993).

Pelo mesmo levantamento, em 18% das mulheres que usavam DIU o dispositivo foi inserido sem seu consentimento. Um estudo recente sobre a prestação de serviços em quatro estados mostrou que o governo promove vigorosamente o DIU, enfatizando sua conveniência e se concentrando nas dificuldades e nos efeitos colaterais da pílula (Fundo de População da ONU, sem data).

Nossas entrevistadas confirmam esse padrão. Muitas explicaram como sua escolha de método contraceptivo baseou-se principalmente nos conselhos dos profissionais de saúde. Isabel, de Sonora, casada, com quatro filhos, afirmou: "Quando a gente vivia na fazenda, depois que tive o terceiro [filho], uma senhora começou a trazer [contraceptivos]... ela era uma enfermeira do posto de saúde e... batia de porta em porta, convidando a gente para ir ao posto se a gente quisesse pílulas para parar de ter filhos". Angeles, que tem três filhos, revelou que o mesmo acontecia na Cidade do México:

> Eu não tive nenhum aconselhamento sobre se devia ou não fazer a ligação,eu não sabia dos prós e dos contras. Era uma ignorante. Agora, depois do que passei, acho que ganhei experiência, mas naquele tempo não [sabia]. Se eu tivesse informação sobre a operação, tinha feito outra coisa.

Após três anos tentando, sem sucesso, ficar grávida outra vez, Sofia, seu marido e seu médico da Cidade do México tiveram a seguinte conversa:

> "Você está bem, poderia dar 30 filhos a seu marido" [diz o médico]. "Então, por que ela não fica grávida?", perguntou meu marido. E o médico respondeu: "Você fez uma cesariana, não foi? E não deu nenhuma autorização para ser esterilizada, correto?" "Não, não dei" e perguntei a meu marido, "Você deu?", "Não, não dei". E o médico disse: "Sabe, eu acho que fizeram a ligação em você, mesmo sem o seu consentimento".

As mulheres mais jovens enfrentam um preconceito médico diferente, porém com a mesma falta de controle. Uma trabalhadora da universidade explica o que lhe aconteceu no serviço de saúde da Cidade do México:

> Da última vez que fiquei grávida, eu tive a menina. Estava usando um DIU e fiquei com muita raiva porque não funcionou. Eles não concordaram em fazer a ligação porque eu ainda sou muito jovem. Disseram que talvez, no futuro, eu quisesse ter mais filhos.

Outras entrevistadas disseram que, para fazer a operação em um serviço público de saúde, foi solicitada a autorização do marido, embora isso não seja uma exigência legal. Uma filiada do SITUAM, o sindicato da universidade na Cidade do México, lembrou:

> No hospital, colocaram um DIU em mim dois dias depois que meu filho nasceu. Alguém tinha me dito: "Não use isso porque pode perfurar seu útero". Eles [os médicos] dizem que não forçam, mas é quase isso... se você

> não concorda, eles não deixam você sair. No hospital, eu coloquei porque era uma condição para sair. Eles me visitavam uma ou duas vezes por dia e diziam: "Vou falar com seu marido".

No contexto institucional, porém, o aborto nunca foi apresentado como uma opção possível. O aborto, embora legal em certas condições, é condenado pelo Estado como um crime e pela Igreja Católica, como um pecado. Nesse contexto, a mulher luta para construir seu direito de interromper a gravidez, mesmo em situações que lhe ameaçam a vida. Em todos os locais de pesquisa, quase todas as entrevistadas concordaram, especialmente nas entrevistas de grupo, que o aborto era um "crime" e um "pecado". Contudo, nas entrevistas individuais, muitas justificaram a interrupção da gravidez, embora poucas reconhecessem que haviam feito um aborto. No caso de condições econômicas extremamente adversas, encaravam o aborto como apropriado para a mãe e o feto, porém não nos casos em que a gravidez interferia nos planos e desejos pessoais da mulher. As entrevistadas vêem o aborto como uma medida desesperada para evitar maiores danos a toda a família, e não como um direito individual. Pilar, que vive na Cidade do México, relata seu desejo de não ter um terceiro filho e o modo como foi convencida por seus parentes:

> Falei com meu marido que eu não queria ter o bebê e que uma amiga tinha oferecido injeções para abortar. Ele disse que era um pecado, que Deus é que manda os filhos para nós. Para ser honesta, eu queria me rebelar contra aquilo. Eu disse: "Por que você diz que Deus nos manda filhos? Eles vêm porque a gente fez sexo, não porque Deus veio e tocou minha barriga!" Mas, então, ele chamou meus parentes, e eles disseram que o que eu queria fazer era contra a natureza.

Em uma sociedade fortemente dominada pelos homens, na qual a Igreja Católica mantém grande influência sobre as políticas, os direitos mais básicos da mulher precisam ser incessantemente negociados, mesmo nos casos de risco para sua vida ou saúde. Uma mulher que ficou grávida usando DIU confrontou o médico que queria que ela continuasse a gravidez:

> O médico disse: "Você não pode remover o DIU, pois corre o risco de abortar", e eu respondi: "Por favor, retire, é minha última esperança!" O médico insistiu: "É por sua conta e risco; você é casada, afinal?". Respondi que não era, que eu era uma mãe solteira com dois filhos, pois eu tinha medo que chamassem meu marido, e que ele não deixasse retirar o DIU e que aí me deixassem com o bebê.

Com todas essas limitações, muitas mulheres têm mais filhos do que desejavam. Assim, algumas das entrevistadas descreveram a esterilização como uma opção bem-vinda. Ofélia, uma mulher de Oaxaca, afirmou: "Disse a meu marido que eu ia fazer a operação. Ele disse: 'Não; mulher que faz isso é porque tem outro homem'. Eu respondi que ele podia pensar o que quisesse, mas que eu ia fazer a operação".

Eulália, uma trabalhadora da indústria "maquiladora" de Sonora, disse:

> Eu queria fazer a operação. Não queria mais filhos, mas o médico disse: "Não, você é muito jovem, você não sabe; e o que vai acontecer se encontrar outro namorado que queira ter filhos com você?" Depois que nasceu minha segunda filha, pedi para fazer a operação outra vez, dizendo que era minha decisão, que eu tinha decidido e queria fazer.

Na verdade, ela não conseguiu a operação; o médico que fez o parto cesariano disse que não tinha recebido os papéis e afirmou: "'Se quiser, eu posso lhe abrir de novo'". Eu me senti muito mal."

Sexualidade: sobrecarga ou direito?

A ambivalência das mulheres a respeito dos métodos anticoncepcionais reflete a ausência de qualquer consciência de direitos no campo da sexualidade. A maior parte delas não se considera sujeito de sua própria sexualidade e, portanto, não toma iniciativas no sexo e apenas respondem às solicitações de seus parceiros. Amélia, uma agente de saúde da zona rural de Oaxaca, afirmava:

> Eu trabalhava na Cidade do México quando conheci ele. Ele sempre foi muito insistente e aí o que não devia ter acontecido terminou acontecendo e eu fiquei grávida. Depois, descobri que ele era casado e deixei ele. Eu não queria o papel de segunda mulher.

Embora umas poucas entrevistadas — especialmente as mais jovens, instruídas e residentes em áreas urbanas — aceitassem a existência de seu desejo sexual e encontrassem formas de satisfazê-los, suas expressões de desejo eram quase sempre apologéticas. Assim, Alejandra, que vive em uma união livre em Sonora, dizia: "Eu tinha o diabo no corpo e, Santa Mãe de Deus!, eu não ligava pra nada, não pensava em ser pega, fui com ele e pronto". A maior parte das entrevistadas não considera a sexualidade como uma experiência de prazer, estando a satisfação pessoal muito longe de seu cotidiano. Ao contrário, o sexo é considerado como uma "fardo necessário" do casamento para cumprir a tarefa da reprodução. A maioria esmagadora das entrevistadas encara a atividade sexual como uma prerrogativa masculina, estranha às mulheres e identificada principalmente com a reprodução. A maior parte obedece à doutrina católica do "obrigação conjugal", que torna as relações sexuais um dever do casal. Como lembrou Juana, uma viúva de 60 anos da Cidade do México, "eu dizia a ele que eu não queria, mas ele respondia que sim... Não, eu não era forçada, mas tinha que ser daquele jeito, [como em] todos os casamentos... e assim foi".

Algumas vezes, as mulheres expressaram a sua tristeza com essa situação desigual. Gabriela, trabalhadora de uma padaria de Sonora, manifestou este ponto de vista:

> Minhas amigas me contam; eu imagino que ele seja como todos os homens, que só ligam pra satisfação deles. Eles querem o tempo todo, toda noite, e

> você fica... cheia. Estou cheia porque estou. Com esse tipo de coisa, eles não dão a oportunidade da gente sentir vontade, de querer... Às vezes, ele me diz: "Vamos esperar até você terminar"; e eu respondo: "Não! Tudo que eu quero é que você vá, quero que você termine e vá embora", porque eles atormentam tanto a gente com sexo que você não tem chance de gostar.

A autoridade masculina sobre a atividade sexual feminina se reflete na importância da virgindade, especialmente no início dos relacionamentos. Várias mulheres falaram sobre homens que se recusaram a casar com suas parceiras ou as acusaram de terem perdido a virgindade. Dizia Ofélia, que trabalha como secretária em Oaxaca:

> Não sei o que aconteceu porque, quando eu me casei,eu não era virgem. Quando a gente casou, ele tinha essa idéia de que eu devia sangrar, e isso não aconteceu. A gente teve muitos problemas. Ele disse: "Se o bebê for menino, você pode ficar, se for menina, você vai embora". Eu concordei, não é? Durante toda a gravidez, eu pensava que tudo isso só tinha acontecido porque eu não era uma señorita. No final, eu tive um menino e aí pude ficar com ele.

O fato de as mulheres continuarem tão alienadas de sua sexualidade reflete, em parte, a inexistência de qualquer discussão sobre sexualidade na família, no bairro, na escola ou em qualquer outra instituição. Pelo menos até recentemente, o silêncio na família era representado pelas mães que não se sentiam autorizadas a dar a suas filhas a menor orientação sexual. As observações de Virgínia, uma mulher casada de Oaxaca, demonstram isso:

> Antes, qualquer coisa sobre menstruação era secreta de verdade. As mães da gente não davam nenhum conselho; pelo contrário, quando você se aproximava delas pra dizer o que estava acontecendo, elas respondiam: "Isso é porque você anda fazendo coisa ruim".

Um exemplo dramático de como a falta de conhecimento construiu as percepções do corpo e da sexualidade de uma participante da pesquisa é dado por Pilar, de 28 anos:

> Uma vez, eu vi sangue nos pés de uma moça, e me disseram que ela tinha sido estuprada, que um homem tinha abusado dela. Eu não sabia como aquilo podia acontecer, nem imaginava que eles botavam sua "coisa" dentro da gente. Então, quando eu fiquei menstruada, comecei a chorar. Minha irmã perguntou o que tinha acontecido, e eu disse que tinha sido estuprada. Eles começaram a me bater e a perguntar: "Quem foi?"; respondi: "Ninguém". Então disseram: "Como é que foi estuprada?" "Eu não sei, estou sangrando", mas não me disseram que eu podia ficar grávida, não me disseram nada.

Assim, o casamento, ou a união com um homem, raramente é concebido como um ato consciente. Juana conta a história de seu casamento, que começou com sua fuga aos 15 anos:

> Ele falou comigo, e eu pedi pra ele falar com meu pais, mas ele não foi. Um dia eu saí e não fui para o trabalho, fugi com ele [risadinha]. Fui uma tola porque não tive a capacidade ou a inteligência de dizer não. Fui uma tola. Meus pais ficaram com muita raiva de mim. Eu simplesmente fugi.

Da mesma forma, a primeira gravidez da maioria das entrevistadas não foi planejada e tampouco foi fruto de uma decisão. Algumas delas nem mesmo sabiam sobre a concepção. Sofia, de 27 anos, explicou:

> Eu não sabia muita coisa. Não imaginava nada. Por exemplo, quando minha menstruação parou, eu me perguntei: "Por quê?". Finalmente, eu contei a ele e ele me disse: "Quer dizer que você está grávida". E eu respondi: "Vou ter um bebê? Isto não é possível!".

Algumas mulheres tinham mais informação sobre sexualidade e, portanto, sentiam-se mais preparadas para tomar decisões. Gabriela comentou sobre seu casamento, há vinte anos:

> Eu já tinha 27 anos. Já sabia [sobre sexo] pela experiência de amigos, pelo que tinha ouvido dizer ou lido. Assim, eu sabia em que eu tava me metendo, não era mais ingênua. Acho que eu me casei numa boa idade. Nesta altura, já tinha me divertido muito, com muitos namorados, bons e ruins. Eu já queria ter filhos.

Mesmo assim, a maioria das mulheres colocou suas decisões reprodutivas nas mãos de seus parceiros. Eulália, uma jovem trabalhadora da indústria "maquiladora", disse: "Eu sei que concordei... mas somente com a condição de que ele tomasse conta de mim".

Ao iniciar sua vida sexual, não importa se para atender a necessidades de outros ou se para ter seu primeiro filho, muitas mulheres pareciam estar, na verdade, procurando uma compensação para privações e perdas emocionais. Ofélia fugiu com o homem que depois se tornou seu marido. "Eu não estava, como se diz, apaixonada", explicou. "Pensava que meu marido seria minha salvação, por causa da situação que eu tinha em casa... mas não mudou, ficou até pior."

Pilar, agora separada, falou sobre o marido:

> Ele não era grosso... era gentil, puxava a cadeira para eu sentar. Ele nunca dizia "Eu quero você", como todos os homens fazem. Ele era diferente. Me tratava como um ser humano, como um igual. Me contava que sua mãe abraçava ele e cantava pra ele, coisa que eu nunca tive. Me lembro de dizer para ele: "eu queria ter uma família como a sua".

É possível argumentar que, mesmo nesses contextos, as mulheres fazem escolhas individuais, embora de maneiras que contradizem o modelo da escolha racional. Esse modelo, que influenciou as políticas populacionais pelo menos durante vinte

anos, pressupõe que as pessoas escolhem livremente entre opções ilimitadas, não levando em conta que todas as decisões, inclusive sobre reprodução, são socialmente limitadas. No entanto, como foi apontado por vários estudos sobre a tomada de decisões reprodutivas, tanto no Sul quanto entre as populações pobres ou marginais do Norte, embora as mulheres se envolvam ativamente na melhoria de suas condições de vida, fazem-no dentro dos limites impostos por uma realidade opressiva do ponto de vista social, econômico e cultural (veja López, 1993; Petchesky, 1990). As mulheres mexicanas não constituem uma exceção a este contexto.

A maioria das entrevistadas — especialmente as sindicalistas e as ativistas de saúde reprodutiva na Cidade do México — afirmou que não era sua obrigação responder sexualmente a cada vez que seus parceiros as solicitassem. Contudo, durante as entrevistas individuais, muitas revelaram que aceitavam o desejo do marido por sexo, mesmo contra a sua vontade. De vez em quando, tentavam resistir, mesmo sem resultados. Hortênsia, uma mulher da Cidade do México, com dez filhos, afirmou:

> Algumas vezes, quando o bebê era pequeno, ele me importunava, e eu respondia: "Não, vou ficar grávida outra vez". Um dia ele me bateu com força quando eu disse não... ele me bateu com um sapato porque eu não quis. Eu sempre fui forçada, mesmo agora... tenho que fugir para a rua, tenho que sair.

Negociando direitos: acomodações e resistências

Fica claro nessa discussão que as mulheres pobres mexicanas afirmam seus direitos no campo da sexualidade e da reprodução através de estratégias de acomodação e resistência, muitas vezes contraditórias. Enquanto a estratégia de acomodação implica uma solução de compromisso para evitar danos, como violência doméstica ou deterioração do padrão de vida, a estratégia de resistência refere-se ao nexo entre práticas e percepções utilizadas para transgredir as normas de gênero dominantes ou para atuar de diferentes maneiras no sentido de ampliar seus direitos. Em geral, as entrevistadas adotam a estratégia de acomodação nas áreas em que têm pouco controle, tais como a iniciativa ou a recusa do sexo, ou o trato com os profissionais de saúde. Empregam a estratégia de resistência nas áreas em que conseguiram uma forte consciência de direitos — especificamente, para manter sua participação em grupos, defender-se contra a violência doméstica e controlar sua fecundidade depois de ter filhos.

Ao empregar essas estratégias, as mulheres entrevistadas não lograram subverter os papéis de gênero, pois ambas as estratégias têm como objetivo, na maioria dos casos, a sobrevivência, e não a transformação das condições existentes. Isso pode ser observado especialmente no que toca ao sexo coercitivo. De forma consistente, tanto em grupo quanto em entrevistas individuais, as mulheres revelaram a conexão

entre violência física, estupro conjugal e o consumo de álcool, especialmente na Cidade do México e em Oaxaca. Para sobreviver, uma mãe solteira da Cidade do México usa a estratégia de acomodação com seu parceiro: "Como ele bebia muito, às vezes queria fazer sexo, o que para mim é muito desconfortável, mas ele era tão teimoso que eu aceitava... e ele insistia de novo".

Uma indígena de Oaxaca, por seu lado, resistia:

> Meu marido fica com muita raiva quando eu volto do grupo; quase sempre ele tá bêbado, mas eu ignoro, e é por isso que eu estou bem melhor aqui, aprendendo novas coisas, no lugar de ficar ouvindo besteira de bêbado, e vou continuar vindo.

Algumas das mulheres começaram a entender o estupro no casamento somente depois que conversaram a respeito desse assunto nas reuniões dos grupos. Uma participante do grupo de base de mulheres UNPNT da Cidade do México explicou:

> Agora eu aprendi o que é abuso sexual; é quando você não quer fazer, e eles lhe obrigam. Antes, eles lhe forçavam, e você não reclamava, não dizia nada, você pensava que era seu dever como esposa.

A maior parte das entrevistadas iniciou a vida adulta como mulheres "invisíveis", capazes apenas de atender às necessidades alheias. Esse processo só começa a ser revertido depois da repetida resistência à gravidez e após anos de participação nos grupos comunitários.

O uso freqüente das estratégias de acomodação para lidar com a sexualidade pode também refletir o fato de que a maioria das participantes não define a atividade sexual como prazerosa. Ao contrário, a maior parte delas define a atividade sexual como um requisito da maternidade, extremamente preciosa para a maioria, ou para satisfazer as exigências do marido. Algumas afirmaram ter descoberto depois, principalmente através da participação nos grupos, que tinham o direito de recusar o ato sexual, sempre que fosse uma exigência do parceiro.

No relacionamento com os profissionais de saúde, as entrevistadas, de modo similar, utilizavam a acomodação para sofrer o menor dano possível. Uma participante do sindicato da universidade, na Cidade do México, assim descreveu: "O médico com sua cara de doutor e seu jeito de me tratar como 'mulher chorona'... O que é que você pode fazer?... Somente agüentar!" As mulheres não reclamam, acrescentou, "pois o que vai acontecer se você pegar o mesmo médico na próxima vez? Ele vai lhe tratar ainda pior! É a mesma coisa com os professores, se você reclama, eles descontam na criança". A experiência de Pilar com os profissionais de saúde é ainda mais intensa:

> A dor era tão forte que eu estava quase gritando... então escutei o que estavam dizendo para a mulher a meu lado: "Você devia ter gritado assim quando ele lhe fodia", e eu disse para mim mesma "Oh, meu Deus!" Era um

> dos médicos assistentes, porque infelizmente quem cuida de você são estes auxiliares, não os próprios médicos.

A maioria das entrevistadas demonstrou ter algum grau de consciência sobre a coerção do Estado e o abuso nos programas de planejamento familiar, e a maior parte se opunha a qualquer forma de contracepção involuntária. Contudo, a esterilização sem consentimento, embora ilegal, geralmente não era contestada, especialmente nos bairros mais pobres. Alejandra, que vive em um bairro marginal da região urbana de Sonora, afirmou:

> [Depois do parto], o doutor me visitou e disse que tinha me "ligado" [esterilizado], eu queria saber, pois tinha sofrido muito; depois de tudo que eu tinha passado, eu não queria voltar para o hospital outra vez. O doutor fez alguns exames e disse, rindo: "Minha cara, por enquanto você não tem problema, pode esquecer, pois não vai ficar grávida outra vez. Nós 'ligamos' você, mas não é permanente porque você é jovem demais".

As entrevistadas utilizaram estratégias de resistência para conseguir algo positivo, como mostra o caso de Sofia, cujo marido pediu que ela abortasse na primeira gravidez:

> "Por que eu devia abortar?" [perguntei]. Então meu marido respondeu: "Porque este filho não é meu", e eu respondi: "Bem, e daí?". E ele disse: "Porque não vou sustentar um filho que não é meu". Mas eu queria alguma coisa que fosse realmente minha e decidi ter o bebê para acarinhá-lo.Eu não queria fazer aborto.

Os significados da sexualidade e da reprodução são tão difusos que as ações de conceber ou não filhos podem ser ambas interpretadas como estratégias de resistência. Em especial, como a reprodução ocorre no interior do corpo da mulher, as entrevistadas a vêem como algo seu e, portanto, acham que têm o direito de decidir. Uma participante de uma entrevista de grupo na Cidade do México descreveu assim sua decisão de fazer a esterilização:

> Eu acho que esta decisão deve ser sempre da mulher. No meu caso, fui eu quem decidiu. Quando tive meu segundo filho, fui no Departamento de Planejamento Familiar e pedi anticoncepcionais. Meu marido ficou com raiva, mas eu lhe disse que não me importava, que eu não queria ficar grávida. Mais tarde, eu pedi pra tirarem o DIU, tive meu terceiro filho e decidi que bastava. Fui lá e pedi pra fazer a ligação.

Nesses casos, o fato de que as mulheres podem oferecer resistência aos parceiros e às famílias reflete um contexto social em que se sentem suficientemente confiantes na sua identidade de gênero e na sua capacidade de sobrevivência, para desafiarem as normas culturais dominantes. Como a maioria das entrevistadas considera a família e o fato de pertencer a uma comunidade como centrais na sua vida, muitas vezes,

sua resistência não é aberta. Com freqüência, é discreta e encoberta, refletindo o poder que as normas familiares, sociais e culturais representam na vida de cada mulher. Por exemplo, em relação ao sexo forçado, uma mulher de um grupo de indígenas de Oaxaca falava de negociação:

> ...é assim que a gente é criada aqui; o homem é quem manda, e a gente tem de obedecer, não é? Às vezes, por causa de doença, ou porque a gente tá sem vontade, ou por causa dos filhos, ou porque a gente não quer mais filhos... Mas, o homem não aceita, não entende, e diz: "Quem manda sou eu, não é você"... É muito difícil, mas a gente tenta e, pouco a pouco, a gente consegue que eles entendam um pouquinho.

Em relação à assistência à saúde, algumas entrevistadas conseguiram opor resistência aos serviços de saúde e exigir mais atenção às suas necessidades durante o parto. Isso foi particularmente verdadeiro entre as participantes de áreas urbanas, com maior nível educacional. Emília, uma mãe de dois filhos da Cidade do México, dizia:

> Eu ia fazer uma cesariana e, supostamente, todo mundo conhecia meu problema no hospital. Aí, um médico chegou perto de mim e disse: "Madrecita (mãezinha), vou lhe dar esta pequena injeção para que seu parto corra bem". Respondi que eu ia fazer uma cesariana, e não um parto normal, mas ele disse que era o médico, o que dava as ordens. Mas eu não aceitei aquilo e chamei outro médico, que chamou outro médico. Finalmente, o chefe da enfermaria chegou e repreendeu o primeiro doutor: "Como é que você não prestou atenção ao que esta mulher dizia? É para isso que existem os registros!".

Entretanto, mesmo nos casos em que a mulher é capaz de protestar, raramente ela enxerga para além do agressor imediato, ou faz alguma ligação entre o abuso que o médico, pai, marido ou parceiro está cometendo contra ela e o contexto macrosocial de autoritarismo, pobreza e abuso. Nesse sentido, ainda está para ser construída uma estratégia coletiva de resistência.

Dos direitos para a ação

Em todas as regiões e em todos os grupos, muitas entrevistadas expressaram grande inquietude em relação à ação de agências governamentais, sejam médicas, legais ou judiciárias. Reforçando essa desconfiança endêmica, os serviços de saúde e planejamento familiar mostram uma especial falta de consideração para com os direitos reprodutivos das mulheres ao enfatizar mais as metas demográficas do que a informação que possibilite às mulheres fazer escolhas baseadas em informações confiáveis. Essa falta de consideração confirma a opinião das mulheres de que não são vistas como pessoas com direitos ou com um mínimo de dignidade. Especialmente na Cidade do México,

as mulheres descreveram o tratamento abusivo que recebem dos profissionais de saúde na rede pública, ilustrado na experiência de Rosa, de 35 anos:

> Eu fui para o hospital às 6 h e fiquei lá a noite toda... Eles me deixaram sozinha na posição de dar à luz. Eu falei com o doutor, mas ele disse que não era minha vez, que eu tinha de esperar... Eu não sabia, e ninguém me disse, como meu filho ia nascer... Eles só me deixaram ali, de perna aberta. Se fizessem isso comigo agora, eu ia protestar, mas naquele tempo eu não disse nada.

Exemplos como esse foram citados por entrevistadas de todas as localidades; contudo, a verbalização das queixas em ambiente de grupo ou de família raramente evoluiu para uma reivindicação formal de reparação. Embora todas as participantes concordassem que a introdução de um DIU sem o consentimento da mulher era uma clara violação de seus direitos humanos, nenhuma delas considerou a possibilidade de proceder a uma ação legal. A maioria das entrevistadas considerava que a remoção do DIU era suficiente como reparação e que ações legais deviam ser movidas somente em casos de esterilização involuntária. Algumas acreditavam que uma ação penal só se justificava em casos extremos, como mutilação ou perda de um filho. Quando convidadas a refletir sobre fatos reais que lhes aconteceram, algumas entrevistadas expressaram relutância em ir mais fundo na resolução de seus problemas. Sofia explicou:

> Eu tinha pensado em fazer uns exames para ver se tinham mesmo me esterilizado e, se tinham, por quê? O que é que dá o direito a eles de tirar alguma coisa que não é deles? Mas, não sei, acho que eu ia ficar muito decepcionada. Eles me trataram tão bem no hospital!

A relutância de nossas entrevistadas em mover ação legal contra abusos médicos deve ser compreendida no contexto das instituições policiais corruptas e ineficientes, que geram não apenas medo de retaliação, como também um senso de inutilidade na demanda por direitos reprodutivos. O fato de que tantas mulheres atribuem aos profissionais de saúde autoridade sobre suas vidas deriva, em grande parte, da falta de confiança no sistema judiciário do México e da falta de informação sobre como ter acesso à justiça. Nenhuma das entrevistadas pensou que seu caso receberia atenção apropriada das autoridades da justiça. Patricia, que vive na Cidade do México, afirmou:

> Você não pode abrir processo. As coisas não avançam. Recentemente, uma amiga morreu. Ela tinha um cisto no ovário. Foi para o hospital da previdência social e lá foi operada. Teve uma infecção porque deixaram alguma coisa dentro dela. Abriram outra vez, e o anestesista exagerou. O marido abriu processo, mas não avançou. Desde a primeira vez que foi à agência, disseram: "É contra a previdência social? Ora, você tá perdendo tempo".

Em Oaxaca, muitas das indígenas entrevistadas afirmaram que preferiam apelar para os líderes locais — normalmente, homens, mas, às vezes, mulheres — para resolver essas situações. É interessante notar que a única mulher que desafiou uma

autoridade médica era da zona rural de Oaxaca: "Não deixei que eles me esterilizassem, e eles disseram que dentro de pouco tempo eu ia voltar, grávida de novo. Respondi que era para isso que eles estavam ali, que estavam ali para nos dar atendimento médico". Porém, essa atitude foi rara. Assim, em uma época em que o lugar da mulher na esfera da reprodução envolve tanto responsabilidades tradicionais quanto novas, incluindo o trabalho para sustentar a família, o termo *direitos* ainda traz à tona significados ambíguos. A maior parte das entrevistadas adquiriu uma certa consciência de direito através de sofrimentos e confrontos e, na sua experiência, os "direitos" conferidos pelo Estado vieram acompanhados de novas obrigações. Virginia, também de Oaxaca, explica por que tinha objeções a esses direitos:

> Eu acho que os direitos devem ser pessoais e não porque alguém chega e lhe diz: "Estes são seus direitos". Isso é como se estivesse dando ordens, não é? Nós mulheres devemos dizer: "Este é meu direito e eu tenho que fazer isto. Não vou esperar que alguém me diga." Porque é como se meu marido dissesse: "Faça isto, não faça aquilo". Eu acho que você deve escolher seus direitos de acordo com sua vida.

Na verdade, as entrevistadas afirmaram que a participação política as tinha estimulado a abordarem a questão dos direitos em uma perspectiva distinta. Durante uma dramatização, na qual as mulheres expressavam o que para elas significava o termo *direitos*, surgiram idéias como "liberdade", "movimento", "o direito de falar o que se pensa", "direito a vida, educação, trabalho, saúde, alimentação, descanso, respeito" ou à autonomia sobre o próprio do corpo. Segundo Juana:

> Um direito é quando eu tenho alguma coisa, alguém tenta tirá-la de mim, e eu digo não, porque é minha "propriedade" [property]. Se há uma agressão contra meus filhos, eu posso gritar contra os agressores ou evitar os machucados, porque meus filhos são meus, como um pano que é meu e ninguém pode tirar. Somente quando a filha se casa e sai de casa é que não tenho mais nenhum direito.

A concepção do termo *direitos* varia de acordo com o tipo de grupo a que as mulheres pertencem. Aquelas envolvidas em sindicatos e em organizações de bairros, que incorporam termos políticos e legislativos aos seus programas educacionais, estavam mais preparadas para discutir os modos de utilização da lei para fazer respeitar seus direitos do que aquelas que participavam de grupos de saúde e educação. Ironicamente, essas mesmas mulheres tinham mais dificuldade de expressar como se constituíam em sujeitos de direitos nos seus relacionamentos mais próximos e nas suas vidas cotidianas do que as mulheres que participavam dos grupos de saúde e educação, mencionados acima.

Em resumo, pode-se dizer que as mulheres se apropriaram de elementos que derivam dos discursos dos direitos humanos e do feminismo sem, contudo, expressar plenamente nenhum deles. Atualmente, prevalece uma noção algo mágica dos

poderes transformadores do grupo. Como disse uma mulher de um grupo de bairro da Cidade do México: "Desde a primeira vez que a gente vai às reuniões, você já está mudada, você fica mais independente, e eles [os maridos] não lhe reprimem tanto quanto antes". Entretanto, por falta de uma perspectiva de gênero crítica, as mulheres não foram capazes de transformar esta experiência de valoração pessoal da participação política em um exercício de construção de uma consciência coletiva de direitos.

Assim, embora as entrevistadas confiem nas estratégias gestadas nos grupos como um modo de melhorar sua situação de poder na família, a maioria dá mostras de que está mais disposta a se engajar em ações coletivas em torno de questões comunitárias do que a mudar os arranjos de gênero. Embora vínculos mais fortes entre feministas e organizações de mulheres populares possam facilitar a expressão de uma perspectiva de gênero crítica, que permita às mulheres populares fazer avançar seus direitos, estas articulações só muito recentemente se iniciaram e, na maior parte dos casos, não passam de tentativas.

Conclusão: direitos da mulher como direitos humanos

Este estudo indica que as noções de direitos reprodutivos entre mulheres pobres do México não estão limitadas às definições legais formais, mas envolvem um campo mais amplo no qual elas vêm construindo uma voz própria. Na verdade, o conhecimento das entrevistadas a respeito de leis e dispositivos relacionados aos direitos reprodutivos é bastante limitado. Formulações sociais e informais dos direitos coexistem com discursos legais e formais e em diferentes graus de apropriação por parte das mulheres. Uma questão crucial é a de que direitos não fazem parte do processo de socialização dessas mulheres. Os direitos não são definidos como algo que os indivíduos têm pelo simples fato de serem seres humanos, mas como algo a ser ganho (ou recebido de outros), principalmente através do sofrimento, do trabalho ou da má conduta do parceiro. Portanto, entre nossas entrevistadas, a consciência de direitos toma a forma da lembrança das suas necessidades que se forja após o fato consumado. Além disso, a violência e a coerção dentro da família e nos serviços públicos tornam muito difícil a construção de um sujeito de direitos. No entanto, este estudo sugere que a participação em grupos — permitindo que as mulheres se encontrem umas com as outras e, assim, reconheçam suas próprias necessidades e aspirações — pode vir a modificar essa situação.

As possibilidades de ações para reivindicar ou afirmar direitos estão baseadas em um processo de constituição do sujeito, isto é, no reconhecimento de sua existência por si mesma, assim como pelos outros. Os principais elementos desse processo são a apropriação do corpo como o domínio da autonomia individual e a construção de uma voz como expressão de sua capacidade de agir em seu próprio

nome. Se é verdade que algumas dessas mulheres perderam a autonomia e, até certo ponto, cederam a outras pessoas o controle de sua vontade, de seu pensamento e de seu corpo, é de se esperar que não possam se considerar sujeitos em certas áreas de suas vidas. Nesse contexto, a noção informal de direitos expressa pelas entrevistadas vem sendo construída mais como uma estratégia reativa e defensiva perante a violência e o abuso do que como uma consciência de direitos derivada de desejos, aspirações e projetos de vida. Para a maioria das mulheres, a declaração "Eu quero" precisa ser mediada pelas necessidades dos outros, principalmente dos filhos, ou substituída pelo seu oposto, "Não quero", em geral como resposta à agressão.

O fato de que as mulheres envolvidas em movimentos urbanos, lutando por melhores condições no trabalho e na comunidade, mostram mais conhecimento e apropriação da lei do que aquelas que pertencem às organizações de educação e saúde levanta a questão: a abordagem dos direitos com base em esferas econômicas e políticas pode ser estendida às áreas consideradas tradicionalmente como "privadas", tais como a sexualidade e a reprodução? Nosso estudo sugere que este é um processo problemático. Embora as entrevistadas que pertencem a grupos sindicais e de bairros pareçam mais capazes de utilizar estratégias de resistência e tenham mais possibilidades de alcançar suas metas, há uma distância entre essas capacidades e a aquisição de recursos para solucionar os problemas relacionados com a sexualidade e reprodução. É menos provável que se engajem no exercício cotidiano de seus direitos nas relações pessoais do que, por exemplo, em uma defesa legal contra uma fraude imobiliária. A luta coletiva por melhores condições de vida parece ajudar as mulheres a se sentirem apoiadas para dar voz a seus direitos, diferentemente de quando defendiam direitos por si mesmas, sem a presença do grupo. Em outras organizações, menos politizadas mas mais centradas nos temas de saúde e da família, as participantes mostraram uma capacidade mais profunda de refletir sobre seus corpos, sua sexualidade e o direito de decidir sobre essas questões, porém revelaram uma distância ainda maior entre a expressão verbal e sua defesa prática.

Esses achados indicam que, independentemente de como a consciência de direitos é construída, os riscos de transforma-la em ação política colocam dificuldades práticas para as mulheres. Isso não ocorre apenas em função dos significados culturais de gênero, reprodução e sexualidade, que desconsideram as mulheres como sujeitos de direitos, mas também pela marginalidade política e social das mulheres pobres, que coloca fora de seu alcance as soluções institucionais. Embora a auto-apropriação do corpo e a noção de sujeito de direito sejam condições necessárias para a construção dos conceitos de direitos e cidadania, isso não pode ser alcançado sem a intervenção ativa de instituições sociais e políticas, que legitimem e façam cumprir os direitos. Ou seja, mesmo considerando a capacidade subjetiva dos indivíduos de se sentirem como sujeitos de direitos, é impossível exercer a cidadania, especialmente no México, sem as condições políticas, sociais e culturais que a proteja.

No México de hoje, a construção dos direitos reprodutivos como direitos das mulheres está contaminada por uma cultura política na qual as instituições políticas e sociais são vistas com desconfiança e a cidadania perde valor por causa do contexto autoritário e antidemocrático em que vivemos. É exatamente por essa razão que definições formais ou legais de direitos são estranhas para a maioria das entrevistadas. Ao mesmo tempo, é esse contexto que está impulsionando a participação das mulheres pobres em grupos em todos os tipos, resultando em uma consciência e mobilização coletivas diferenciadas em torno de temas de participação social e direitos na família e na sociedade. Por esse motivo, as noções informais sobre direitos expressas pelas mulheres deste estudo são importantes: revelam os meios pelos quais elas constroem a consciência de que são sujeitos, não importando as definições ou denominações formais.

Na verdade, eventos recentes sugerem que as mulheres pobres do México estão também apresentando reivindicações mais formais e públicas. A proposição básica deste capítulo, de que as mexicanas estão em um processo de se constituírem como sujeitos de direitos, pareceu confirmada nas eleições nacionais e locais de 1997, que acabaram com o monopólio de 68 anos do PRI e levou ao poder candidatos conservadores em vários estados, assim como um partido de centro-esquerda, o Partido da Revolução Democrática (PRD). O mais notável é que as mulheres representaram um número sem precedentes de eleitores — 51% do eleitorado —, segundo funcionários da eleição federal (Jusidisman, 1997). Além disso, as mulheres indígenas, especialmente nos estados de Chiapas e Oaxaca, começaram a organizar campanhas nacionais, reivindicando melhores condições sociais, mais acesso à educação e liberdade reprodutiva para as mulheres.

Assim, à medida que as contradições sociais se aprofundam no México, impulsionando as mulheres para a esfera política, novos significados são gerados para o termo *direitos*. À medida que as mulheres populares se juntam em grupos — sejam grupos focalizados nas necessidades do trabalho ou da saúde —, expandem sua consciência de direitos nas áreas ligadas à reprodução. A consciência coletiva desenvolvida pelas mulheres lhes ajuda a desafiar a apropriação pelo Estado do direito constitucional de tomar decisões sobre a saúde reprodutiva. Embora essas mulheres ainda não tenham traduzido sua nova consciência em formas de resistência coletiva, o próprio processo de identidade coletiva, ao expandir as expectativas pessoais e desenvolver a consciência, abre a possibilidade de rearticular os usos formal e comunitário do termo *direitos*, de modo a vincular suas dimensões pessoais e sociais.

Finalmente, ao reconhecer as mulheres populares como agentes ativos, em lugar de vítimas de normas e condições repressivas, também reconhecemos que a questão da reprodução não era a sua principal preocupação. Para entender de forma mais completa suas prioridades, precisaríamos investigar mais profundamente as concepções das mulheres sobre a sexualidade e o prazer. Tais preocupações íntimas,

embora parte latente de sua emergente consciência de direitos, permanecerão provavelmente sem expressão até que as mulheres sejam capazes de exercer um maior controle sobre as condições sociais e econômicas que determinam suas vidas.

Tabela 5.2 Mulheres entrevistadas

	Nome	Idade	Educação	Estado Civil	Trabalho	Nº de Filhos	Método Contraceptivo
Cidade do México	Alicia	43	Técnica	Solteira	Nenhum	0	Sim; não especificado
	Emilia	31	Segundo grau	Solteira	Nenhum	1	DIU (após o 1º filho)
	Pilar	28	Primeiro grau	Separada	Setor informal	3	DIU (após o 3º filho)
	Angeles	41	Primária	Segundo parceiro	Empregada	3	Esterilização
	Juana	60	Nenhuma	Viúva	Nenhum	9	Não
	Patricia	26	Segundo grau	União livre	Nenhum	2	Esterilização
	Hortensia	43	Nenhuma	União livre	Nenhum	10	Esterilização
	Rosa	35	Primeiro grau	Casada	Nenhum	2	Coito interrompido
	Sofia	27	Primária	União livre	Doméstica remunerada	2	Esterilização (suspeita)
Oaxaca	Dolores	30	Segundo grau	Casada	Secretária	2	Tabelinha
	Natalia	44	Primária	Solteira	Agrícola	3	Não
	Teresa	46	Primária	Casada	Nenhum	8	DIU (depois de todas as gestações)
	Virginia	27	Primária	Casada	Nenhum	2	DIU
	Amelia	39	Superior (Enfermeira)	Casada	Voluntária	2	Não
	Laura	33	Nenhuma	Solteira	Tecelã	0	Não
	Vicenta	21	Primária	Solteira	Tecelã	0	Não
	Sara	30	Primária	Casada	Agrícola	3	Não
	Rocio	40	Primária	Casada	Nenhum	3	Esterilização
	Ofelia	40	Técnica	Casada	Secretária	3	Esterilização
Sonora	Gabriela	47	Primária	Casada	Trabalhadora de padaria	3	Esterilização
	Alejandra	38	Primária	Casada	Doméstica remunerada	5	Esterilização
	Eulalia	28	Primeiro grau	Solteira	Trabalhadora da indústria "maquiladora"	2	Pílula
	Mariana	42	Primária	Casada	Doméstica remunerada	2	Esterilização
	Ernestina	40	Primeiro grau	Divorciada	Doméstica remunerada	7	DIU
	Isabel	36	Primária	Casada	Doméstica remunerada	4	Pílula (após o 3º filho)
	Lucia	48	Primária	Solteira	Vendedora	6	Não
	Marta	40	Primária	Viúva	Doméstica remunerada	7	Esterilização
	Petra	38	Nenhuma	Viúva/união livre	Nenhum	8	DIU
	Herlinda	27	Primária	Casada	Trabalhadora da indústria "maquiladora"	2	DIU

6

Sexualidade e Fecundidade das Mulheres na Nigéria

Rompendo a cultura do silêncio

Grace Osakue e Adriane Martin-Hilber[1]

Atualmente, as nigerianas vivem sob um regime militar autoritário que reforça as normas patriarcais tradicionais e é por elas sustentado. Essas normas, que giram em torno de mitos e rituais ancestrais destinados a perpetuar o *status* inferior da mulher na sociedade, são particularmente rígidas no que diz respeito à vida sexual e reprodutiva das mulheres e meninas (Renne, 1993). No entanto, embora muitas nigerianas ainda defendam práticas nativas que põem em risco sua saúde e seu bem-estar, as decisões reprodutivas que de fato orientam sua vida cotidiana muitas vezes violam as normas convencionais. Nesta pesquisa procuramos identificar os modos pelos quais as nigerianas lidam – aceitando ou rejeitando – com o controle masculino sobre sua sexualidade e fecundidade e, ainda, buscamos compreender se e como este padrão muda ao longo de seu ciclo de vida. Ao fazer isso, descobrimos que, ao tomar decisões sobre a vida reprodutiva e sexual, as mulheres conciliam a tradição patriarcal com as necessidades econômicas. Ao mesmo tempo em que se acomodam às normas de gênero e aos sistemas tradicionais de crenças, também tentam garantir

[1] Além das duas autoras citadas, deram contribuições substanciais para a formulação deste capítulo as três coordenadoras zonais da equipe nigeriana do IRRRAG: Bene Madunagu (sudeste), Jane Osagie (sudoeste) e Hajara Usman (norte). Também gostaríamos de agradecer a Beth Richie, pela ajuda e orientação como nossa consultora de pesquisa, e a Anton Hilber, pela ajuda na pesquisa de fontes secundárias e informações gerais.

certas áreas de controle para si mesmas e expressam desejo de mudanças em certas questões. No entanto, isso ocorre com mais força nas etapas iniciais e finais da vida, sendoo início do casamento e a maternidade as épocas de maior acomodação à tradição. Para entender as nuances dessa situação, é necessário situá-la no contexto das atuais condições políticas, econômicas e culturais da Nigéria, buscando compreender de que modo restringem as atividades sociais e a vida sexual e reprodutiva das mulheres.

Contexto político

O Estado nigeriano foi uma criação artificial do domínio colonialista britânico, que durou de 1914 a 1960. Esse fato é central para entender o governo e a política nacional, assim como o modo como foi construído, a partir do confronto entre diversidades: étnicas, lingüísticas, geopolíticas, religiosas e de classe.[2] O colonialismo britânico reforçou e explorou sistematicamente as diferenças e rivalidades entre os grupos étnicos, resultando no parcelamento do país em 36 estados e três macrorregiões — Norte, Sudoeste e Sudeste —, que caracterizam o seu mapa atual (Hussaina Abdullah, 1996). Desde a independência, a Nigéria passou por numerosas tentativas, todas fracassadas, de implementar um sistema democrático duradouro, seguidas, desde 1983, de um governo militar que se mantém até hoje. Disputas e hostilidade aberta entre militares e também entre lideranças civis têm resultado em inúmeros golpes e contragolpes. Além disso, o país tem sido crivado de conflitos relacionados à autonomia regional e ao controle de recursos naturais, especialmente seu produto mais preciosa — o petróleo. Essa e outras disputas agravam o fracasso governamental em harmonizar interesses locais, étnicos e setoriais divergentes e em promover a unidade nacional e o desenvolvimento econômico eqüitativo.

Atualmente, os diferentes setores da estrutura administrativa governamental influenciam toda e qualquer área setor da vida nigeriana, sendo mais eficientes nas zonas rurais. O regime militar repressivo do General Abacha mantém-se no poder, sem qualquer tolerância a opiniões políticas divergentes e permeado pela ineficiência, pela corrupção e pelo clientelismo endêmicos.[3] Embora o atual regime continue oficialmente comprometido com a transição para um governo civil desde 1998, essa meta parece cada vez mais distante, dada a história de repressão e o embuste político representado por Abacha (a execução, em 1995, do autor e ativista político Ken Saro-Wiwa e de outros oito ativistas ogonis foi apenas o exemplo mais dramático

---

[2] Entre os cerca de 250 grupos étnicos e das 250 a 400 línguas distintas do país, são considerados mais importantes os hauçás e os fulanis (Norte), os iorubas (Sudoeste) e os ibos (Sudeste). Quase a metade da população é muçulmana (vivendo principalmente no Norte) e cerca de 35% são cristãos, com muitos destes e os demais, 15%, praticando várias formas de religião tradicional africana (Hussaina Abdullah, 1995; NDHS, 1992).

[3] Segundo o Índice de Percepção de Corrupção de 1996 e de 1997, a Nigéria foi considerada a nação mais corrupta do mundo (Transparência Internacional, 1997).

dessa repressão). Nesse meio tempo, a economia nigeriana, centrada no petróleo, continua em crise e é incapaz de atingir níveis de crescimento suficientes para melhorar o bem-estar de uma população que cresce rapidamente.

A crise econômica e seus efeitos sobre as mulheres

A despeito de seus ricos recursos minerais e agrícolas, a Nigéria continua sendo um país pobre, cujo potencial econômico, em grande medida, não se materializou. Em meados da década de 70, havia se tornado a economia dominante da África Subsaariana e o maior exportador de petróleo do continente. No entanto, a má gestão econômica e uma série de fatores externos levaram a uma acentuada queda do Produto Interno Bruto (PIB) e dos salários reais na década de 80, reduzindo ambos a níveis inferiores aos dos países subsaarianos vizinhos. Estima-se que 64% das famílias urbanas e 61% das rurais viviam na pobreza em 1984 (Divisão de Pesquisa Federal, 1991) e, em 1993, o PNB *per capita* tinha caído para US$ 300 (PNUD, 1996).

As exportações de petróleo gerem mais de 80% da atual receita governamental, mas a agricultura continua a ser, de longe, a maior fonte de emprego, inclusive para as mulheres, representando 35% do PIB nigeriano (Banco Mundial, 1995). Os pequenos agricultores, utilizando-se de técnicas simples de plantio, são os responsáveis por quase dois terços de toda a produção agrícola. A migração das zonas rurais para as urbanas, principalmente de homens jovens, afetou a economia rural dos anos 80, causando mudanças marcantes na divisão sexual do trabalho. À medida que um grande número de homens em idade produtiva saía das áreas rurais para as cidades que se desenvolviam rapidamente, mulheres e crianças lutavam para enfrentar a carência de mão-de-obra. Atualmente, a grande maioria das mulheres trabalha na agricultura ou em atividades correlatas, fornecendo bem mais da metade da mão-de-obra para a produção e o processamento agrícolas (Banco Mundial, 1997).

Em 1986, o governo nigeriano adotou um programa de ajuste estrutural (PAE), administrado pelo Banco Mundial, para enfrentar sua crise orçamentária e garantir as condições de crescimento econômico de longo prazo. Como em outros países, as medidas de austeridade prescritas pelo PAE incluíam redução de subsídios governamentais, privatização de estatais, desvalorização da moeda e fortes cortes nos gastos públicos com educação, saúde e previdência social. Tudo isso teve um profundo custo social, incluindo o aumento da pobreza nas zonas rurais e a deterioração dos serviços de saúde existentes. O declínio constante do padrão de vida é sentido em todos os níveis da sociedade, porém a alta do custo de vida e a falta de acesso à assistência à saúde afetam de forma mais severa as mulheres e crianças, como fica patente pela piora dos índices de desnutrição, morbidade e mortalidade infantis (Elabor-Idemudia, 1994). O fardo de ter que administrar o orçamento doméstico em um momento de desvalorização constante da moeda também atinge mais duramente as mulheres (Atsenuwa, 1995).

No geral, o acesso das jovens à educação melhorou de forma significativa em relação ao das gerações mais velhas: um terço das mulheres de 15 a 24 anos chega ao nível secundário ou superior, comparado com cerca de 5% na faixa etária de 30 a 49 (NDHS, 1992). No entanto, muitas mulheres, especialmente nas áreas rurais e no Norte, ainda não têm acesso à educação secundária, como conseqüência não só dos preconceitos contra a instrução das meninas, como também da crise econômica.[4] Com o declínio dos gastos públicos em educação e o aumento das taxas escolares, o aperto no orçamento doméstico reforça a tendência a deixar as filhas fora da escola, na suposição de que estão destinadas ao casamento. Essa visão das meninas, deformada pelo gênero, não é enfrentada pelas políticas públicas, embora exista clara evidência de que o nível educacional da mulher é inversamente proporcional à sua fecundidade e está relacionado positivamente com melhorias da saúde materna (Olusanya, 1989).[5]

A renda das mulheres é cada vez mais essencial para o bem-estar das famílias das classes média e baixa na Nigéria. Entretanto, em lugar de melhorar seu *status* social, as atividades profissionais das mulheres têm agravado as tensões entre homens e mulheres (especialmente entre os grupos conservadores muçulmanos do Norte), contribuindo para uma reação pública negativa, baseada em valores tradicionais e no "lugar apropriado" da mulher na sociedade. A despeito de suas atividades vitais na geração de renda, ainda se espera que as mulheres façam todo o trabalho doméstico e de criação dos filhos. Entretanto, à medida que a crise econômica prossegue, as mulheres começar a resistir a essa situação.

Tradição, lei e *status* da mulher

Oko ni olori aya (o marido é a cabeça da esposa) — provérbio ioruba

Na sociedade nigeriana, o domínio masculino tem profundas raízes socioculturais e religiosas. A despeito da maior consciência e do crescente ativismo entre mulheres de classe média, a maioria das nigerianas ainda parece aceitar seu *status* secundário em casa e na comunidade (Hussaina Abdullah, 1996). Valorizando seus lugares de mães e responsáveis pelos cuidados com os outros, essas mulheres, respeitosamente, cedem aos maridos o poder de tomar as decisões

---

[4] Nas zonas rurais da Nigéria, 38% das mulheres de 15 a 24 anos não possuem nenhuma instrução, e a taxa de analfabetismo feminino no Norte é três a quatro vezes maior do que no Sul ou Sudoeste (DHS/Macro International, 1996).

[5] Um estudo mostrou que mulheres analfabetas tinham um índice geral de mortalidade materna quase três vezes maior do que o das mulheres com educação primária e onze vezes superior ao das que tinham educação secundária ou superior (Briggs, 1993).

sobre a família, mesmo quando se trata de questões que as afetam diretamente, como o tamanho da família e o uso de contraceptivos (Bankole, 1995; Adamchak e Adebayo, 1987). Essa deferência é perpetuada por grupos de parentesco, curandeiros e líderes religiosos, que invocam interpretações da Bíblia, do Alcorão e da cultura tradicional centrada no homem para defender o domínio masculino na vida conjugal e familiar (Renne, 1993).

O poder patriarcal sobre as mulheres e crianças é parcialmente derivado do controle que os homens têm da construção e propriedade da moradia da família. As casas que os filhos herdam dos pais e, em algumas áreas, a posse exclusivamente masculina da terra são consideradas a base fundamental para a continuidade do legado familiar (Renne, 1995). Nesse sistema patrilinear, os filhos pertencem ao pai, cujo *status* na comunidade é em boa medida determinado pelo tamanho da família (Isiugo-Abanihe, 1994). Tradicionalmente, os nigerianos definem uma mulher como filha, esposa, mãe ou viúva de alguém. A despeito das mulheres realizarem 70% do trabalho agrícola (Elabor-Idemudia, 1994), nos discursos e nas metáforas populares elas ainda são assimiladas à propriedade masculina, e sua capacidade reprodutiva é comparada à da terra, cuja propriedade é dos homens.

Embora, com freqüência, a lei seja vista como instrumento de modernização, na Nigéria, muitas vezes, a lei tem se tornado um meio de perpetuar a tradição patriarcal. O baixo *status* social das nigerianas está refletido no sistema legal, um amálgama de direito civil, costumes locais e lei islâmica (*shari'a*). Apesar de a Nigéria ser signatária da Convenção pela Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Convenção das Mulheres) e a Constituição de 1979 proibir a discriminação baseada no sexo, muitos textos legais ainda se referem à mulher como propriedade do homem, e as esposas têm poucos direitos em relação aos maridos. Além disso, leis e práticas consuetudinárias geralmente se sobrepõem aos códigos criminais nas disputas que envolvem homens e mulheres.[6] Os costumes locais e a lei islâmica, ao contrário da lei civil, apóiam uniões arranjadas e polígamas e, no caso da *shari'a*, permite que o marido se divorcie da mulher unilateralmente.

Para casar, os homens têm de pagar uma quantia substancial ou simbólica como preço da noiva (ou "dote" sob a lei islâmica), uma prática que assegura direitos sobre o trabalho físico e reprodutivo das esposas. Na maioria dos grupos étnicos rurais, o casamento só é considerado completo e a esposa totalmente aceita pela comunidade, quando o valor da noiva é pago completamente. Entre os hauçás e

---

[6] Na Nigéria, são aplicados dois conjuntos distintos de leis criminais: o Código Criminal, na região Sul, e o Código Penal, no Norte, refletindo a adesão à lei islâmica (*shari 'a*) entre a população predominantemente muçulmana desta última região. Para uma discussão do direito criminal e de família na Nigéria, ver CRLP/IFWL, 1997.

fulanis do norte da Nigéria, predominantemente muçulmanos, especialmente nas áreas rurais, as meninas ainda recebem menos educação formal, e são freqüentes os casamentos de adolescentes muito jovens, seguidos de reclusão dentro da casa, de acordo com o *purdah*.[7] Nos últimos anos, as pressões econômicas contribuíram para um declínio do número de novas uniões polígamas. Entretanto, estima-se que 41% das nigerianas, cristãs e muçulmanas, ainda vivem em tais uniões (Westoff *et al.*, 1994). Nas famílias polígamas do Norte, o trabalho da mulher fora de casa requer a permissão do marido ou da família.

O domínio patriarcal sobre a mulher também está parcialmente baseado no controle da sua sexualidade e fecundidade, que é sancionado culturalmente. Segundo uma crença muito comum, as mulheres possuem poderes sexuais ou às vezes são possuídas por espíritos maus, os quais, se liberados, podem subjugar os homens e escravizar as mulheres a seus próprios desejos. Assim, muitas práticas tradicionais, algumas realizadas por mulheres em mulheres, têm o objetivo de controlar esses poderes, ao mesmo tempo que reforçam a subordinação social e sexual da mulher. Contudo, estas práticas — sobretudo a mutilação genital feminina (MGF), feita nas meninas entre a infância e os 18 anos — também trazem sérios riscos para a saúde reprodutiva da mulher. Embora sejam praticados vários tipos de MGF na Nigéria, a mais comum é a clitoritomia (excisão do clitóris), usada amplamente por muçulmanos, cristãos e tradicionalistas africanos.[8] O índice geral de prevalência da MGF no país é de 50%, mas em algumas áreas do Sudoeste já se chegou a índices de até 89% (Adebanjo, 1992; Toubia, 1995). Atualmente, não existe legislação proibindo a MGF, porém a Associação Nacional de Enfermeiras e Parteiras lançou uma campanha de dez anos para reduzir sua prevalência e grupos de saúde da mulher convenceram alguns governos estaduais a apoiar ações para erradicá-la. Além disso, o secretário-geral do Conselho Supremo para Assuntos Islâmicos na Nigéria declarou que o Alcorão não fornece nenhuma justificativa religiosa para a proibição de anticoncepcionais ou em favor da MGF, sinalizando um avanço na dessacralização dessa prática perniciosa (IPPF *Open File*, 1993; *Africa Leadership Forum*, 1992).

---

[7] *Purdah* é a reclusão da esposa (ou esposas) dentro de uma edificação cercada de muros. Os movimentos da esposa são limitados pelo marido, que tem de dar permissão para que ela possa sair, mesmo em caso de emergência médica. Estar em *purdah* significa que a mulher depende economicamente do marido e da família estendida (PMMN, 1992).

[8] Isso confirma outras pesquisas, que indicam que, na África Ocidental, a MGF é tão ou mais comum entre os cristãos e tradicionalistas africanos do que entre os muçulmanos. Ver *Population Briefs* (Sumários sobre População, primavera de 1997), relatando pesquisas feitas em Burkina Fasso, Costa do Marfim e Senegal. Nossa pesquisa mostra que a idade na qual o procedimento é realizado varia muito na Nigéria, dependendo do grupo étnico.

Saúde reprodutiva da mulher e as políticas de saúde/ população

A falta de informação (ou a informação incorreta), as práticas tradicionais adversas, os serviços de saúde materna inacessíveis e caros e a alta taxa de fecundidade são os determinantes mais importantes da saúde reprodutiva das nigerianas (Esu-Williams, 1991). A taxa de fecundidade total tem declinado desde 1980, mas de modo suave, passando de uma média de 7,1 filhos para 6,0 em 1990 (NDHS, 1992; ONU, 1995). Nas áreas urbanas, tendências recentes indicam que, apesar do desejo tradicional dos homens de ter numerosos filhos e esposas, estão se tornando insustentáveis para as famílias os custos econômicos da alta fecundidade e da poligamia (Isiugo-Abanihe, 1994). Entretanto, a alta fecundidade persiste entre as mulheres das zonas rurais, principalmente entre as pobres e sem instrução, pois muitas têm o primeiro filho ainda adolescentes. Quase um milhão de bebês por ano, ou 16% de todos os nascimentos, é dado à luz por mães adolescentes. A mortalidade infantil desses nascimentos (121 para cada 1.000) é significativamente mais alta do que o índice nacional (87 para cada 1.000) – NDHS, 1992.

A tendência das nigerianas de terem filhos antes dos 19 anos resulta, em parte, da tradição de casar muito jovem, mas também da oposição da religião e dos costumes à contracepção e ao aborto. Em 1990, somente 14% das mulheres casadas e 13% de todas as mulheres na faixa etária de 15 a 24 anos já tinham usado alguma forma de contraceptivo; destas, cerca de 43% utilizavam métodos tradicionais, e não contraceptivos modernos; mais ainda: só 6% das casadas estavam usando contraceptivos modernos (NDHS, 1992). Estudos têm demonstrado que é generealizada a falta de informação adequada sobre gravidez, contracepção e doenças sexualmente transmissíveis (dsts) entre as jovens, o que é atribuído à prevalência da cultura do silêncio sobre os assuntos da sexualidade. Como resultado, muitas jovens recorrem a métodos de aborto ilegal ou provocado, por falta de conhecimento, bons conselhos ou acesso a serviços de planejamento familiar e de saúde (Brabin *et al.*, 1995; Feyisetan e Pebly, 1989; Makinwa-Adebusoye, 1992).

Onde os contraceptivos são aceitos, considera-se que deva ser uma preocupação apenas das mulheres casadas, pois a atividade sexual pré-marital da mulher é vista com desaprovação pela sociedade, e não se espera que os homens, apesar de sua bem conhecida promiscuidade, negociem o uso de contraceptivos para si próprios ou para as parceiras. Mesmo para as mulheres casadas que já têm o número de filhos desejado, são poucas as opções contraceptivas culturalmente aceitáveis. De acordo com a crença muito comum na reencarnação, qualquer um, homem ou mulher, que seja esterilizado não terá filhos na próxima vida. Além disso, segundo o direito consuetudinário, obedecido não somente pelos seguidores da religião tradicional africana, mas também por cristãos e muçulmanos, a remoção cirúrgica de qualquer

parte do corpo para controle da natalidade é um tabu. Assim, tanto a vasectomia quanto a esterilização feminina são virtualmente inexistentes na Nigéria (NDHS, 1992). A denúncia pública contra a maioria dos métodos contraceptivos médicos feita por líderes comunitários, pessoas mais velhas e influentes, curandeiros e membros das famílias estendidas representa uma limitação a mais para o uso dos anticoncepcionais, o que pode contribuir para a já disseminada prática do aborto.

A mortalidade materna é excessivamente alta na Nigéria: 1.000 para cada 100.000 nascidos vivos (veja Tabela 9.1). Estima-se que de 30 a 40% dessas mortes são causadas por complicações de abortos provocados de forma insegura e são atribuíveis diretamente ao uso de técnicas precárias, aplicadas por aborteiros sem treinamento adequado (Conselho de População, 1993; Unuigbe *et al.*, 1988; Okagbue, 1990). A despeito de sua prevalência, o aborto continua a ser ilegal nos códigos criminais do Norte e do Sul, exceto quando é necessário para salvar a vida da mulher grávida. Como conseqüência, estima-se que 20.000 nigerianas morrem a cada ano de complicações de abortos ilegais malfeitos. Mulheres pobres, analfabetas e sem instrução correm um risco desproporcionalmente alto de mortalidade materna (Briggs, 1993; Conselho de População, 1993). Muitas mulheres das zonas rurais não recebem nenhum atendimento obstétrico biomédico; e, para as que o recebem, muitas vezes o atendimento chega tarde, quando a intervenção médica pouco ou nada pode fazer para alterar o resultado (Chiwuzie, 1995; PMMN, 1992).

Outros fatores que contribuem para a alta mortalidade materna são os tabus alimentares, a desnutrição e a demora no encaminhamento médico durante as complicações (PMMN, 1992; Aromasodu, 1982). Complicações como sangramento vaginal, parto demorado e má formação do feto são tratadas por muitas parteiras com remédios herbáceos ou simpatias que atrasam a intervenção apropriada e muitas vezes pioram a situação clínica da mulher (Oyebola, 1980). Além disso, a prática disseminada da MGF, o corte *gishiri*,[9] o parto prolongado com obstrução e a laceração coital causada pelo ato sexual na pré-puberdade resultam em alta incidência de fístulas uretro-vaginais e/ou reto-vaginais — uma doença muito dolorosa e que apresenta riscos à vida (Emembolu, 1990; Tahzib, 1983). Todas essas enfermidades criam lesões que tornam as mulheres mais vulneráveis ao HIV e a outras dsts e, em alguma medida, explicam por que as mulheres representam um terço dos nigerianos soropositivos (CRLP/IFWL, 1997; Orubuloye, 1996; Adekumle e Ladipo, 1992).

Apesar desses problemas, apenas cerca de 30% das nigerianas dão à luz em centros de saúde ou hospitais, a maior parte nas áreas urbanas. A imensa maioria depende de parteiras para fazer o parto e o atendimento pós-natal (Okafor e Rizzuto,

---

[9] O corte *gishiri* é uma incisão cirúrgica nos pequenos lábios, aplicada tradicionalmente para tratar de uma série de incômodos, desde parto prolongado até dificuldades no coito e infertilidade (Ityavyar, 1984).

1994). A maioria das mulheres prefere dar à luz em casa, com ajuda das parteiras tradicionais, não somente porque estas são mais acessíveis e cobram menos, mas também porque assim as mães podem obedecer às práticas de nascimento ditadas pelos costumes. Infelizmente, as parteiras tradicionais relutam em encaminhar uma gravidez problemática ao profissional de saúde, em parte porque lhes falta capacitação para reconhecer os problemas, mas também por causa de sua profunda desconfiança dos hospitais e das enfermeiras treinadas como parteiras (PMMN, 1992).[10]

As condições precárias da saúde reprodutiva das nigerianas se devem tanto a fatores estruturais quanto culturais. Em conseqüência dos PAEs e dos cortes orçamentários, o sistema de saúde pública — administrado pelos governos locais — vive em um crônico estado de abandono e sofre de carências de medicamentos, pessoal e equipamentos. Além disso, um forte "desvio" para as áreas urbanas, que concentra a maior parte das unidades de saúde, e práticas discriminatórias produzem fortes disparidades na disponibilidade e qualidade dos serviços. Muitas mulheres grávidas, portanto, se mantêm longe dos centros de saúde e hospitais "modernos", mesmo quando elas (ou as parteiras tradicionais) têm consciência dos riscos dessa atitude, porque, realisticamente, acreditam que irão encontrar discriminações de classe e de etnia, custos proibitivos e serviços que mal funcionam. Não é raro que mulheres em trabalho de parto cheguem a um hospital e não sejam admitidas até que elas próprias forneçam os medicamentos, suprimentos e alimentos necessários para o período de internação. Essas barreiras econômicas são insuperáveis para as mulheres pobres e suas famílias (IAC, 1993).

O primeiro programa de planejamento familiar do país foi implementado em 1983 e, em 1989, o governo de Babangida adotou formalmente uma política nacional de população, após um processo de quatro anos de "construção de consenso" (Dixon-Mueller, 1993). Embora durante o processo os grupos de mulheres não tenham sido consultados, algumas de suas metas poderiam melhorar a saúde e o *status* da mulher, desde que fossem implementadas com seriedade: tornar os serviços de planejamento familiar universalmente acessíveis, aumentar para 18 anos a idade mínima da mulher para o casamento e iniciar programas para cumprir os compromissos governamentais da Convenção pela Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Convenção das Mulheres). Entretanto, a política concentra sua meta de redução da fecundidade (quatro filhos por mulher por volta do ano 2000) exclusivamente nas mulheres, meramente "encorajando" os homens a limitarem suas esposas e seus filhos

[10] Numerosos estudos recentes têm documentado o papel positivo e negativo das parteiras tradicionais na assistência ao parto e os comprovados benefícios para a saúde que advêm de seu treinamento. Ver PMMN, 1992 e Mothercare, 1993. O sistema de saúde nigeriano inclui a medicina tradicional, estabelecimentos farmacêuticos comerciais, centros de saúde e hospitais públicos e serviços de saúde privados com ou sem fins de lucro.

a um número que "possam sustentar com seus próprios recursos". Isso não apenas coloca toda o fardo sobre as mulheres e, implicitamente, endossa a poligamia, como também promove valores patriarcais tradicionais ao afirmar:

> Na nossa sociedade, o homem é considerado o chefe da família e toma decisões de grande alcance, incluindo o tamanho da família, a subsistência e as relações sociais... No país, o sistema familiar patriarcal deve ser reconhecido como uma forma de garantir a estabilidade do lar (República Federal da Nigéria, 1988: 19).

O endosso da Nigéria ao Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e à Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (IV CMM) trouxe esperanças de que o Ministério de Assuntos da Mulher, criado em 1995, afirmasse esses compromissos internacionais e ajudasse a implementar as novas políticas públicas de saúde. Entretanto, até o momento, poucos recursos foram alocados pelo governo para concretizar os compromissos, deixando aos grupos de mulheres a enorme tarefa de manter as pressões sobre o Estado.

O movimento de mulheres

Apesar de seus problemas políticos e econômicos, e também por causa deles, a Nigéria abriga uma sociedade civil vigorosa, uma ampla intelectualidade, uma mídia crítica e um corajoso movimento de direitos humanos e pró-democracia. Organizações independentes de saúde e direitos das mulheres são parte dinâmica desse movimento e continuam a lutar por uma agenda de transformação social, apesar dos persistentes esforços do governo para cooptá-las e contê-las.

Em 1959, logo antes da independência, foi criado o Conselho Nacional das Sociedades de Mulheres (NCWS[11]). Isso marcou o início do envolvimento do Estado no movimento de mulheres, através do controle de suas posições de liderança pelas esposas de políticos e burocratas no poder — um fenômeno que Hussaina Abdullah tem chamado de "esposismo" [*wifeism*] ou "pseudo-feminismo patrocinado pelo Estado". O NCWS reorientou seu trabalho anterior, concentrado no ativismo de base e nas mobilizações de protesto, para a colaboração com o governo. Hoje em dia, é a única organização "guarda-chuva" representando o movimento de mulheres que o governo reconhece, e todas as organizações que desejem ser creditadas pelo Estado têm de se filiar ao Conselho. Controlando todo o financiamento governamental às ONGs de mulheres e com a esposa do presidente como "benfeitora", o NCWS serve, na realidade, para neutralizar as

---

[11] National Council of Women's Societies.

ações autônomas das mulheres e para reforçar a dominação patriarcal (Hussaina Abdullah, 1996).

Logo depois da Década da Mulher, promovida pela ONU (1975-85), o governo nigeriano estabeleceu o Comitê Nacional sobre a Mulher e o Desenvolvimento (NCWD[12]) como ligação entre as ONGs de mulheres e as atividades relacionadas à mulher, patrocinadas pelo governo. Os programas do NCWD incluem treinamento em áreas tradicionais, como economia doméstica, artes e artesanato, alfabetização e atividades geradoras de renda. Quando o declínio do padrão de vida rural no anos 80 exigiu que as mulheres aumentassem sua contribuição à renda familiar, o governo iniciou o Programa de Vida Melhor para a Mulher Rural (BLP[13]), sob a direção da Sra. Maryam Babangida, esposa do então governante militar. Com uma retórica dedicada à criação de uma "nova mulher rural", o BLP tentou cooptar a agenda feminista, através de financiamentos e apoios governamentais. No entanto, na realidade, sua rígida estrutura hierárquica reforçava a subordinação de gênero sob o disfarce de ativismo das mulheres e era completamente controlado pela Sra. Babangida. O padrão de "esposismo" continuou sob o novo regime, quando o Programa de Apoio à Família, da Sra. Mariam Abacha, lançado em 1994, utilizou outra vez o poder do Estado para promover imagens conservadoras da mulher, apresentada basicamente como esposa e mãe (Hussaina Abdullah, 1996; Kisekka, 1992).

Contudo, as políticas governamentais não impediram o surgimento de numerosos grupos de ativistas durante os anos 80. Essas organizações eram altamente críticas em relação ao governo militar e às suas políticas econômicas, opondo-se ao baixo *status* da mulher no governo e na sociedade. A organização Mulheres na Nigéria (WIN[14]), fundada em 1983, pressionava por mudanças das normas sociais e das políticas de governo que reforçavam a desigualdade entre homens e mulheres. No final dos anos 80 e início dos 90, suas integrantes implementaram programas de saúde reprodutiva e direitos da mulher, assédio sexual e violência e conscientização sobre práticas tradicionais perniciosas, como MGF e os ritos de viuvez. Como a WIN recusava firmemente a filiação ao Conselho, nunca adquiriu *status* legal como ONG, e sua crescente aliança com organizações progressistas levou a relações tensas com o governo. Infelizmente, a WIN sofreu divisões internas recentes e caiu sob o controle de uma facção dominada por homens, resultando na perda do apoio de suas bases de ativistas feministas e de suas lideranças anteriores.[15]

---

[12] National Comittee on Women and Development.

[13] Better Life for Rural Women Programme.

[14] Women in Nigéria.

[15] Desde o início, a WIN se definiu como uma organização "para as mulheres", no lugar de "de mulheres", o que significava que os homens estavam incluídos (veja Madunagu, 1997). Originalmente, a equipe do IRRRAG na Nigéria estava afiliada às sedes locais e nacionais da WIN, mas depois tornou-se uma entidade independente.

A Associação das Mulheres do Campo da Nigéria (COWAN[16]) é também importante entre os grupos independentes, sendo uma organização de base nas zonas rurais dedicada às necessidades das mulheres do campo e que utiliza métodos participativos como, por exemplo, ao incorporar as iniciativas de saúde da mulher aos programas locais de geração de renda (Ikeji, 1996). Outras organizações progressistas e não-tradicionais de mulheres incluem a EMPARC[17] (Centro de Pesquisa de *Empodcramento* e Ação), a Iniciativa de Poder das Meninas, a Organização de Saúde das Mulheres da Nigéria (WHON[18]) e as seções nigerianas da WILDAF[19] (Mulheres na Lei e no Desenvolvimento – África) e das Mulheres que Vivem sob Leis Islâmicas. Essas organizações e suas iniciativas muitas vezes se aliam a grupos de direitos civis institucionalizados, para promover o *empodcramento* das mulheres, a educação e a democracia.

Apesar do opressivo controle do Estado e das muitas dificuldades financeiras e organizacionais, os grupos de saúde da mulher da Nigéria têm produzido um impacto real sobre a vida política nacional. Entre seus êxitos estão a criação do Movimento Nigeriano da Maternidade Segura e a Força-Tarefa Nacional sobre a Fístula Uretrovaginal. Aproveitando a participação nigeriana nos fóruns internacionais, como a CIPD (Cairo) e a IV CMM (Beijing), lideranças do movimento de mulheres começaram a cobrar do governo suas promessas e declarações públicas (Ikeji, 1996). Elas exigem não somente um maior acesso das mulheres a recursos políticos e econômicos, como também justiça sexual e reprodutiva para a mulher em todos os setores da sociedade. A pesquisa do IRRRAG, realizada sob tais condições de austeridade e repressão, tem como objetivo fornecer dados e análises que possam estimular esse amplo desafio ao *status quo* patriarcal.

Metodologia e processo

A equipe do IRRRAG na Nigéria surgiu do movimento das mulheres, com o compromisso de investigar as percepções e os processos de tomada de decisão de mulheres de baixa renda nos campos da sexualidade e da reprodução, *vis a vis* com os tabus que cercam essas questões.[20] A equipe do IRRRAG foi composta de dezoito mulheres e dois homens, com experiência profissional em saúde reprodutiva,

---

[16] Country Women's Association of Nigéria.

[17] Empowerment and Action Research Centre.

[18] Women's Health Organization of Nigéria.

[19] Women in Law and Development – África.

[20] A equipe do IRRRAG foi composta de dezoito mulheres e dois homens, com experiência profissional em saúde reprodutiva, organização comunitária, desenvolvimento baseado na comunidade e pesquisa social e feminista. As três coordenadoras de zonais e a coordenadora do país são ativistas de ONGs nacionais e/ou internacionais de saúde de mulheres.

organização comunitária, desenvolvimento baseado na comunidade e pesquisa social e feminista. As três coordenadoras de zonais e a coordenadora do país são ativistas de ONGs nacionais e/ou internacionais de saúde de mulheres.

Ao contrário de estudos anteriores, queríamos focalizar grupos étnicos minoritários e explorar a forma como as próprias mulheres encaram e atuam nas suas escolhas sexuais e reprodutivas, muitas vezes sem a cooperação ou o consentimento dos homens (comparar com Adetunji, 1997; Bankole, 1995; Isiugo-Abanihe, 1994; Makinwa-Adebusoye, 1992; Mothercare, 1993; Oni e McCarthy, 1990; e Pearce, 1995). Em todas as línguas locais nigerianas existem palavras para o termo *direitos* e, muitas vezes, essas palavras podem ser literalmente traduzidas como "*entitlement*". Assim, pudemos explorar esses conceitos com mulheres de grupos étnicos minoritários que, em estudos anteriores, estiveram pouco representados. Embora as entrevistadas representem somente um pequeno segmento das nigerianas, elas são suficientemente diversas e plurais para fornecer um quadro mais completo dos direitos sexuais e reprodutivos do que aquele que poderíamos obter em qualquer grupo étnico ou comunidade.

A pesquisa foi realizada nas três principais regiões do país — Norte, Sudoeste e Sudeste —, cada uma delas sob a supervisão de uma coordenadora regional. Todas as pesquisadoras e assistentes que fizeram trabalho de campo nas áreas locais falavam pelo menos uma das línguas da minoria étnica correspondente e eram responsáveis por traduzir para o inglês as gravações em fita e as anotações de campo. A equipe adotou a estratégia de seleção da amostra, tanto para incluir a diversidade quanto para garantir a comparabilidade entre diferentes grupos. Em cada região, foram produzidos dados em um estado: Kaduna (Norte), Cross River (Sudeste) e Edo (Sudoeste); em cada estado, localidades específicas foram selecionados em áreas urbanas, rurais e de periferias urbanas.[21] Foram incluídas em nosso universo de pesquisa mulheres de grupos étnicos raramente pesquisados, como os catafes e igalas, no Norte, efikes e ibos, no Sudeste, e benis e edos, no Sudoeste. Apenas 19% de nossas entrevistas em profundidade foram feitas com pessoas de um grupo étnico

[21] Com base no uso local, a equipe definiu "urbano" como as capitais de estados, caracterizadas por grandes populações não-autóctones (migrantes), presença de indústria e atividade comercial crescente e serviços públicos e infra-estrutura (transporte público, água potável e eletricidade) relativamente bem desenvolvidos; "rural" como áreas que, em grande parte, são agrárias, sofrem de ausência de políticas e serviços públicos e têm poucos ou nenhum habitante não-autóctone; e "periferia urbana" (ou rural/urbana) como as áreas com uma mistura de características urbanas e rurais, incluindo pequenas cidades nas zonas rurais e comunidades nas periferias dos grandes centros urbanos, assim como pequenos enclaves agrícolas dentro de áreas predominantemente urbanas. As áreas urbanas escolhidas foram Zaria (Norte), Calabar (Sudeste) e Benin (Sudoeste); os locais rurais foram Koraye (Norte), Awi (Sudeste) e Ekiadolor, Odighi e Obarenren (Sudoeste); e as áreas de periferia urbana foram Samaru (Norte), Odukpani (Sudeste) e os distritos de Oliha e Evbiemwen (Sudoeste).

dominante, principalmente dos hauçás, do Norte.[22] Para reforçar ainda mais a diversidade, utilizamos nossos contatos pessoais para localizar mulheres em diferentes organizações, tais como associações profissionais e comerciais, grupos religiosos, cooperativas econômicas e grupos de auto-ajuda — um método que facilitou o acesso e grantiu a confiança das entrevistadas. Mais importante, uma vez que a equipe tinha o propósito de, futuramente, realizar ações políticas nas áreas como um desdobramento da investigação, esses contatos se constituíram como um canal para o retorno dos resultados da pesquisa às comunidades, a ser realizado na etapa de intervenção prevista no projeto

Toda a coleta de dados foi realizada através de entrevistas face a face – em grupos focais, entrevistas individuais orientadas e estudos de caso –, também entendidas como um modo de nos adaptarmos às formas orais de comunicação e ao alto índice de analfabetismo feminino existentes na maior parte das comunidades nigerianas. Um total de 354 mulheres, distribuídas em nove localidades rurais, 12 urbanas e 12 de periferias urbanas, participaram das discussões de 36 grupos focais nas três zonas. Uma subamostra de 72 mulheres, retirada dos grupos focais, participou das entrevistas individuais, nove das quais foram selecionadas para estudos de caso detalhados.[23]

Embora a equipe nigeriana não tenha entrevistado homens diretamente, temos que reconhecer que os pontos de vista masculinos podem ter influenciado as respostas nos locais onde homens mais velhos estiveram por perto dos grupos focais.[24] Da mesma forma, quando os grupos de discussão reuniam mulheres de diferentes grupos de idade, os pontos de vista tradicionais das mulheres mais velhas tendiam a prevalecer. Essas duas situações confirmaram nossa expectativa de que as entrevistas de grupo seriam mais uma fonte de informação sobre os valores hegemônicos do que sobre o comportamento real das mulheres ou sobre pontos de vista desviantes da norma — particularmente em relação às práticas tradicionais e ao uso de contraceptivos.

---

[22] Embora os muçulmanos constituam cerca de 50% da população nigeriana e a vasta maioria dos habitantes dos estados do Norte, eram somente 10% de nossa amostra. Isso ocorreu, primeiro, porque decidimos nos concentrar nos grupos minoritários e, segundo, pela dificuldade de acesso às mulheres islâmicas, que raramente estão organizadas em grupo e muitas vezes estão em reclusão.

[23] As mulheres selecionadas para as entrevistas individuais tenderam a ser aquelas dos grupos de discussão (não necessariamente as "líderes") que pareciam ter mais o que dizer em áreas de particular interesse para o estudo. As selecionadas para os estudos de caso foram as mulheres que retiravam de suas experiências lições para as demais e expressavam necessidade de efetuar mudanças. Dividimos as entrevistadas em quatro coortes de idade: 19 anos ou menos (19%), 20 a 35 anos (29%), 36 a 45 (24%) e acima de 45 (28%).

[24] Durante uma visita à aldeia de New Netim (Sudeste), o chefe da aldeia e outros homens de posição elevada estavam sentados perto do grupo durante toda a discussão, que tratou de assuntos sensíveis como os ritos da viuvez, contracepção e MGF. As respostas das mulheres nestes tópicos estavam notavelmente de acordo com as normas tradicionais.

Socialização de gênero, educação e trabalho

As participantes da pesquisa relataram diferenças marcantes no modo de tratar a mulher e o homem na Nigéria, o que reflete as normas de gênero em uma sociedade patriarcal. Em geral, as mulheres são consideradas inferiores aos homens e, em muitas comunidades, as meninas aprendem valores tradicionais e habilidades relacionadas às tarefas domésticas, enquanto os meninos são educados para ser chefes de família, fortes e com mais liberdade de movimento. Osaro, uma comerciante beni de 35 anos, mãe de quatro filhos, da área urbana do Sudoeste, relembra o modo como foi criada, comparando-o com o de seus irmãos:

> Me ensinaram a comerciar, cozinhar e ser uma boa esposa, enquanto meus irmãos receberam uma educação (formal) muito sólida, pois meu pai achava que eram os homens que iam levar seu nome pela vida afora... Ele achava que, quando as mulheres vão à escola, mais tarde elas levam a riqueza para a família do marido.

Essas estritas divisões de gênero transcendem as gerações. Eki, uma estudante edo de 15 anos, da zona rural do Sudoeste, descreve de forma parecida as normas de gênero que aprendeu ao crescer: "Os meninos tomam conta das meninas e, quando é necessário, podem castigá-las. Os meninos se comportam como os donos da casa, enquanto as meninas não devem discutir ou decidir assuntos relacionados com o lar".

Bem cedo na vida, as meninas são socializadas por suas mães e outras mulheres adultas para serem discretas e obedientes diante de pais e maridos e para agirem com timidez, ou *kunya*, como é denominada entre os hauçás. Elas também recebem instrução sobre como sentar, andar e falar de modo "digno" e feminino, não falar alto, chorar quando necessário e sentir-se agradecida pela atenção masculina. Não se permite que discutam sexualidade ou as funções reprodutivas básicas, como menstruação, parto e menopausa. Como conseqüência, a mulher chega muitas vezes à vida sexual, à gravidez e ao parto sem informação e temerosa a respeito do que está lhe acontecendo.[25] O processo de socialização contribui para a subordinação das mulheres em todas as suas etapas de vida, mas sua repercussão é maior sobre as casadas e as mães do que sobre as mulheres solteiras. Nas comunidades hauçás, as filhas solteiras vendem alimentos nas ruas para suas mães, que estão em *purdah*; essas filhas têm mais mobilidade e liberdade enquanto meninas do que o que desfrutarão como mães e esposas. De acordo com um costume beni, no Sudoeste, quando uma menina se torna mulher está isenta de apanhar do pai e dos irmãos; no entanto, mães e esposas podem ainda ser surradas pelos pais ou esposos, "com finalidades corretivas". Na cultura beni, as mulheres casadas não

---

[25] A cultura do silêncio é uma questão complicada pela história do colonialismo, pois, em muitas áreas, a ocidentalização e o cristianismo suplantaram as práticas indígenas, tais como ritos de iniciação, que ensinavam as meninas sobre sexualidade.

possuem nenhuma outra identidade que não seja a de esposa e mãe, mesmo nos casos em que têm renda própria.

Confirmando padrões nacionais, em todas as áreas pesquisadas, mas especialmente no Norte, os meninos recebem tratamento preferencial quando se trata de educação (DHS, 1990; WIN, 1991). É comum que as meninas não recebam educação formal. Ao contrário, espera-se, por exemplo, que se concentrem em aprender a costurar ou a comerciar, como uma preparação para o casamento. Muitas das entrevistadas das zonas rurais relataram que as meninas eram mantidas afastadas da instrução formal não somente porque os pais não viam nenhuma necessidade disso, como também para proteger sua moral. Como lembrava Maryam, uma hauçá de 57 anos, dona-de-casa muçulmana do Norte:

> Não me mandaram para a escola porque, na minha época, a escola era somente para meninos... Mandar meninas para a escola era mandá-las abrir os olhos. O povo acreditava que uma menina na escola ia ter a sua moral arruinada e, por isso, ia manchar o nome da família.

A maior parte das entrevistadas, independentemente da idade, sentia ressentimento com essa discriminação de gênero na sua socialização e educação. A maioria expressou descontentamento com a maneira como tinha sido criada e estava decidida a educar meninos e meninas de forma igualitária. Assim, Monat, uma professora de 35 anos do Norte rural, mãe de cinco filhos, declarava:

> Este tipo de duplo padrão vai ter que mudar. Eu tenho um filho e uma filha e estou criando os dois da mesma maneira. Eu sei como eu me sentia quando estava crescendo e não vou permitir que minha filha passe por isso.

O nível educacional das entrevistadas variou consideravelmente de acordo com a idade: as mulheres dos grupos de idade mais baixos tinham mais anos de escolaridade do que suas mães e avós. Entre as entrevistadas com menos de 19 anos, 85% tinham cursado a escola secundária ou estudos pós-secundários, comparado com 65% daquelas na faixa etária de 20 a 45 anos e 30% das mulheres com mais de 45 anos. No grupo etário mais velho (acima de 45 anos), tanto na área urbana quanto na rural, metade não teve nenhuma educação formal. Esse melhor resultado educacional entre as mulheres mais jovens corresponde às estatísticas nacionais, que indicam um aumento na educação para meninas, especialmente nas zonas urbanas (ONU, 1995, Quadro 7).[26] No entanto, a educação formal das meninas é, geralmente, uma preparação para ocupações tradicionalmente femininas. Embora a maioria das mulheres trabalhasse fora de casa ou estivesse na escola, quase todas as empregadas, incluindo aquelas com educação secundária ou superior, estavam

---

[26] Na Nigéria, uma educação pós-secundária não significa necessariamente uma renda alta; professores, enfermeiras e funcionários públicos têm, em geral, salários baixos e *status* de classe modesto.

envolvidas em ocupações tradicionais. A maior parte (32 de 72, ou 42%) trabalhava no setor informal (agricultoras ou comerciantes autônomas, costureiras, fornecedoras de comidas preparadas, etc.); enquanto outras eram professoras (principalmente de escolas primárias), trabalhadoras de escritórios ou funcionárias públicas e enfermeiras ou parteiras. Duas trabalhavam como guardas de segurança, e 14 eram estudantes.[27]

No entanto, embora suas atividades econômicas sejam, boa parte das vezes, segregadas por sexo, as mulheres do nosso estudo (casadas, solteiras ou divorciadas) contribuem significativamente para o sustento de suas famílias. Pelo menos 70% das mulheres (incluindo algumas estudantes) realizavam fora de casa algum trabalho produtivo e gerador de renda, e muitas tinham duas ocupações (geralmente na agricultura e no comércio), além do trabalho reprodutivo e doméstico não-remunerado, que se espera que façam por serem mulheres. Para nossas entrevistadas, a questão do *empoderamento* está centrada na melhoria de seus níveis de renda, através de capacitação, treinamento, equipamentos e empréstimos, especialmente como produtoras independentes, comerciantes e artesãs.[28] De forma não declarada, mas claramente implícita nessa estratégia, estavam as seguintes pressuposições: a) elas precisavam contribuir com mais dinheiro para atender às necessidades econômicas da família; b) tais contribuições iriam aumentar seu poder e respeito na família e na comunidade; e c) seu poder de tomar decisões na esfera "privada" da sexualidade e reprodução seria, assim, reforçado.

Sexualidade durante o ciclo de vida

A crença geral em um duplo padrão de sexualidade — os homens precisam de liberdade sexual ilimitada, enquanto as mulheres devem ser limitadas a um único parceiro — permeou as discussões dos grupos focais. Essa noção de que um homem não pode se satisfazer com uma única mulher forma a base da poligamia, que ainda é amplamente praticada na Nigéria, especialmente no Norte. Além disso, muitos grupos étnicos acreditam que as esposas não têm o direito de saber ou discutir sobre as atividades sexuais dos maridos (Oruboloye, 1996). Reforçando a cultura do silêncio entre as mulheres, a limitação de comportamento denominada

---

[27] Algumas entrevistadas tinham dois trabalhos. Por exemplo, muitas das envolvidas com o pequeno comércio também estavam empregadas na agricultura.

[28] Esta preocupação com as necessidades econômicas é ilustrada por uma visita a Awi, uma aldeia rural relativamente próspera no Sudeste, onde quase todas as mulheres trabalham na agricultura e no processamento de alimentos. Quando a equipe de pesquisa chegou, com 45 minutos de atraso, soubemos que muitas das mulheres que seriam entrevistadas já haviam saído para o campo; não podiam perder tempo de trabalho, pois "tempo é dinheiro". As que restaram passaram duas horas discutindo com as pesquisadoras questões sobre casamento, gravidez e regulação da fecundidade. No final, perguntamos o que poderia contribuir mais para seu *empoderamento* nessas áreas; sua resposta: dinheiro para comprar uma *garri*, prensa para retirar água da mandioca moída.

kunya, que é socialmente aceita, determina para a mulher reserva, honra e discrição em assuntos sexuais. Qualquer discussão sobre sexo, mesmo entre mulheres, é tabu em toda a sociedade, baseado na crença (expressa mais enfaticamente pelas entrevistadas do Norte) de que discussões abertas sobre sexualidade estimulariam as meninas a serem "promíscuas". A forma mais dura de controlar a sexualidade e a expressão sexual das mulheres é a MGF, cujo objetivo é reduzir o prazer sexual da mulher e, assim, inibir sua atividade sexual fora dos limites do casamento. Tanto a cultura do silêncio quanto a MGF contribuem para o crescimento dos riscos do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis entre as mulheres. Primeiro, ao privá-las da informação necessária para se protegerem; segundo, porque produzem lesões, como o corte *gishiri* (como visto anteriormente), que aumentam a suscetibilidade às infecções. Portanto, contribuem para violar ainda mais os direitos da mulher à saúde e à liberdade sexual e exacerbam o ciclo vicioso de riscos e restrições (Adekumle e Ladipo, 1992; Elias, 1991; Orubuloye, 1995, 1996; Wasserheit e Holmes, 1992).

A experiência da mulher com a menstruação ilustra a falta geral de informação (ou informação incorreta) sobre seu corpo. A maior parte das entrevistadas só soube da menstruação quando ela "aconteceu"; suas mães ou guardiãs lhes ensinaram os métodos aceitáveis de higiene pessoal, sobretudo como esconder o sangue menstrual. Mulheres das três regiões descreveram a aura de vergonha que envolve a chegada da menstruação: "Senti ansiedade, achei que era algo ruim porque não tinham me contado" (Sudeste); "Não gostei daquilo, chorei; foi uma experiência terrível, até chorei e pensei que estava doente" (Norte); "Não sabia de nada quando vi [a menstruação] pela primeira vez; senti medo, perturbação, tristeza, vergonha, fraqueza, desconforto e chorei" (Sudeste). No entanto, neste momento, a mensagem mais forte que as mães ou guardiãs passam às filhas é a de ter cuidado com os homens e com os perigos do sexo pré-marital. Como relatava Monat:

> Eu não sabia nada sobre a menstruação antes de vê-la... Fui correndo falar com minha tia, que me disse para usar trapos e mantê-los limpos. Ela... disse também que agora eu estava madura e que, se um homem me tocasse, eu ia ficar grávida. Um dia na escola, eu estava menstruada, e um rapaz me tocou; comecei a chorar, achando que estava grávida. Uma professora me viu e me chamou para explicar que era preciso dormir com um homem antes de ficar grávida.

A experiência de Monat, assim como a de quase todas as entrevistadas, coincide com os dados recentes de um levantamento feito entre jovens das zonas urbanas, que demonstra que a maior parte delas recebeu a escassa informação que tinham sobre reprodução e sexualidade de amigas ou colegas de escola ou, secundariamente, dos meios de comunicação; "as fontes mais raras de informação eram as tias, mães e outras parentas" (Makinwa-Adebusoye, 1992: 68). Algumas das entrevistadas das zonas urbanas ou periféricas se esforçaram para melhorar sua deficiente orientação

sexual, com a leitura de livros na escola, enquanto suas contrapartes nas áreas rurais alegavam que só com o casamento aprenderam as noções básicas sobre sexo.

O silêncio e a vergonha que envolvem a menstruação causam sofrimento emocional às jovens, e isso é intensificado pelo seu isolamento. Nas três regiões, encontramos antigos tabus de contaminação, associando a menstruação à falta de limpeza e justificando o isolamento das mulheres menstruadas da família. A base dessas restrições é a crença tradicional de que o contato com a mulher menstruada pode contaminar, reduzir ou destruir os poderes sexuais masculinos. Assim, durante a menstruação, as mulheres são encorajadas a não cozinhar para os maridos ou entrar em locais religiosos. Nas famílias mais tradicionais, as mulheres ficam também em reclusão em uma *owa ehe* (cabana da menstruação). Somente as mulheres casadas estão sujeitas a essa e outras restrições menstruais, confirmando que em geral as esposas têm um *status* inferior ao das filhas. Entrevistadas das zonas urbanas das três regiões expressaram seu descontentamento em serem isoladas dos membros da família e tratadas como párias durante a menstruação. Abude, uma professora viúva de 47 anos, dizia: "Eu não gostava das disparidades entre filhas e esposas, pois somos todas humanas e a menstruação é um fenômeno natural. Assim, por que tantas restrições?".

Contudo, algumas mulheres, embora não escapem das restrições menstruais, são aparentemente capazes de usá-las em seu favor. Algumas encaravam a menstruação como um período no qual a mulher tem direito a descansar do trabalho doméstico, e outras a viam como um pretexto conveniente para evitar o sexo não-desejado com os maridos. Comerciantes das zonas urbanas, pertencentes a um grupo de auto-ajuda de Benin City — Eubayoboru (Trabalho de Nossas Mãos) —, expressaram preferência pelos "velhos tempos", quando as mulheres eram proibidas de dormir com os maridos durante a menstruação. Esses exemplos ilustram um fenômeno que observamos muitas vezes: as mulheres utilizarem práticas culturais ou religiosas em função de seus próprios interesses. No caso dos tabus menstruais, essas acomodações estratégicas podem não somente estar relacionadas a evitar o sexo ou as tarefas domésticas, mas talvez também à recuperação de um sentido mais antigo de *complementaridade* (ou mesmo igualdade) de gênero, que ligava-se ao sangue menstrual como uma fonte de poder feminino (Sanday, 1981).

Declarações afirmando de modo enfático o alto valor da virgindade antes do casamento foram feitas nas três regiões, especialmente nas zonas rurais, onde as mulheres associaram virgindade a "boas moças" e a "respeito pela família da moça". Mulheres mais velhas nas áreas urbanas e periféricas também defenderam a preservação da virgindade como meio de evitar a gravidez pré-marital e as doenças sexualmente transmissíveis. Vários costumes têm por finalidade fazer cumprir o código da virgindade, incluindo as restrições à mobilidade das mulheres solteiras, a ausência de informação sobre sexualidade e reprodução para as meninas, a MGF, o casamento

precoce e a desonra das noivas não-virgens. Na maioria dos casos, as guardiãs que garantem o cumprimento dessas práticas são as mães ou parentas mais idosas, que aguardam as honras e os presentes conferidos pelos parentes quando casam uma filha virgem. Contudo, essas práticas revelam certas contradições: como o casamento precoce é um antídoto contra o sexo pré-marital, é também a causa principal da gravidez de adolescentes na Nigéria. Além disso, muitas vezes, o homem ou sua família espera da futura noiva uma prova de fertilidade através da gravidez *antes* do casamento.

As mulheres mais jovens, especialmente aquelas na faixa etária de menos de 19 anos, vivendo nas áreas urbanas, mostraram-se mais abertas para rejeitar os tabus tradicionais e adotar as novas atitudes sobre o sexo. Essas atitudes incluem o envolvimento mais aberto com o sexo pré-marital e a tendência a adiar o casamento e a gravidez (Feyisetan e Pebly, 1989; Makinwa-Adebusoye, 1992). Entrevistadas solteiras de zonas urbanas do Sudoeste e do Norte desaprovam as tradições culturais, que lhes parecem antiquadas e discriminatórias, especialmente o duplo padrão, que determina que os rapazes devem ter muitas parceiras sexuais antes do casamento, enquanto as moças devem manter a virgindade. Ayesha, uma estudante hauçá islâmica, na faixa etária de 13 a 19 anos, contrapôs: "Não concordo com esta regra rígida sobre a virgindade, pois tanto o homem quanto a mulher têm os mesmos sentimentos em relação ao sexo"; e uma jovem solteira, participante de um grupo focal no Norte, afirmou com ousadia: "Quando eu quero dormir com meu namorado, vou procurá-lo". Contudo, a despeito dessa abertura, nossas entrevistadas adolescentes não pareciam conhecer os contraceptivos ou usá-los. Mais uma vez, isso confirma outros estudos, revelando que a maior parte da atividade sexual entre as jovens das áreas urbanas é sem proteção contra gravidez ou dst.[29]

Mesmo entre as mulheers mais velhas, havia uma grande distância entre os ideais de comportamento social, descritos nos grupos focais, e o comportamento concreto, revelado nas entrevistas individuais. Independentemente de etnia, religião, educação ou idade, 39% das mulheres entrevistadas em profundidade tiveram filhos antes do casamento ou estavam grávidas ao casar. O índice de gravidez pré-marital foi especialmente alto entre as casadas do Sudeste; quase todas com mais de 35 anos e tendo ficado grávidas ou dado à luz antes do casamento. Sem dúvida, esse padrão de gravidez pré-marital foi causado, em alguma medida, pela necessidade de comprovar a fertilidade antes do casamento.

Os tabus sobre a sexualidade das mulheres perpetuam o mito de que a iniciação e o prazer sexuais são um domínio exclusivo dos homens. Aghatise, uma professora

---

[29] Makinwa-Adebusoye (1992), num estudo de 1988 com cerca de 5.600 homens e mulheres jovens, na faixa etária de 12 a 24 anos e vivendo em cinco grandes áreas metropolitanas, revelou que 44% da amostra total de mulheres e 25,5% das mulheres de 15 a 17 anos eram sexualmente ativas, embora somente 20% e 6,7% de cada grupo fossem casadas. Além disso, só 17% de todas as mulheres da amostra e 39% das sexualmente ativas informaram que usavam algum tipo de contraceptivo.

de 45 anos do Sudoeste, atualmente no seu segundo matrimônio, confirma essa atitude, embora não necessariamente com aprovação, ao observar: "Nos fizeram acreditar que a mulher que toma a iniciativa no sexo é prostituta e leviana". Confirmando esta afirmativa, ainda que de modo implícito, a maioria das entrevistadas do Sudeste que não tiveram acesso à educação formal não respondeu à pergunta sobre se gostavam de sexo. Para muitas nigerianas, a idéia da sexualidade como fonte de prazer continua sendo algo além da imaginação. Zenaib é uma dona-de-casa muçulmana de 38 anos, que se casou aos treze e agora tem quatro filhos. Sua história não é atípica:

> Eu me casei com treze anos, antes de saber sobre [sexo], com um homem de uns 30 anos. Meu marido fez logo exigências sexuais. Eu costumava gritar e fugir dele porque achava a experiência dolorosa. Um dia, eu dormi no abrigo da cabra para não dividir a cama com ele. Depois de algum tempo, ele falou sobre esse comportamento com meu pai, que veio e me deu uma surra grande. Ele também me ameaçava com todo tipo de coisa desagradável e, por isso, eu parei de fugir. Pra mim, uma mulher não tem que gostar de sexo. Se ela é capaz de dar prazer ao marido e ter filhos, eu acho que é já uma recompensa satisfatória. Normalmente, as mulheres hauçás não mostram nem sinal de prazer durante o sexo, porque senão seus maridos iam pensar que elas estavam agindo de maneira errada.

No entanto, outras mulheres apresentaram atitudes menos tradicionais em relação ao prazer sexual feminino. Isso foi particularmente verdadeiro entre mulheres instruídas das zonas urbanas e divorciadas, assim como entre mulheres mais velhas, que já haviam ultrapassado os períodos de gravidez e os primeiros tempos de maternidade. Amina, por exemplo, uma administradora universitária do Norte, de 45 anos, hauçá e muçulmana, observa: "Eu realmente gosto de sexo. Comecei a fazer sexo aos catorze anos, quando me casei com meu atual marido". E Orobosa, uma comerciante de 35 anos, do Sudoeste urbano e mãe de 4 filhos, contou-nos francamente: "Eu gosto de sexo para satisfazer meu desejo, é natural". Algumas mulheres expressaram abertamente o desejo de ter relacionamentos sexuais mais satisfatórios, incluindo a liberdade de tomar a iniciativa do ato sexual. Oghogho, 38 anos, divorciada, com seis filhos sobreviventes, de uma área rural do Sudoeste, foi muito direta: "É ruim que seja só o homem que pede sexo, porque o amor não deve ser de um lado só. É o corpo dela e ela deve ser livre para controlá-lo".

Contudo, a maioria das nossas entrevistadas está provavelmente entre a resignação estóica de Zenaib e o feminismo autoconfiante de Oghogho. Talvez sejam mais típicas as tensões e ambigüidades presentes nas observações de Huseina, uma agricultora catafe do Norte, de 57 anos, casada de forma monógama por 42 anos. Por um lado, ela repete a analogia rural que associa o corpo da esposa com a propriedade da terra: "Às vezes, quando eu não quero, só tolero porque o agricultor não pode

chegar à sua fazenda e ser impedido de trabalhar nela".[30] No entanto, ela também encontra espaço para seu próprio desejo:

> Com o tempo, eu até comecei a gostar de ter relação com meu marido. Nunca, em todos esse anos de casamento, eu tomei a iniciativa no sexo de um jeito ofensivo ou declarado, mas para que é que eu tenho a minha esperteza feminina? Quando eu desejo meu marido, tomo um banho, boto algum perfume de cheiro doce, fico atraente. Ele sempre entende.

Assim como em relação à menstruação e à sexualidade, nossas entrevistadas também mostraram conhecimentos muito limitados sobre dsts e HIV/aids. Estas enfermidades foram descritas pelas mulheres do Sudeste como "doenças de pessoas instáveis" e, em toda as áreas, elas reproduziam a visão dominante entre homens e mulheres de que as dsts são "doenças de mulher", que atingem apenas aquelas que são "promíscuas, imorais e irresponsáveis" (veja Gogna e Ramos, 1996). Edem, uma comerciante de meia idade, com educação primária e que deu à luz nove filhos (quatro ainda vivos), mostra até que ponto a mulher carrega no casamento o ônus da infecção sexualmente transmissível: "O homem nem vai chegar perto de você e vai se divorciar se tiver certeza que [a doença] não vem dele". Contudo, Zenaib sugeria que o rótulo "doença de mulher" podia ter o sentido oposto, o que envolveria o direito da mulher de evitar riscos. Ela afirmava: "Se um homem está infectado pela aids ou qualquer outra dst, sua esposa deve ter a liberdade de se recusar a dormir com ele para se proteger".

À luz dos estereótipos e estigmas de gênero, não é de surpreender que a mulher, descobrindo que tem uma dst, procure tratamento clandestino. Nas palavras de Monat: "Se eu tiver uma dst, vou ao médico particular ou ao farmacêutico, que vai guardar meu segredo". Há tratamentos modernos e tradicionais para as dsts, contudo, para garantir o anonimato e para evitar os custos proibitivos dos modernos centros de saúde, a maior parte das mulheres prefere simplesmente comprar medicamentos na farmácia ou ir para as casas de tratamento tradicional. Algumas entrevistadas informaram que é mais provável que o homem procure tratamento para a dst do que a mulher e que não é raro que ele leve os medicamentos para casa, para sua mulher tomar, sem explicar claramente qual a finalidade dos mesmos. Embora esse comportamento seja mais responsável do que simplesmente ignorar o risco de infectar sua esposa, o segredo termina por perpetuar o mito de que é da mulher a principal responsabilidade pela disseminação das enfermidades sexuais, revelando, ainda, as desigualdades intrínsecas às relações conjugais.

---

[30] O casamento de Huseina foi arranjado desde seu nascimento, mas ela se considera com "muita sorte" em comparação com suas amigas ("Deus foi bom comigo"), pois ele acabou sendo um bom marido.

Contradições do envelhecimento

A entrada das mulheres nigerianas no período pós-fértil está carregada de significados conflitantes. Assim como na menstruação, o tema da menopausa é encoberto pelo segredo e pelo silêncio, o que resulta em informações equivocadas e medo entre as mulheres. Com a proximidade da menopausa, muitas mulheres tentam escondê-la o maior tempo possível, especialmente se não têm filhos. Contudo, as mulheres que já estão na fase pós-menopausa reconhecem o respeito e a liberdade que, por isso, adquirem: seu *status* social melhora, se comparado com os anos em que deram à luz e criaram seus filhos, e as mulheres mais jovens lhes tratam com mais consideração. Em geral, o *status* pós-menopausa confere liberdade e poder às mulheres, em casa e na comunidade. Acredita-se que as mulheres mais velhas são mais maduras e experientes e se espera que assumam a tarefa de socializar as meninas e mulheres jovens da casa, o que inclui não apenas suas filhas e netas, mas também as outras esposas e suas filhas. Algumas vezes, o término da menstruação libera a mulher dos tabus religiosos e lhes confere poderes de decisão normalmente associados aos homens. No Sudeste, as mulheres na fase pós-menopausa adquirem o direito de participar de associações e sociedades, que geralmente são masculinas e, no Norte, embora permaneçam segregadas, passam a ser aceitas nas mesquitas.

Além dessas vantagens na esfera pública, as mulheres na etapa pós-menopausa também podem melhorar sua posição dentro da família, substituindo o seu "direito à cama do marido" por um maior respeito por parte dos outros membros da família e uma redução nas tarefas domésticas (Pearce, 1995). Por outro lado, algumas mulheres do Norte, no período pós-menopausa, parecem aproveitar seu *status* superior de mulher mais velha para atingir uma maior consciência de direitos com relação à atividade sexual. Mulheres em casamentos polígamos insistiram em que, a menos que a mulher menopáusica conceda ao marido o direito de dormir com outra esposa em substituição à sua (da mulher) vez de ter sexo, ele não tem o direito de fazer isso. Uma participante de um grupo focal rural baseou-se em seu direito ao prazer sexual para argumentar em defesa das mulheres mais velhas: "Não somos velhas demais para fazer sexo, e por que a gente deveria abrir mão de alguma coisa? A menopausa não é uma doença; e, além disso, os homens mais velhos ainda fazem sexo". No Sudeste, todas as mulheres pós-menopáusicas informaram que continuavam sexualmente ativas. Entre as do Sudoeste, as respostas não foram tão homogêneas e algumas expressaram a crença de que ficariam mais suscetíveis a doenças, caso se abstivessem de sexo. No entanto, a maioria das mulheres do Sudoeste — tanto das zonas rurais quanto das urbanas e em todos os grupos etários — afirmou que, depois da menopausa, as mulheres não deveriam continuar a ter relações sexuais porque agora elas tinham se "tornado homens" ou, nas palavras de uma delas, "um homem não pode fazer amor com outro homem". Algumas disseram que as mulheres pós-menopáusicas que não têm mais atividade

sexual são mais fortes do que aquelas que continuam a fazer sexo e alegaram que esse princípio também se aplicaria ao homem.

Apesar da discordância quanto ao fato de, ao se tornar mais parecida com o homem, a mulher mais velha finalmente teria adquirido algum direito ao prazer sexual, e embora ninguém considere que ser "como" homem signifique ser igual, está claro que as mulheres pós-menopáusicas têm mais poder, na casa e fora dela, do que em qualquer período anterior de suas vidas. Livres das limitações da gravidez e da maternidade, podem finalmente exercer alguma autoridade, embora geralmente o façam apenas sobre as mulheres mais jovens e dentro de domínios conhecidos, arranjados de acordo com os padrões de gênero. No entanto, algumas mulheres, falando em nome das mais velhas, reclamaram um maior espaço. De acordo com membros do Trabalho de Nossas Mãos, um grupo de auto-ajuda de Benin City, a menopausa, além de ser "natural", é algo que permite à mulher a possibilidade de "fazer o que quiser", convivendo livremente com homens, sem medo de contaminação. De fato, livre da mancha da menstruação, as mulheres podem até mesmo tornarem-se chefes.

Casamento e monogamia somente para mulheres

Entre nossas entrevistadas, foi virtualmente universal a suposição de que o casamento é o destino "natural" da mulher. Jovens solteiras esperam se casar quando atingirem a maioridade, e divorciadas ou viúvas prefeririam se casar de novo, se houvesse oportunidade. As discussões dos grupos focais nas três regiões, nas zonas urbanas e rurais, apontaram para o fato de que o respeito e o *status* das mulheres na sociedade são derivados do casamento e da gravidez: "a mulher solteira não é respeitada na sociedade"; "uma mulher não é considerada verdadeiramente mulher, nem se sente realizada, até que se case". Exmplos dessas indicações da tremenda pressão social para que a mulher se case são a crença de que é uma abominação uma mulher morrer solteira (Norte) e os muitos tabus relacionados a ter filhos fora do casamento. Mulheres solteiras são consideradas social e profissionalmente incompetentes, não importando seu nível educacional ou sua qualificação e, muitas vezes, negam-lhes empregos, promoções e nomeações políticas.

Sob as leis consuetudinárias e islâmicas locais as relações conjugais são geralmente definidas de acordo com normas patriarcais que *desempoderam* fortemente as mulheres. Mesmo assim, a maioria das mulheres tende a reverenciar os costumes e rituais do casamento e, como jovens, entram no matrimônio com grandes expectativas de obter maior respeito e *status*. Na realidade, como "boas esposas", têm de ser subservientes a seus maridos, renunciando a seu poder de decisão e, no Norte, até mesmo à sua liberdade de movimento, em função da observânica das regras do *purdah*. Encontramos ampla evidência de que o poder e a força vital associados à maternidade apenas podem ser atingidos através do casamento. Todos os grupos étnicos concordam que

o valor e a respeitabilidade de uma mulher são determinados, em grande parte, por sua capacidade de ter filhos e de ser uma "boa esposa", no sentido de procriar, manter a família e satisfazer sexualmente o marido.

As participantes dos grupos focais aceitavam o costume do pagamento do preço da noiva pela família do marido como um reconhecimento do valor da noiva. Em algumas áreas, o preço aumenta se a futura noiva puder dar uma prova de virgindade, o que reforça a aceitação, por parte das mulheres, de práticas como a MGF e a "proteção" às meninas, como uma garantia da possibilidade de casá-las. Depois do casamento, a mulher, em geral, aceita as expectativas de obediência da esposa, permanecendo fiel mesmo diante da infidelidade do marido e da poligamia. É raro que a mulher ponha fim a um casamento, mesmo nos casos de violência e abuso permanentes, porque a divorciada não é respeitada pela sociedade, além de sofrer dificuldades financeiras e o risco de rejeição por parte da família.

Tabela 6.1 Mulheres que casaram na adolescência

	Sudeste	Sudoeste	Norte	Total
Menos de 19 anos	0	0	2	2
20 a 35 anos	1	1	2	4
36 a 45 anos	2	0	5	7
Acima de 45 anos	6	3	2	11
Total	9 (38%)	4 (17%)	11 (46%)	24 (33%)

O casamento de crianças e a poligamia são outras tradições que *desempoderam* as mulheres e, no entanto, são toleradas pela maioria. Apesar do maior risco de infertilidade, de ocorrência de fístulas uretro-vaginais e de mortalidade materno-infantil, o casamento de crianças é praticado em todas as regiões, mas é mais comum no Norte e nas zonas rurais.[31] Como mostra a Tabela 6.1, um terço de todas as mulheres entrevistadas casou quando adolescentes, sendo que o índice maior está no Norte. A maior parte dessas mulheres vivia em áreas rurais ou em periferias urbanas, porém o fator mais importante era a idade: nas três regiões, independentemente de diferenças étnicas ou situação de domicílio, parece que a tendência é a diminuição dos casamentos precoces — nenhuma mulher das coortes de idade inferior a 19 anos, no Sudeste ou Sudoeste, havia se casado, na época das entrevistas. Sem dúvida, esse padrão reflete as limitações econômicas e o fato já citado de que as mulheres mais jovens permanecem mais tempo na escola do que suas mães e avós. A grande maioria das entrevistadas com menos de 19 anos, nas áreas rurais ou urbanas, era estudante.

[31] Nacionalmente, as moças hauçás e fulanis do Norte se casam em média três anos antes de suas contrapartes ibos e iorubas do Sul; nos grupos do Norte, 34% de todas as mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos são casadas (NDHS, 1992).

Em relação à escolha do marido, participantes das zonas rurais e das periferias urbanas do Norte informaram que seus pais ou guardiões tomaram (ou iriam tomar) a decisão por elas. Ao contrário, participantes das áreas urbanas de todas as regiões, assim como algumas das zonas rurais e das periferias urbanas do Sudoeste e Sudeste, observaram que "nos dias de hoje, há escolha". Marietu, uma agricultora e comerciante de 47 anos, do Sudoeste, contou a história de seu casamento arranjado, como um exemplo dos velhos costumes:

> Quando eu atingi a maioridade [17], sem meu consentimento e provavelmente sem o da minha mãe, fui dada em casamento a um homem que eu nunca tinha visto,aí eu fui levada até ele por um grupo de homens que eu também não conhecia. No dia do casamento, vi alguns estranhos com meu pai, e, depois de alguns minutos de discussão, um deles agarrou de repente na minha mão e me arrastou ligeiro até um carro que estava esperando. Lutei com os homens, esperneei e gritei, mas ninguém veio me ajudar. Minha mãe chorava desesperada, mas meu pai não mostrava nenhum sinal de pena ou de preocupação. Durante quase duas semanas, não quis comer nem beber. Não me deram liberdade na casa nova, eu não podia me mexer nem ir onde eu queria. O tempo todo eu tinha acompanhantes para ir na privada ou tomar banho, e qualquer tentativa de fuga fracassava.

Com exceção das zonas rurais do Norte, em todas as outras áreas experiências como a de Marietu estão se tornando episódios do passado. Embora os pais insistam em ser apresentados aos futuros maridos, cada vez mais a escolha vem sendo feita pela própria jovem. Algumas entrevistadas de áreas rurais atribuem isso a mudanças nas condições socioeconômicas e à migração de jovens mulheres para as cidades em busca de emprego, o que reduz o controle dos pais na escolha de maridos para suas filhas.

Ao todo, 33% das entrevistadas casadas disseram que estavam em uniões polígamas, um índice inferior à taxa nacional, estimada em 41%. Dessas uniões polígamas, 17% eram de cristãos, 50%, de muçulmanos e 33%, de seguidores da religião tradicional africana. No Sudoeste, as uniões polígamas entre as entrevistadas representavam quase a metade dos casamentos, enquanto no Norte eram 28% e no Sudeste, onde havia um maior número de solteiras, só atingiam 11%.[32]

Muitas de nossas entrevistadas aceitavam a poligamia como parte da tradição, porém ela foi fortemente rejeitada por quase todas as mulheres dos grupos etários

---

[32] A discrepância entre as estimativas nacionais sobre poligamia e o índice de uniões polígamas na nossa amostra (especialmente no Norte) pode resultar de nossas estratégias de seleção de amostra, incluindo a prevalência de localidades urbanas e da periferia das cidades, a alta proporção de solteiras entre as entrevistadas do Sudeste e a decisão de entrevistar mulheres que participam de grupos organizados, as quais tinham menos possibilidade de estar na situação tradicional de união polígama. Por outro lado, pode também indicar mudanças de atitude, desde que os levantamentos nacionais foram realizados, especialmente entre a população mais jovem e urbana.

de menos de 19 anos (do Sudeste e Sudoeste), todas solteiras. Muitas cristãs também a repudiaram, dizendo que a "poligamia não é correta porque é proibida pela Bíblia", apesar da inclinação dos homens cristãos a ter várias esposas ou amantes. Além disso, entrevistadas, cristãs e muçulmanas do Norte, incluindo algumas das mais velhas, concordaram com esta declaração excepcionalmente franca de uma participante de grupo focal:

> A poligamia gera ciúmes, suspeitas, hostilidades e discussões entre as esposas e é sempre uma decepção para a esposa que ganha uma companheira. Isso acontece mesmo quando a mulher pensa que está bem preparada.

De fato, uma entrevistada vivendo em uma união monógama no Sudoeste ameaçou arrumar suas coisas e ir embora se o marido arranjasse outra esposa. Uma discussão entre um grupo de mulheres (maioria com mais de 35 anos) de uma comunidade agrícola da periferia urbana no Sudeste revelou o consenso de que quase nenhuma jovem de hoje aceitaria a poligamia porque ela causa muitas disputas na família.

Considerando essas opiniões, continua pouco clara a razão pela qual a poligamia foi apoiada por tantas mulheres, mesmo por aquelas que expressaram fortes reservas ou insatisfação com relação ao seu próprio casamento polígamo. Sem dúvida, a visão cultural hegemônica do casamento como o destino natural da mulher, juntamente com o pressuposto popular de que "o homem nigeriano nasce polígamo", faz a poligamia parecer uma condição mais aceitável para a mulher do que ficar sem marido. Acima de tudo, a aceitação da poligamia por algumas mulheres pode ser simplesmente pragmática, como é sugerido por esta observação de uma participante de um grupo focal cristão do Sudeste: "Poligamia é bom. Diminui as tarefas de casa de cada mulher, pois o trabalho é dividido por mais de uma esposa".

A poligamia é somente uma das expressões do duplo padrão sexual na Nigéria, no que diz respeito ao sexo extraconjugal. Participantes mais velhas dos grupos focais das três regiões refletiam essa acomodação ao duplo padrão predominante, fazendo observações do tipo: "Os maridos devem cuidar das esposas, e as esposas devem ser fiéis", "As mulheres devem aceitar a infidelidade masculina, não há nada que elas possam fazer" e "Meu marido pode fazer o que quiser, desde que não me diga nada". Mais uma vez, as jovens solteiras expressaram opiniões mais idealistas. Entrevistadas cristãs do grupo etário de menos de 19 anos (do Sudeste e Sudoeste) fizeram objeções às ligações extraconjugais para homens e mulheres, argumentando em nome do padrão bíblico de fidelidade e amor mútuos no casamento. No entanto, para a maioria das entrevistadas casadas, os casos extramaritais dos maridos — e, para algumas, a poligamia — parecem ser um preço que estão dispostas a pagar para preservar seu *status* matrimonial, a ligação com os filhos e seu lugar na comunidade.

Divórcio, viuvez e herança

Na Nigéria, o divórcio não é incomum, principalmente nas áreas urbanas, porém, na maioria dos casos, é regido pelos costumes locais, pelos tribunais *shari'a*, e não pelos mecanismos formais do Estado e do direito civil. O divórcio é não só permitido sob a lei islâmica, como também a facilidade de obtê-lo e a incidência de divórcio e de novos casamentos parecem ser maiores no Norte, onde predomina a lei *shari'a*. Nesta região, as divorciadas são encorajadas a se casar novamente, pois a mulher solteira é objeto de repúdio, e morrer solteira é considerado uma abominação. No entanto, o divórcio é visto como uma medida extrema, contrária à norma segundo a qual o casamento deve ser "para toda a vida".

Para proteger a instituição matrimonial, existem muitas sanções sociais contra o divórcio, que afetam quase que exclusivamente as mulheres. Não importa o que ocorra dentro do casamento, mesmo a violência física, espera-se que a esposa seja paciente e tente "domar" seu marido em lugar de apelar para o divórcio. Participantes de grupos focais das três regiões observaram que a sociedade trata as divorciadas duramente, estigmatizando-as como "levianas", "difíceis" e "mulheres más", enquanto os homens divorciados são vistos mais como objeto de piedade. Acima de tudo, as mulheres divorciadas, em todas as regiões, arriscam-se a perder a guarda dos filhos. Na melhor das hipóteses, elas conseguem direito de visita ou, a critério do marido e de sua família, o direito de continuar criando os filhos pequenos, que ainda não atingiram a idade escolar.

Encontramos evidência de que o divórcio está se tornando mais aceitável para as mulheres. Muitas entrevistadas do grupo de faixa etária inferior a 19 anos, nas três regiões, concordaram que, embora o casamento seja considerado um contrato para toda a vida e o divórcio seja algo indesejável, podem existir circunstâncias nas quais se torne necessário — como violência e infertilidade. As mulheres das zonas urbanas do Norte foram particularmente francas em expressar a consciência de direitos quanto ao divórcio, nos casos em que o marido espanca sistematicamente a esposa ou não consegue satisfazê-la, por exemplo, por ser impotente. Membros do grupo Trabalho de Nossas Mãos, no Sudoeste, afirmaram que, se uma mulher está infeliz no casamento, deve "pegar suas coisas e ir embora". Essas justificativas para o divórcio revelam a opinião de que a mulher, afinal de contas, teria alguns direitos básicos no casamento: o direito de ser sustentada (casa e comida para ela e os filhos), o direito à vida e à integridade de seu corpo (não sofrer ameaças físicas do marido à sua vida e à sua segurança) e o direito de ser honrada e respeitada no matrimônio (não ser humilhada pela exibição pública de casos extraconjugais).

Por outro lado, menos de 10% das entrevistadas casadas já tinham se divorciado ou estavam tentando se divorciar. É possível que isso aconteça porque a maioria considera que suas necessidades conjugais são atendidas. No entanto, é mais provável

que o medo do repúdio social, assim o receio de perder seu sustento e a guarda dos filhos, atuem como fatores dissuasivos, pesando mais do que o sofrimento pessoal suportado por algumas mulheres.[33] Esse parece ter sido o caso de Marietu, cujo casamento forçado continuou sendo um amargo sofrimento:

> Em todos estes anos de casamento, eu nunca tive prazer com o sexo, nunca fiquei feliz em vê-lo, nunca pude perdoá-lo, embora ele tenha tentado ser gentil. Sempre v ele como o pai de meus filhos e não como meu marido. Há dez anos, eu tomei a decisão de viver com meu marido por causa das crianças.

Os significados sociais e os efeitos do estigma da viuvez afetam as mulheres de modo bem diferente do que aqueles do divórcio. Em todas as regiões, as viúvas estão sujeitas a práticas tradicionais humilhantes e degradantes. Muitos grupos étnicos atribuem, de alguma forma, a morte do marido a feitos malignos ou poderes sobrenaturais da esposa. Acredita-se que ela deve ter cometido adultério ou realizado feitiços capazes de matar o marido ou os filhos, especialmente os filhos homens. Para desfazer essas suspeitas, a viúva deve passar por rigorosos ritos de luto, que podem incluir ficar sentada no chão, sem tomar banho, usando as mesmas roupas de três a sete dias e/ou usar roupas pretas, não cortar o cabelo ou raspar a cabeça e ficar confinada em casa de um a três meses.[34] Em geral, o relacionamento entre a mulher e a família de seu ex-marido determina a natureza e a severidade dos ritos e provações a que se submete. Se a viúva consegue passar por todos os ritos sem adoecer ou morrer, é isentada de qualquer culpa pela morte do marido. Por outro lado, o fracasso ou a recusa em se submeter a esses ritos resultam na presunção de culpa, perda dos filhos e abandono por parte dos parentes. Ao contrário, os viúvos passam por ritos de luto bem mais suaves e curtos ou mesmo por nenhum rito.

Nas discussões dos grupos focais e nas entrevistas, foi consenso a necessidade de reformar os rituais de luto das viúvas e de que os mesmos ritos e obrigações deveriam ser aplicáveis aos viúvos. As viúvas cristãs, com apoio de suas igrejas, estão cada vez mais recusando os ritos, considerados "não-cristãos". Mulheres do Sudoeste gostariam de apenas usar vestimentas de cor preta durante certo tempo, enquanto as do Sudeste tinham a firme convicção de que não lhes deveria ser exigido raspar a cabeça. Mulheres muçulmanas consideravam degradante o costume de as viúvas ficarem reclusas até que fique confirmado se estão ou não grávidas. Acima de tudo, as mulheres mais jovens das áreas urbanas e das periferias das cidades e quase todas

---

[33] Embora a Lei das Causas Matrimoniais de 1970 autorize os tribunais civis a julgarem as disputas de guarda dos filhos nos casamentos consuetudinários, islâmicos e civis, de acordo com os "interesses da criança", na realidade, a maioria dessas disputas nunca chegam aos tribunais e são decididas no âmbito local, em favor do marido (CRLP/IFWL, 1997).

[34] De acordo com uma autoridade (*sic*), a razão desse confinamento é garantir que a viúva não vai, após a morte do marido, atribuir-lhe a paternidade de um filho ilegítimo (Johnson, 1992).

as do Norte tinham fortes objeções à perda de direitos de propriedade das viúvas, especialmente quando contribuíram para a renda familiar durante o matrimônio. Abude, uma professora beni de 47 anos, da zona urbana do Sudoeste, lamentava-se:

> Meu sofrimento foi agravado porque o dote [preço da noiva] foi pago e não houve prole [filho] no casamento. Tudo foi tirado de mim, menos alguns objetos pessoais. Eu tive que recomeçar a vida de novo.

A experiência de Abude é como a de muitas outras viúvas, pois a mulher só tem direito à herança como guardiã dos filhos. No Sudeste, se uma viúva decide se casar de novo com alguém de fora da família do ex-marido, perde o direito de herdar qualquer propriedade. São raras as reparações em disputas de heranças, especialmente no caso de mulheres casadas segundo o direito consuetudinário. Portanto, parece claro que as entrevistadas se acomodam às tradições que regulam o divórcio e a viuvez por causa das pressões sociais e econômicas. A questão aqui é realmente de *direitos reprodutivos* — tanto para viúvas, como Abude, que, por não terem filhos, "perdem tudo", quanto para mulheres casadas, como Marietu, que precisam abdicar do direito ao divórcio ou de escapar de um marido violento e não mais amado, para evitar perder os filhos.

Gravidez e regulação da fecundidade

Em todos os locais de pesquisa, havia a pressuposição de que ter filhos é o motivo mais importante para o casamento. Entre casais nigerianos, parece não existir a decisão voluntária de não ter filhos. As esposas sofrem o principal impacto das intensas pressões familiares pela procriação. Como no caso de Abude, muitas vezes o homem é estimulado a conseguir outra esposa ou tentar com outras parceiras, enquanto a mulher é culpada pela situação e acusada de promiscuidade, feitiçaria ou ofensas contra divindades ou ancestrais. Nesses casos, ela também fica altamente vulnerável ao divórcio. Mulheres sem filhos devem visitar constantemente os herboristas[35] para demonstrar sua intenção de ficar grávida e, ao mesmo tempo, tolerar os casos extraconjugais do marido ou sua decisão de conseguir outra esposa.[36]

Em toda parte, mas especialmente no Norte, as entrevistadas apontaram a preferência cultural hegemônica por filhos homens, ilustrada em observações do tipo: "uma mulher sem um filho homem é desprezada" (Norte) e "os filhos homens perpetuam o nome da família, enquanto as meninas se casam nas outras famílias"

---

[35] Espécie de fitoterapeuta.

[36] Na realidade, os altos índices de infertilidade entre as nigerianas são provavelmente causados pelas fístulas uretrovaginais, infecções do trato reprodutivo e por relações sexuais e gravidez precoces entre mulheres muito jovens — podendo todas essas condições serem atribuídas às práticas culturais dominantes e à falta de um bom atendimento de saúde reprodutiva (veja Johnson, 1982; Adekumle e Ladipo, 1992; e Wasserheit e Holmes, 1992).

(Sudeste). O fardo imposto à mulher pela preferência por filhos homens, tanto em termos do estigma social quanto da alta fecundidade que produz, foi descrito por Marietu, que teve de aceitar outra esposa com apenas dois anos de casada:

> Prometeram a ele outra mulher para esposa porque eu não consegui ter filhos no começo do casamento. Esta segunda esposa teve uma filha mulher. Depois, ela se divorciou e deixou a criança comigo. Depois que a segunda esposa foi embora, minhas três filhas nasceram, uma atrás da outra. Isso deixou a família de meu marido furiosa, que achou que ele devia ter um filho [e herdeiro]; por isso, quiseram que ele tivesse uma terceira esposa, que lhe desse o filho homem que eles tanto queriam. Mas meu marido não aceitou essa idéia da famíliadele... Depois disso eu tive três meninos e um casal de gêmeos, oito filhos no total e, desses, quatro são meninos.

Maryam (muçulmana do Norte rural), de 57 anos, casou-se com 15 anos, com um homem a quem tinha sido prometida desde o nascimento. Teve o primeiro bebê com 16 anos, no primeiro ano de casamento:

> Quando tive as primeiras quatro filhas, os problemas não vieram de meu marido, mas da família dele. Eles diziam nomes feios, me maltratavam, me ignoravam nas reuniões de família. Era como se eu não tivesse tido filhos. Isso era muito triste e eu não estava feliz, pois é Deus, e não eu, quem dá os filhos... A única coisa boa foi que meu marido não deu atenção à sua família e, quando Deus quis, eu tive três meninos. A atitude deles comigo mudou.

No total, Maryam teve 13 filhos, o número mais alto entre todas as participantes das entrevistas em profundidade. Ela expressa um claro senso de injustiça em relação à agonia das gestações que teve de suportar para perpetuar a preferência por filhos homens. Sua observação de que "É Deus, e não eu, quem dá os filhos" foi repetida por outras mulheres. Como disse uma participante de grupo focal do Sudoeste rural: "Um filho é um filho, menino ou menina". Esses sentimentos sugerem ressentimento, não somente com a pressão para continuar a engravidar até ter um filho homem, como também com o preconceito de gênero que isso implica, especialmente de parte das mulheres mais velhas, que relembram sua vida reprodutiva.

As entrevistadas eram parte do padrão nacional de gestação precoce, geralmente (mas nem sempre) associada ao casamento precoce. Mulheres mais velhas (com mais de 45 anos) começaram a ter filhos mais jovens do que as de menos idade, com a idade mediana de 17,9 anos, comparado com 21 anos para o grupo etário de 36 a 45 e 21,4 anos para o grupo de 20 a 35. Somente Maryam havia dado à luz já aos 16 anos. As entrevistadas relataram ter tido muito pouca informação sobre gestação e parto, antes de ficarem grávidas. Uma vez grávidas, as mulheres aprendem os rituais e as restrições de seu grupo étnico, sua religião e sua comunidade. Também aprendem o que devem esperar do parto, como amamentar e cuidar do bebê e como adiar a próxima gestação, por meios como o prolongamento da amamentação ou a abstinência

sexual.[37] Esses conselhos são dados por mães, amigas, sogras, outras esposas, parteiras tradicionais e, com menos freqüência, por profissionais de saúde.

Restrições à mobilidade da mulher grávida impostas pelo costume predominam em todos os locais de pesquisa. Algumas delas têm por objetivo garantir que o bebê não seja possuído por maus espíritos antes do nascimento — como, por exemplo, a proibição de andar no sol quente (Norte), sentar na entrada de casa ou caminhar e comer à noite (Sudoeste). As grávidas também estão proibidas de fazer trabalho pesado, para evitar o aborto ou o parto difícil. As restrições alimentares variam no tipo e na severidade, de acordo com a região, o grupo étnico e a religião. A principal razão para isso é proteger o feto de qualquer dano; a saúde da grávida é uma preocupação secundária ou menor. No Norte, as mulheres reclusas que desejam assistência médica precisam da permissão de seus maridos, para os quais é inaceitável a idéia de um médico homem tratando de sua esposa. Mesmo em situações de emergência ou de complicações, ninguém ousaria levar uma mulher reclusa para o hospital sem a permissão do marido. Essas restrições aumentam os riscos de fístulas uretro-vaginais e/ou reto-vaginais, de hemorragias e mesmo de morte resultante de parto prolongado e fora de controle (PMMN, 1992).

Nossas entrevistadas se assemelhavam a outras nigerianas, ao também se utilizarem de uma combinação de atendimento tradicional, baseado na fé, e formas modernas de assistência à saúde reprodutiva, entendidas como complementares (Adetunji, 1997). O parto em casa, com ajuda da parteira tradicional, é comum em todas as regiões, embora ocorra mais no Sudeste e Norte, onde as mulheres se orgulham de seu estoicismo durante o parto. Mulheres dessas regiões relataram que entram em um quarto sozinhas quando o parto começa e não chamam ninguém, até depois do nascimento. Para o nascimento, a mulher em trabalho de parto fica de joelhos e puxa uma corda para ter mais apoio. Em Zaria, no Norte, a parteira tradicional é chamada só para cortar o cordão umbilical. Ao contrário da atenção pré-natal centrada no feto, os cuidados pós-natais com a mãe são grandes, durando até 40 dias depois do parto. Além de limitar seus esforços, esses cuidados incluem massagear regularmente o abdômen, com água quente e ervas, e sentar a mulher sobre uma panela com uma infusão de água quente e ervas, para ajudar a redução do útero.

Geralmente, as mulheres das zonas urbanas e a maioria das periferias das cidades procuram os postos públicos de saúde — mais baratos do que os centros de saúde privados — para atendimento pré-natal e pós-natal e, em menor escala, buscam as casas dos espiritualistas. As mulheres rurais e algumas das periferias urbanas tendem

---

[37] De acordo com trabalho de campo realizado por Adetunji, no estado de Ekiti, Sudoeste, a razão principal para a abstinência sexual durante a amamentação é evitar que o sêmen contamine o leite materno. Considera-se que uma amamentação prolongada (até dois anos) é benéfica para a criança; os meninos são amamentados de quatro a cinco meses mais do que as meninas (Adetunji, 1997).

a procurar as parteiras tradicionais para esse tipo de serviço. Quase sempre, as parteiras podem ser encontradas em uma casa da vizinhança. Embora os rituais e os costumes tenham alguma influência na decisão da maioria das mulheres de dar à luz em casa, também contribuem para isso fatores sociais e econômicos. As entrevistadas citavam especificamente o custo do assistência à saúde nos modernos centros médicos em termos de dinheiro, tempo e distância, assim como a atitude desrespeitosa dos profissionais e o fato de que a maioria das equipes de saúde é composta por homens. Entrevistadas de um grupo focal do Norte reclamaram com franqueza que "os médicos chegam tarde e as enfermeiras são rudes". Por causa desses obstáculos, as mulheres só procuram o hospital em último caso, preferindo a automedicação e o atendimento tradicional. Entrevistadas das zonas urbanas e das periferias das cidades defenderam a necessidade de reduzir as taxas hospitalares, prover serviços gratuitos para as grávidas, disponibilizar medicamentos a preços subsidiados e melhorar a atitude dos profissionais em relação às pacientes.[38]

Estudos recentes demonstram que, na Nigéria, mais do que a perspectiva individual, prevalece a tradição patriarcal dos processos comunitários de tomada de decisão sobre questões familiares, inclusive a respeito da regulação da fecundidade e do tamanho da família. Marido, sogros, pais, as pessoas mais velhas e influentes da comunidade e a própria mulher — todos podem opinar; no entanto, a decisão do marido tem maior peso, seguida pela opinião de seus pais e a dos pais da mulher (Isiugo-Abanihe, 1994; Mothercare, 1993). Além do mais, dados de outras pesquisas demonstram que 60% das nigerianas crêem que sua fertilidade e o tamanho da família dependem, em última instância, de Deus (Feyisetan e Ainsworth, 1995). Nas discussões dos grupos focais, a maioria das entrevistadas reproduziu, com as tensões que lhes são intrínsecas, essas opiniões tradicionais. Assim, a maior parte das entrevistadas do Norte declarou que o homem, como chefe da família, tinha o poder de decidir quando ter um filho; de outro modo, "a mulher poderia ser acusada de promiscuidade". Por outro lado, uma minoria de cristãs e muçulmanas afirmou que "as crianças são de Deus, de modo que Deus decide". Algumas entrevistadas do Norte expressaram uma visão mais igualitária, insistindo que as decisões sobre a gestação devem ser tomadas de modo conjunto pelo casal "porque eles são parceiros no relacionamento".

Contudo, dados oriundos das entrevistas e dos estudos de caso sugerem que, na prática, nossas entrevistadas parecem tomar mais iniciativas nas decisões sobre a gravidez e o uso dos contraceptivos do que o indicado por essas afirmações convencionais. Isso é particularmente verdadeiro para as mulheres com mais instrução

---

[38] Essas reivindicações correspondem aos resultados de levantamentos das opiniões das mulheres sobre as práticas obstétricas e maternais na Nigéria, realizados pela Rede de Mortalidade Materna e pelo Projeto de Maternidade Segura. Ver Okafor e Rizzuto, 1994 e PMMN, 1992.

e para as mais velhas que já tiveram vários filhos.[39] Nossas entrevistadas, tanto as das zonas urbanas quanto as das rurais, confirmam um uso crescente de contraceptivos e, quando estes falham, do aborto — algumas vezes, mantido em segredo do marido —, em resposta às pressões econômicas que vêm sofrendo (comparar com Isiugo-Abanihe, 1994). Monat, uma professora do Norte rural que teve 5 filhos em 15 anos de casada, observa:

> Para as mulheres casadas, os contraceptivos são usados muitas vezes para espaçar os filhos e evitar ter filhos demais. Atualmente, a economia anda muito mal, e ninguém pode ter muitos filhos como antigamente. Consegui meus contraceptivos de uma clínica de planejamento familiar num hospital público. O médico me explicou todos os métodos, e eu escolhi a pílula, mas quando tive problemas com ela, voltei para ele e mudei para o DIU... O aborto não é um método contraceptivo. É melhor utilizar um método de planejamento familiar para evitar a gravidez, mas se ele falha, o aborto é a única opção. É melhor abortar do que ter um filho não-desejado.

Ao contrário de Monat, que tem mais instrução do que a maior parte de nossas entrevistadas de zonas rurais, as demais mulheres rurais pareciam saber pouco ou nada sobre contraceptivos modernos, mas era grande o conhecimento sobre os métodos tradicionais. Uma mulher do Sudoeste identificou 16 métodos tradicionais de contracepção e indicou que muitas mulheres do campo os conhecem e os utilizam. Os métodos mais comuns entre nossas entrevistadas eram a abstinência durante a amamentação, o coito interrompido, ervas, raízes, talismãs e a ducha. O tabu do sexo durante a amamentação é aceito pelas mulheres do campo como uma forma de evitar a gravidez não-desejada e ampliar os intervalos entre os nascimentos.

Todas as entrevistadas concordaram que a responsabilidade de usar contraceptivos era da mulher e muitas pareciam relutar em consultar os maridos. Isso é consistente com os dados da DHS 1990, na qual pouco mais de um terço das mulheres casadas, na faixa etária de 15 a 24 anos, informaram ter alguma vez discutido planejamento familiar com o marido (DHS/Macro International, 1996). Mulheres do Norte relataram que discutiam o controle da fecundidade com os maridos apenas para conseguir permissão para obter contraceptivos, pois alguns serviços de planejamento familiar exigem o consentimento do marido por escrito. Algumas entrevistadas usaram o bem conhecido estratagema de, em lugar do marido, apresentar outro homem aos serviços de saúde, garatindo, assim, o seu direito ao sigilo e ao controle da contracepção em face das barreiras culturais e institucionais. No entanto, a maioria das entrevistadas do Norte e Sudeste não admitiu usar nenhum

---

[39] De modo similar, um estudo recente realizado entre iorubas do Sudoeste indica que, embora nos primeiros anos de casamento o desejo de ter muitos filhos seja compartilhado por marido e esposa (prevalecendo as preferências do marido), nas etapas posteriores, a mulher tende a querer menos filhos e a ganhar maior influência sobre as decisões reprodutivas. Ver Bankole, 1995.

contraceptivo. Concluímos que deviam estar utilizando algo que funcionava — incluindo abstinência e aborto — porque, naquelas regiões, quase nenhuma das mulheres com 35 anos ou mais tinha tido mais de seis filhos. No Norte, o número médio de filhos entre as entrevistadas com 35 anos ou mais era de 5,8 e, no Sudeste, 4,7, enquanto para as mulheres mais velhas do Sudoeste era 6,3.[40]

De acordo com a região, as entrevistadas casadas ou separadas apresentavam diferenças marcantes com relação à disponibilidade para admitir o uso de contraceptivos — em geral, a utilização de contraceptivos por nigerianas solteiras não é tolerada ou sequer reconhecida. Quase todas as mulheres do Sudoeste, de zonas urbanas e rurais, declararam que estavam usando algum tipo de contraceptivo, comparado com cerca da metade no Norte e um pouco mais de um terço no Sudeste. Em parte, o fato de haver maior disposição das mulheres do Sudoeste em admitir o uso de contraceptivos talvez se deva à aceitação mais ampla dos métodos tradicionais naquela região. Por outro lado, as mulheres do Norte que se identificaram como usuárias de contraceptivos eram, em sua maioria, residentes em áreas urbanas e/ou instruídas e associavam a contracepção à pílula ou ao DIU, uma delas tendo, inclusive, feito laqueadura tubária, o que é extremamente raro na Nigéria. Em todas as localidades, as dificuldades financeiras foram o motivo mais freqüente dado pelas entrevistadas para o uso de contraceptivos. No entanto, Vivian, uma enfermeira, mãe de três filhos, do Sudoeste urbano, reconheceu que "é possível fazer sexo livremente, sem medo de ficar grávida". E Eki, uma estudante do Sudoeste rural, de 15 anos, afirmou que contraceptivos são bons porque "ajudam a jovem a continuar seus estudos" — uma sugestão de que jovens solteiras também têm direito à expressão sexual, livre de medos. Contudo, Vivian e Eki são casos atípicos, pela clara conexão que fazem entre contraceptivos e a liberdade sexual da mulher.

As objeções mais comuns ao uso de contraceptivos não tinham relação com tabus tradicionais ou religiosos, mas com percepções sobre seus efeitos colaterais. Entre estes, estavam as anomalias fetais, a infertilidade e até mesmo a morte (Norte), a crença de que algumas mulheres ficam grávidas mesmo com anticoncepcionais e o temor de hemorragias, irregularidade menstrual, aumento de peso ou cólicas (Sudoeste). Pelo menos alguns desses efeitos colaterais foram associados aos métodos modernos mais comuns na Nigéria: a pílula, o DIU e os injetáveis hormonais (PNDS,

---

[40] Omitimos grupos de mulheres mais jovens desses cálculos de fecundidade média por supor que muitas ainda não tinham encerrado seu período de procriação. Os motivos para as taxas de fecundidade do grupo de mulheres do Sudoeste de mais de 35 anos serem mais altas do que as de suas contrapartes nas outras duas regiões podem incluir: primeiro, a diferença na distribuição das idades, pois a amostra do Sudoeste tinha uma proporção maior de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos; segundo, a maior probabilidade nesse grupo do uso de métodos contraceptivos tradicionais, menos efetivos; e finalmente, a tendência entre as mulheres benis de tentarem ter filhos homens de vários homens, para que todos eles herdem de seus respectivos pais.

1992). Isso pode explicar o reduzido percentual (6%) de nigerianas casadas que utilizam métodos modernos de contracepção. As demais parecem não utiliza-los em função dos métodos propriamente ditos: seus efeitos (ou o modo como são percebidos), custos, baixa qualidade e ausência de serviços (comparar Feyisetan e Ainsworth, 1995; e Okafor e Rizzuto, 1994). No entanto, pela necessidade econômica, as mulheres das áreas urbanas e rurais procuram regular sua fecundidade, através do espaçamento dos nascimentos e parando de engravidar depois de ter três ou quatro filhos. Fazem isso através de meios engenhosos, masorém às vezes ineficazes, incluindo principalmente métodos tradicionais e, em grande medida, através do aborto clandestino.

Para a maioria das entrevistadas, o aborto significa a interrupção da gravidez e não é considerado um método contraceptivo. Contudo, as atitudes em relação ao aborto variam muitíssimo. A maior parte das entrevistadas de fora das áreas urbanas, assim como uma maioria das participantes das zonas urbanas com mais de 45 anos, nas três regiões, afirmou que, se uma mulher fica grávida sem desejar, não tem outra opção senão levar a gestação até o fim, exceto se esta colocar sua vida em risco. As entrevistadas das áreas rurais e as mais velhas, que fizeram objeções ao aborto, tendiam a fazê-lo com base nos ensinamentos cristãos ou muçulmanos, que associa esta prática a "pecado", "assassinato" e a tabus morais e estigmas sociais. Por outro lado, as mulheres das áreas urbanas e das periferias das cidades que expressaram atitudes negativas em relação ao aborto o fizeram principalmente baseadas em percepções sobre riscos para a saúde e segurança — hemorragias, danos ao útero, infertilidade e morte. Conscientes de que esses riscos resultam das condições de ilegalidade e segredo, algumas participantes de grupos focais achavam necessário uma lei de aborto mais liberal, de modo que se tivesse serviços de aborto mais seguros, mais eficientes e mais baratos.

Nossos dados confirmam a escassez de informação sobre aborto na Nigéria. Por exemplo, em um estudo de 1984, em hospitais de oito estados, cerca de 85% dos abortos relatados ocorreram com jovens solteiras. O estudo também revelou que os registros hospitalares e "as próprias pacientes normalmente negam" o procedimento, mesmo diante de "clara evidência clínica". No entanto, os profissionais de saúde admitem informalmente que o aborto ilegal na Nigéria "é muito mais disseminado do que o indicado por qualquer dado disponível" (Okagbue, 1990: 200-201).

Essas descobertas reforçam nossas suspeitas sobre a prática clandestina do aborto em meio a um silêncio generalizado, inclusive das nossas entrevistadas. Restrições culturais e tabus sociais contribuem para a percepção comum de que o aborto só pode ser praticado e justificado no caso de mulheres que não são casadas. Entretanto, estatísticas baseadas nos registros hospitalares mostram que tanto as mulheres casadas quanto as solteiras recorrem ao aborto (Okagbue, 1990, Oni e McCarthy, 1990). Confirmando esses dados, algumas das entrevistadas mais velhas afirmaram que não hesitariam em fazer um aborto, sem o conhecimento ou a permissão dos maridos.

Efe, uma guarda de segurança de 43 anos do Sudoeste rural, que teve sete filhos (cinco vivos), disse-nos: "Não vou discutir com meu marido antes de fazer". E Eghe, uma agricultora de 50 anos da mesma região, com oito filhos, disse que "iria em frente e faria", se seu marido objetasse. De modo mais significativo, as entrevistadas das áreas urbanas das três regiões, especialmente aquelas com menos de 19 anos, consideram que o aborto é uma opção aceitável para a mulher em uma ampla gama de situações: quando (1) a gravidez não foi planejada; (2) a saúde da mulher corre risco; (3) há limitações financeiras; (4) o bebê não é desejado; (5) a mulher já tem filhos demais; e (6) o pai é irresponsável ou desconhecido. Algumas também disseram que a mulher que não decide fazer um aborto nessas circunstâncias pode terminar "odiando o bebê".

O fato de que as jovens das áreas urbanas, de todas as religiões e etnias, estão rejeitando abertamente os pontos de vista culturais dominantes contra o aborto sugere a existência de importantes mudanças de atitude entre gerações. À medida que a situação econômica se deteriora, as mulheres são sobrecarregadas com crescentes responsabilidades financeiras. Muitas estão agora decididas a controlar sua própria fecundidade, mesmo que isso implique a violação de normas sociais e religiosas ou manobras para evitar a oposição do marido e da família. Isso revela dois níveis de consciência: primeiro, que as dificuldades econômicas lhes conferem essa responsabilidade, porque são elas que dão à luz; e segundo, que podem e devem tomar as decisões sobre a gestação, disfarçadas de deferência para com o marido e para com Deus. Como a grande maioria das entrevistadas trabalha para sustentar a família, elas estão bastante conscientes das condições econômicas que exigem essa determinação. Porém, até que ponto são capazes de levar isso à prática depende de condições que estão fora do controle da maior parte das nigerianas: sua posição no ciclo de vida e seu acesso a métodos contraceptivos confiáveis, à educação e a recursos financeiros.

Conclusões

1. A capacidade de as entrevistadas expressarem consciência de direitos quanto a decisões reprodutivas e sexuais mostrou variações significativas ao longo do ciclo de vida, sendo mais alta no final dos anos férteis e na menopausa e mais baixa no início do matrimônio e na maternidade. Na verdade, podemos dizer que a função reprodutiva opera no sentido de depreciar e rebaixar a posição da mulher na sociedade nigeriana; só quando ultrapassa aquele estágio da vida, é que as mulheres são tratadas com certo respeito.

As expectativas das nigerianas de atingir um *status* mais alto e mais honroso com o casamento e os filhos parecem ser negadas de várias maneiras pela realidade da vida conjugal de nossas entrevistadas. Jovens de menos de 19 anos têm um *status*

mais alto na casa dos pais do que suas mães, sendo, por exemplo, poupadas da violência doméstica. Esse *status* declina com o casamento e a maternidade, quando a mulher deve ceder respeitosamente à autoridade do marido e dos parentes em assuntos de trabalho, fecundidade e assistência à saúde reprodutiva. Embora a responsabilidade de limitar ou espaçar os filhos seja vista como da mulher, essa responsabilidade não é acompanhada pelo reconhecimento de nenhum direito.

À medida que as mulheres envelhecem e provam sua capacidade de ter e criar os filhos, ficam mais dispostas a transgredir valores sociais e tradições dominantes que afetam sua saúde reprodutiva, através de ações ou palavras. As mulheres com mais de 35 anos indicaram várias maneiras de se conduzir de forma relativaente autônoma por dentro das normas patriarcais hegemônicas, para atingir certas metas, vistas como prerrogativas pessoais e necessidades econômicas. Por exemplo, a utilização de tabus tradicionais contra o sexo durante a amamentação ou contra os esforços no pós-parto, para garantir o número desejado de filhos e a redução das tarefas domésticas. Quando atingem a menopausa, essas mulheres adquirem uma consciência mais forte de seus direitos, devido a uma maior estatura e um maior poder de negociação em relação ao homem, concedidos pela sociedade às mulheres mais velhas (excetuando as viúvas sem filhos).

Jovens das zonas urbanas do grupo com menos de 19 anos, mais do que suas mães, expressaram uma maior consciência de seus direitos de explorar sua sexualidade, mesmo antes do casamento. As mulheres mais jovens rejeitam o duplo padrão segundo o qual os rapazes solteiros são encorajados a adquirir experiência sexual, enquanto as moças devem permanecer virgens. Há também um forte consenso nesse grupo contra os casamentos arranjados e a poligamia e a favor da livre escolha de marido. A maioria defendia a liberdade de se proteger contra a gravidez não-desejada através do uso de contraceptivos e uma ampla gama de circunstâncias nas quais deveria ter o direito ao aborto legal. Essa consciência de direitos no campo da sexualidade muitas vezes declina durante os anos de procriação e maternagem, porém, com a menopausa, algumas mulheres exigem ter o direito de desfrutar, finalmente, do prazer sexual, sem sentimento de vergonha.

2. A despeito da aceitação verbal das normas tradicionais de gênero, encontramos exemplos de subversão entre mulheres de todas as idades e de diversos grupos ao decidirem sobre contraceptivos e aborto e, em menor escala, sobre sexualidade. Porém, esses comportamentos transgressores geralmente assumem a forma de segredo ou de acomodações estratégicas, em lugar de resistência aberta.

Por exemplo, embora a maior parte das entrevistadas casadas alegasse que deixam as decisões sobre o tamanho da família com seus maridos ou com Deus, identificamos muitas mulheres que regulavam a fecundidade utilizando algum método (normalmente não-médico) sem o conhecimento do marido. Ainda que poucas tenham admitido ter

feito um aborto, a evidência sugere que prevalece o aborto provocado, em uma atmosfera de ilegalidade e perigo. No que diz respeito à sexualidade, táticas contraditórias para acomodar — mas também para subverter — valores culturais e religiosos tradicionais chamam a atenção para a necessidade de outras pesquisas sobre o modo como as nigerianas lidam com a sexualidade e com o risco sexual, se encontram prazer e satisfação nas suas relações sexuais e em que medida compreendem que sua sexualidade é limitada por normas e práticas tradicionais.

3. Crenças e práticas tradicionais possuem significados complexos e ambíguos na vida sexual e reprodutiva das entrevistadas: às vezes, comprometendo sua saúde e seu poder; outras vezes, sendo usadas pelas mulheres mais velhas para afirmar sua autoridade sobre as jovens; e, outras ainda, ajudando as mulheres a subverterem sua subordinação e expandirem sua margem de controle.

As transições no ciclo de vida analisadas anteriormente têm um lado oculto contraditório, do ponto de vista do *empoderamento* das mulheres, pois são baseadas em uma hierarquia etária que pressupõe a subordinação das mulheres jovens e o lugar das mais velhas como os sustentáculos principais da tradição patriarcal. Vimos isso durante as discussões de grupo, nas quais as mulheres mais velhas em geral tinham o privilégio de falar pelas demais e estavam sentadas mais próximas às entrevistadoras. Eram elas também que defendiam a castidade das mulheres antes do casamento, a MGF e outros costumes.

As mulheres mais velhas ainda derivam substancial autoridade de seu lugar de defensoras da tradição diante das mais jovens. Isso ficou evidente em quase todos os locais de pesquisa. De nenhuma outra forma, esse poder geracional é exercido mais fortemente do que na recusa em fornecer informação sobre sexualidade, gravidez e contracepção às jovens solteiras. Portanto, as mulheres mais velhas podem opor resistência à introdução dos métodos modernos de contracepção para as jovens porque isso ameaça sua posição de guardiã e seu frágil poder no sistema patriarcal.[41]

Sem dúvida, a saúde reprodutiva de todas as mulheres paga um preço alto por muitos dos métodos e modos tradicionais que sustentam a autoridade das mulheres mais velhas; eles perpetuam as condições que produzem a gravidez não-desejada e das adolescentes, o aborto clandestino, as dsts, as fístulas uretro-vaginais e/ou reto-vaginais e a ausência de direitos sexuais das mulheres. Contudo, nossos achados também demonstram que alguns métodos e práticas normalmente definidos como tradicionais podem aliviar o fardo reprodutivo da mulher e fortalecer os vínculos entre gerações, durante a gravidez e o parto. Ao contrário do silêncio enfrentado

[41] Desse modo, a Nigéria se assemelha a muitas sociedades, nas quais "as mulheres mais velhas são guardiãs do conhecimento sobre fecundidade e nascimento" (Ginsburg e Rapp, 1995: 5).

pelas jovens solteiras, as casadas e as grávidas recebem conselhos e cuidados de parentas e vizinhas mais velhas. Embora algumas formas de conhecimento que passam de uma geração a outra — como, por exemplo, os tabus alimentares — possam ser prejudiciais à saúde da mulher, outras, como as semanas de descanso das tarefas de casa e do trabalho no campo, são provavelmente salutares.

Finalmente, os métodos tradicionais de controle da natalidade, no contexto das restrições culturais e institucionais existentes, podem apresentar algumas vantagens reais sobre os métodos "modernos". Além de mais baratos e acessíveis, são mais controlados pelas mulheres; apresentam menos riscos de efeitos colaterais ou estigmas sociais; e, geralmente, não requerem a permissão do marido. As queixas de nossas entrevistadas contra os profissionais de saúde em postos e hospitais indicam sérias deficiências na qualidade do atendimento institucional, incluindo a prioridade dada à autoridade e ao consentimento masculinos sobre o conhecimento e *empoderamento* das mulheres. Essas deficiências reforçam a preferência das mulheres por parteiras tradicionais e curandeiros.

4. As expressões do direito à autonomia e ao conhecimento sexual e reprodutivo parecem estar aumentando entre as gerações mais jovens, em parte devido ao maior nível educacional dessas nigerianas. Se essa tendência será suficiente para romper o ciclo das mulheres como portadoras da tradição dependerá do trabalho educacional que as ativistas de saúde consigam realizar com meninas e jovens nos próximos anos.

A despeito da tendência entre as mulheres mais velhas de apoiarem as tradições e de agirem como guardiãs do conhecimento sexual em relação às jovens, muitas delas também expressaram aprovação por metas educacionais mais igualitárias e o desejo de que suas filhas tenham acesso aos conhecimentos que lhes foram negados quando eram jovens. Contudo, só raramente (como no caso de Monat e seus filhos), esse desejo foi traduzido em mudanças práticas. Entre nossas entrevistadas, nem as mulheres mais velhas nem as mais jovens relataram casos de mães que estivessem rompendo os tabus sexuais contra a discussão da sexualidade, com o objetivo de informar melhor suas filhas. Ao contrário, as jovens estavam conseguindo conhecimentos sobre sexo através de amigas, escola e livros — recursos aos quais as mulheres mais velhas tiveram menor acesso.

Embora as mulheres mais jovens tendam a manifestar claramente atitudes de maior resistência aos valores culturais hegemônicos sobre sexualidade e contraceptivos do que as gerações mais velhas, ainda resta saber se essas opiniões vão se manter até mais tarde na vida. Considerando as mudanças no ciclo de vida descritas anteriormente, em que as mulheres tendem a adotar comportamentos e valores mais submissos no início do casamento e na maternidade, temos que questionar se somente a educação será suficiente para romper esse ciclo. Se o único poder disponível para as nigerianas mais velhas continuar sendo gerado por sua ação como guardiãs da

tradição, então as mudanças serão muito difíceis. Com mais instrução e capacitação, as jovens podem exigir um maior reconhecimento de suas contribuições econômicas e sociais e seu direito de fazer escolhas pessoais. Contudo, não será automática a ruptura com a cultura do silêncio em torno da sexualidade, da contracepção e do aborto. Enquanto as decisões da maioria das mulheres sobre sexo e reprodução estiverem encobertas por segredos e acomodações às tradições, será impossível conseguir legitimidade pública para alternativas mais saudáveis e mais igualitárias em relação a gênero.

Essa realidade nos forçou, como pesquisadoras e ativistas, a reavaliar nossas próprias concepções anteriores sobre gênero, assim como nossas relações com as mulheres populares e até mesmo as metas de nosso trabalho. Percebemos que todas as nossas ações para alcançar os direitos reprodutivos e de saúde das mulheres devem começar com a quebra das restrições culturais para se discutir a sexualidade. Projetos, como A Iniciativa de Poder das Jovens (*Girls' Power Initiative*), podem criar espaços seguros para as meninas e jovens começarem a falar mais abertamente sobre as pressões e os medos mais íntimos que sentem sobre seus corpos. No entanto, só será possível transformar maior abertura em poder sobre nossas vidas sexuais e reprodutivas quando o movimento nigeriano pela democracia e pela distribuição das riquezas tiver êxito em abrir caminho para mudanças políticas e sociais reais.

7

De *Sanas* a *Dapat*

A afirmação de direitos nas decisões reprodutivas nas Filipinas

Mercedes Lactao Fabros, Aileen May C. Paguntalan, Lourdes L. Arches e Maria Teresa Guia-Padilla[1]

Neste capítulo, procuramos nos afastar do discurso tradicional sobre direitos reprodutivos, caracterizado por uma orientação altamente individualizada, legalista e biomédica. Ao contrário, damos atenção às maneiras pelas quais as mulheres populares, como sujeitos sociais capazes de pensar estrategicamente, interpretam as noções de "reprodução" e "direitos". Baseado em um estudo etnográfico com mulheres de três comunidades, este capítulo situa os direitos reprodutivos como parte das lutas dessas mulheres contra as forças sociais e culturais que atuam sobre suas vidas cotidianas, entendendo que, através dessas lutas, as mulheres expressam suas reivindicações de controle sobre seu corpo físico e social — isto é, sua sexualidade, fecundidade, sua maternidade e sua percepção de si mesma em relação aos outros. Ao reconhecer a condição de sujeito das mulheres pobres na definição e transformação de suas próprias vidas, este capítulo questiona as compreensões hegemônicas, especialmente no Terceiro Mundo, sobre tomada de decisões no campo dos direitos reprodutivos.

---

[1] Este capítulo foi escrito com a colaboração de Cynthia Rose Bauzon-Batista, Eufracio C. Abaya e Antoinette Raquiza. Ana Maria Nemenzo escreveu o material sobre a história do movimento de saúde da mulher nas Filipinas. A pesquisa de campo foi realizada por Realidad Santico-Rolda, Rosario Nabong-Cabardo e Maria Teresa Guia-Padilla, sob a coordenação geral de Mercedes Lactao Fabros.

Entendemos as reivindicações expressas nas lutas cotidianas das mulheres como um processo de afirmação e negociação de direitos, que incorpora as dimensões físicas, sociais e morais da vida das mulheres, as diferentes formas de resistência e acomodação utilizadas por elas para a construção da consciência de direitos e as estruturas materiais e ideológicas que facilitam ou restringem seus esforços. Ao revelar o processo pelo qual as mulheres populares afirmam direitos, esse estudo se volta para o lugar das mulheres na reprodução biológica e social e para as implicações teóricas, políticas e organizativas deste processo, tanto no plano local quanto no nacional.

O processo de pesquisa

A equipe filipina do IRRRAG foi composta de acadêmicas e profissionais com diferentes atuações na pesquisa feminista e/ou em projetos de desenvolvimento rural. Juntas, desenvolvemos um processo de pesquisa em múltiplas camadas, combinando métodos qualitativos e quantitativos. Nossa equipe adotou a abordagem da história de vida, reconhecendo que, nas Filipinas, e talvez em outras partes, a consciência de si ou de autonomia (*paghatao*) e direitos individuais são profundamente influenciadas pelas relações com os outros e pelas mudanças no ciclo de vida. Aplicamos essa abordagem através do exame de pares de mãe e filha, o que nos permitiu seguir os mecanismos pelos quais as normas e os valores da sociedade são transferidos de mãe para a filha, dentro da complexa estrutura da família e da comunidade. Foi selecionado um total de 14 pares de mãe e filha em três comunidades, escolhidas, em parte, pela existência de organizações locais de mulheres interessadas em executar um programa de desdobramento da pesquisa, voltado para as influenciar políticas públicas. Para isso, realizamos posteriormente um levantamento quantitativo, envolvendo um total de 306 entrevistadas, de modo a validar os achados do estudo qualitativo em uma população maior.

Para captar a enorme diversidade do arquipélago filipino, as áreas de pesquisa foram escolhidas de modo a representar três grandes padrões de subsistência: Bagbag, um vilarejo (*barangay*)[2] urbano, pobre, no nordeste de Quezon City, próximo à capital Manila; Rama, uma aldeia de pescadores na Samar Ocidental, uma província em situação de depressão econômica, nas ilhas centrais de Visayan; e Tabi, uma aldeia agrícola em uma baixada da província de Sorsogon, na ilha de Luzon. Cinco pares de mãe e filha foram escolhidos em Bagbag e Tabi e quatro em Rama. Em cada caso, as duas mulheres viviam na mesma área, tinham filhos e estavam dispostas a compartilhar suas experiências com a equipe.[3] O levantamento de validação incluiu

---

[2] Barangay é a menor unidade administrativa e normalmente equivale a uma aldeia.

[3] Em Bagbag e Tabi, grupos locais de mulheres forneceram uma lista com nomes de mulheres indicadas para o estudo; em Rama, onde não há nenhuma organização de mulheres, a pesquisadora vivia com a parteira local e, por isso, teve facilitada para encontrar as mulheres na comunidade.

os três locais originais e mais outros quatro: Silihan, uma área de trabalhadores fabris migrantes em Angono, próximo à Manila Metropolitana; Bilucao, uma aldeia rural na província de Batangas, que está sendo industrializada; Calapi, uma comunidade agrícola nas terras altas de Samar Ocidental; e Arena Blanco um *barangay* muçulmano em Zamboanga City, no sudoeste de Mindanao. Silihan e Bilucao fazem parte de Calabarzon, uma zona industrial perto da Manila Metropolitana, que o governo das Filipinas projeta como modelo para a modernização do país.

As histórias de vida foram concluídas em pelo menos duas sessões "formais" de duas a três horas, assim como em várias conversas informais, depois de pelo menos dois meses de permanência da equipe em cada comunidade. As entrevistas do levantamento quantitativo foram realizadas em duas sessões com duração de noventa minutos a três horas. Foi feita validação adicional através de grupos focais, incluindo todas as que participaram das histórias de vida, juntamente com uma mulher adicional de Rama, três de Bagbag e sete de Tabi. Essa triangulação de métodos nos permitiu examinar as percepções e os comportamentos das mulheres ao longo de seu ciclo de vida e em diferentes locais, possibilitando ainda que fizéssemos recomendações sobre políticas sociais.

Afirmando direitos: de *sana* a *dapat*

Entre as mulheres pobres, as questões reprodutivas e sexuais raramente são discutidas (se o são) em termos de *karapatan* ("direitos"). Em lugar de direitos, as mulheres utilizam o termo *sana* ("desejos"). No entanto, se examinarmos a questão com mais atenção, fica claro que a maneira como as mulheres expressam o conceito de *sana* pressupõe a noção de *dapat* ("dever ser"), que é a raiz semântica da qual se deriva *karapatan*. Portanto, *sana* contém um componente de preceito pessoal: aquilo que deve ser, aquilo que devo ter.

Para as mulheres, a consciência de si como sujeito de direitos tem o significado de privilégios moralmente sancionados e envolve atitudes e comportamentos com a finalidade de alcançar uma "vida melhor" para si próprias e para as pessoas importantes em suas vidas. Essa consciência de direitos é permanentemente negociada em um contexto de relações de poder, o termo *direitos negociados ou afirmação de direitos* caracteriza tanto o processo quanto o resultado das lutas das mulheres por seus *sanas*. *Sanas* são produtos da dinâmica de afirmação da mulher, do que ela quer e necessita, do que ela acredita que a família e a sociedade podem lhe dar e do que ela faz para si própria. Os obstáculos a essas realizações estão fundados nas condições de vida da mulher — incluindo dificuldades econômicas ou limitações financeiras, restrições impostas pelos pais ou parentes mais velhos, normas sociais, pesadas responsabilidades familiares, desaprovação do marido e sentimentos pessoais de inadequação ou de falta de controle sobre os acontecimentos.

Portanto, embora as relações familiares sejam o lugar principal de negociações e renegociações, essas relações são moldadas por processos políticos, econômicos e sociais em vários níveis (família, vizinhança, nacional e global). Ao analisar essas diferenças, também observamos atentamente o impacto da política nacional de população, do sistema de saúde e, sobretudo, da Igreja Católica nas questões de regulação da fecundidade, relações conjugais e divórcio.

A análise dos pares mãe–filha ilustra o complexo processo de negociação dos *sanas*, o contexto no qual se dá a negociação e os métodos utilizado pelas mulheres nesse processo. Nunca ter saído ou ter voltado para a comunidade foram critérios importantes para a escolha dos pares em cada área. Com isso, pudemos perceber as relações complexas entre a reprodução de normas e valores nas comunidades pobres e os esforços das mulheres para negociar mudanças no contexto dessas normas. A partir dos termos empregados pelas mulheres ao falar de sua vida, é possível identificar vários temas comuns a todas as localidades.

Em primeiro lugar, o processo de negociação nem sempre é linear. Uma mulher pode decidir permanecer na situação atual (acomodação), voltar a uma situação anterior (retirada) ou buscar o processo de transformação (auto-afirmação direta) durante anos. Portanto, o processo de negociação e renegociação tem uma dimensão temporal. De fato, pode abarcar gerações: uma mulher pode negociar e renegociar suas direitos em nome da(s) filha(s) ou através dela(s).

Em segundo lugar, como resultado dessa ausência de linearidade, há sempre uma distância entre a consciência de direitos da mulher e seu comportamento concreto, mesmo que algum grau de transformação esteja ocorrendo. Se a (re)negociação reduzir essa distância, a transformação pode ficar mais visível, e o processo de negociação, mais aberto e direto. Essas situações representam claramente movimentos de afirmação de direitos — de *sana* (crença baseada em desejos) para uma declaração aberta de *dapat* (dever ser).

Além disso, a natureza do processo de negociação e a distância entre direito e realidade varia para diferentes *sanas*. Por exemplo, na maioria dos casos, as mulheres se aproximam mais do *dapat* quando expressam reivindicações relativas ao trabalho e à maternidade e quando evitam a violência doméstica do que quando negociam no terreno do prazer sexual e do controle da fecundidade, que, na maior parte dos casos, permanecem como *sanas*.

Finalmente, a maior parte das mulheres pobres continua a apresentar um comportamento de submissão às relações de poder existentes, incluindo aquelas que solapam a sua própria consciência de direitos. Ao analisar esse resultado, fazemos distinção entre a manifestação organizada, aberta e pública de resistência e as formas de resistência expressas por trás dos poderosos, para evitar a confrontação direta (Scott, 1990). Além disso, também observamos os contextos nos quais a aparente

submissão da mulher é de fato uma forma de resistência e aqueles nos quais a mulher é levada a formas mais abertas de resistência.

Contexto da negociação: economia das Filipinas e sociedade

O arquipélago filipino é composto de três agrupamentos de ilhas principais: Luzon, Visayan e Mindanao — cobrindo uma área total de 115.000 km². Mais de 50% dos seus 66 milhões de habitantes têm menos de vinte anos, enquanto menos de 5% têm mais de 60. Embora o número de homens supere levemente o de mulheres no país como um todo, as mulheres são mais numerosas nas zonas urbanas. A despeito das áreas urbanas serem altamente concentradas, 51% da população ainda vive no campo.

A cultura filipina é um mosaico que reflete sua história. Antes de 1500, comerciantes chineses, hinduístas e muçulmanos visitavam as ilhas regularmente, somando suas tradições às do povo nativo malaio. Essas tradições se mostraram bastante elásticas diante da colonização espanhola em 1565 e da ocupação estadunidense mais de trezentos anos depois (1898), especialmente no que diz respeito a sistemas de parentesco, alimentos e economia. No entanto, em relação à religião, os espanhóis conseguiram impor o catolicismo, incluindo sua perspectiva feudal sobre a mulher. Atualmente, estima-se que 83% da população é católica.[4] Por seu lado, os norte-americanos institucionalizaram a educação e o sistema jurídico-legal, e, como resultado, o inglês é uma língua oficial como o filipino (falado pela maioria), e os tribunais funcionam em inglês. Os EUA também estabeleceram o sistema de democracia liberal, tolerando sua suspensão durante os 14 anos da ditadura de Ferdinand Marcos. Em 1986, a democracia foi restaurada com o governo da presidenta Corazón Aquino, que foi sucedida pelo atual presidente Fidel Ramos.

No período posterior à Segunda Guerra Mundial, as Filipinas seguiram uma política de industrialização rápida baseada na substituição de importações e produção para o mercado local, juntamente com agricultura de exportação, principalmente açúcar, coco e madeira. Manufaturas leves, especialmente vestuário, produtos de couro e, mais recentemente, equipamentos elétricos e eletrônicos foram desenvolvidas com êxito, sob um sistema de proteções tarifárias e subsídios. Entretanto, no final dos anos 70, grandes déficits na balança de pagamentos — resultantes da corrupção oficial, indústrias estatais ineficientes, e dos preços e créditos subsidiados para o monopólio da indústria açucareira — encorajaram o regime de Marcos a buscar empréstimos do Fundo Monetário Internacional (FMI). Em 1980, os primeiros programas de ajuste estrutural foram introduzidos (Sagrario Floro, 1994; Hodgkinson, 1995).

---

[4] Outras religiões incluem o protestantismo (9%) e o islamismo (5%), esta última principalmente na ilha sulina de Mindanao (Departamento de Estado dos EUA, 1995).

Desde então, sucessivos governos têm adotado uma série de políticas de ajuste estrutural, caracterizadas pela liberalização financeira e comercial, desvalorização da moeda e salários mantidos deliberadamente baixos, em um esforço vigoroso para promover a industrialização liderada pela exportação (Sagrario Floro, 1994: 116). Durante a década de 80, foram muito reduzidos os subsídios aos preços e créditos agrícolas, especialmente no setor de alimentos agrícolas; foram suspensas as regulações da indústria; sofreram cortes os orçamentos de saúde, educação e outros serviços sociais; e foram priorizados os pagamentos da dívida. Em 1993, a dívida externa total era de 64% do PNB, enquanto o gasto total com educação no ano anterior havia sido de 2,9% do PNB e o da saúde, 1% do PNB (PNUD, 1996).

No entanto, apesar da ênfase nas privatizações, o ajuste estrutural não teve êxito em lidar com a permanente aliança entre o Estado e os latifundiários, banqueiros e industriais. Assim, o açúcar continuou a ser subsidiado, enquanto o mercado internacional afundava. Falências, resgates governamentais de empresas em dificuldades financeiras e desemprego maciço combinaram-se com a inflação impulsionada pela desvalorização da moeda para produzir uma profunda crise, que durou de 1983 a 1985 (Sagrario Floro, 1994: 118), durante a qual a economia encolheu mais de 10% (Departamento de Estado dos EUA, 1994).

Em 1986, com a eleição de Corazón Aquino, o governo finalmente eliminou os monopólios de comercialização do açúcar e do coco, abrindo caminho para maiores investimentos. Em 1992, o novo governo do presidente Ramos lançou um plano denominado *Filipinas 2000*, baseado na atração de investimentos estrangeiros para novas zonas urbanas de processamento industrial, onde virtualmente não existe regulação de salários ou de condições de trabalho. Apesar de um salário mínimo muito baixo — cerca de US$ 6,30 por dia —, as empresas estrangeiras, em grande parte da Coréia do Sul, Taiwan e EUA, conceberam uma grande variedade de formas de reduzir os custos de mão-de-obra, incluindo o uso de uma rede de contratos e subcontratos de serviços, o que reduz continuamente a quantia paga ao trabalhador.

Hoje em dia, após uma década de estagnação, a economia se recuperou, porém de forma bastante desigual entre classes e setores distintos. Os déficits comerciais estão aumentando, e não caindo;[5] os pagamentos da dívida permanecem altos, embora tenha havido algumas renegociações; e os gastos públicos não aumentaram. "A prosperidade termina nos limites das cidades", como notou um observador, "enquanto no campo não houve nenhuma mudança" (citado em Richburg, 1995). Os novos empregos industriais são principalmente para os jovens, para os qualificados e para aqueles com pelo menos instrução secundária. No campo, a agricultura permanece estagnada, como conseqüência do contínuo monopólio da terra e dos

[5] Enquanto as exportações aumentaram 18% em 1993, as importações cresceram 22% (Barr, 1995).

investimentos e financiamentos inadequados. A pesca se debilitou especialmente, não somente por causa de falta de recursos e ausência de apoio governamental, mas também como resultado da poluição das atividades de mineração, do crescimento populacional e de métodos de pesca destrutivos (Hodgkinson, 1995). A inflação atingiu 12% e há escassez de alimentos básicos, principalmente arroz, resultando na quase duplicação de seu preço em 1995 (Richburg, 1995).

Situação da mulher

A maioria das mulheres filipinas está incluída nos mais de 60% da população que vivem na pobreza. Assim, elas estão engajadas em uma luta constante pela sobrevivência, não somente delas próprias, como também de suas famílias. A pobreza generalizada, especialmente nas áreas rurais, produzida por uma sociedade de classes altamente estratificadas, tem sido muito agravada pelas políticas de ajuste estrutural, que resultaram em aumentos nos preços dos alimentos, declínio na renda real das famílias e reduções nos gastos governamentais com serviços de educação e saúde (Sugrario Floro, 1994: 119).

À medida que a manufatura tradicional declina, juntamente com a pequena produção agrícola, reduzem-se também os empregos que sustentam as famílias pobres. Cada vez mais, são as mulheres que devem procurar emprego remunerado fora de casa, normalmente com salários muito baixos. Em uma sociedade em que a família tem em média seis pessoas, as mulheres, que tradicionalmente administram a casa, são especialmente sobrecarregadas para diminuir a distância entre uma renda familiar limitada e um custo de vida ascendente. Apesar do aumento enorme do número de filipinas que entraram no mercado de trabalho desde o início dos anos 80, a participação feminina na força de trabalho é ainda muito inferior a dos homens: 47% para as mulheres em 1994, comparado com mais de 80% para os homens. Assim, dois terços da força de trabalho é masculina. Um levantamento recente indica que, entre os grupos de baixa renda, a capacidade das mulheres de entrar no mercado de trabalho é altamente limitada pelas responsabilidades com a família e com a casa (NCRFW, 1995).

Levantamentos recentes indicam que as mulheres pobres entram na força de trabalho antes e permanecem mais tempo do que suas companheiras mais prósperas. Em 1990, 48% das mulheres na faixa etária de 15 a 48 anos estavam na força de trabalho, comparado com a média de 39% para mulheres de todas as idades. As mulheres de baixa renda aceitam quaisquer trabalhos que consigam encontrar, em geral, árduos e mal pagos, agrupados em áreas análogas a seus tradicionais papéis reprodutivos. Somente 1% delas estão engajadas em ocupações profissionais e técnicas, comparado a 11% em todo o país; enquanto 37% fazem trabalho não-remunerado na família, comparado com 23% no país como um todo. Dois terços das pessoas engajadas em atividades de compra e venda na economia informal são mulheres, que também constituem 56% das empregadas em serviços comunitários (NCRFW, 1995).

O trabalho da mulher é também cada vez mais essencial para a economia de exportação, que depende muito da indústria de confecções e da eletrônica; um levantamento de 1988 mostrou que as mulheres superavam o número de homens na indústria de roupas na proporção de quatro a um e, na eletrônica, de três a um. Por causa da generalizada subcontratação de serviços nessas indústrias, grande parte do trabalho é feito por mulheres pobres em suas casas. Embora isso permita às mulheres combinarem as responsabilidades da família e da casa com atividades geradoras de renda, também ajuda a perpetuar o mito de que as mulheres trabalhando em casa são apenas donas-de-casa ganhando algum dinheiro para pequenas despesas.

Nas áreas rurais, onde vivem sete de cada dez famílias pobres, a luta das mulheres para garantir a sobrevivência da família torna-se cada vez mais difícil. A mulher das zonas rurais começa a trabalhar no campo a partir dos 15 anos, o que limita suas oportunidades educacionais. Embora sua participação na agricultura e na pesca seja ignorada pelas estatísticas oficiais, uma análise recente dos sistemas de produção de alimentos em Luzon Central documenta que as mulheres realizam 75% das atividades da produção arrozeira (Bautista e Dungo, 1987). Ao mesmo tempo, a política de estimular a agricultura voltada para o mercado retira cada vez mais terras dos cultivos de subsistência, causando escassez local de alimentos e pondo em risco a nutrição e a saúde das famílias pobres. Uma pesquisa de 1993, realizada pelo Instituto de Pesquisa Alimentar e Nutricional concluiu que a desnutrição ameaça pré-escolares e outras crianças, agricultores sazonais, pescadores e mulheres grávidas. Por isso, as mulheres procuram trabalho nas zonas urbanas; dois de cada três migrantes para as áreas metropolitanas maiores são mulheres (NCRFW, 1995).[6] Nas cidades, a maior parte das mulheres migrantes encontra trabalho como empregada doméstica, enquanto outras, especialmente as jovens, acham trabalho nas zonas de processamento de exportações ou entram na chamada indústria do entretenimento. Uma nova e florescente indústria do sexo acompanhou o desenvolvimento dos negócios estrangeiros; mulheres que antes criavam porcos para comprar arroz agora vão para salões de dança na cidade e, depois, entram na indústria do sexo, contribuindo para a rápida disseminação do HIV/aids (Richburg, 1995).[7]

---

[6] As altas taxas de desemprego urbano têm forçado muitas mulheres a deixar o país. Em 1994, elas constituíam 60% da força de trabalho no exterior, trabalhando principalmente como domésticas e na indústria do entretenimento, onde são obrigadas a trabalhar longas horas e estão sujeitas a abusos sexuais (NCRFW, 1995).

[7] As mulheres nos dois tipos de ocupação estão sujeitas a freqüentes abusos. Os casos amplamente divulgados pela mídia de duas trabalhadoras domésticas filipinas — uma delas acusada e sumariamente executada em Cingapura por matar uma criança sob seus cuidados e outra, nos Emirados Árabes Unidos, que matou o empregador que a tinha estuprado — chamaram a atenção para esse problema generalizado. Um estudo sobre mulheres na indústria do entretenimento, em duas cidades filipinas, mostrou que 22% delas sofriam violência sexual (POPCOM, 1994: 14).

A tipificação do emprego de acordo com o sexo também limita as mulheres nas ocupações de classe média. Em 1992, elas predominavam nos campos da medicina, odontologia, saúde e veterinária, enquanto os homens dominavam nos setores de transportes, estocagem e armazenamento. Apesar dos ganhos das trabalhadoras de escritório e vendedoras, a renda das mulheres era menos da metade da dos homens em 1992 (NSO, 1992). As posições de liderança em todos os campos ainda são dominadas pelos homens, embora o desempenho educacional da mulher tenha ultrapassado o do homem.

Em geral, os filipinos têm bastante instrução se comparados a seus vizinhos asiáticos; a maioria das crianças completa a escola primária, e os estudantes das áreas urbanas normalmente terminam a escola secundária. Em 1993, os índices de alfabetização de adultos e de matrículas eram quase equivalentes aos dos países desenvolvidos (PNUD, 1996). Talvez ainda mais surpreendente, a educação das mulheres tem se igualado ou mesmo ultrapassado a dos homens. Em 1993, o índice de alfabetização das mulheres era virtualmente igual ao dos homens; enquanto 59% dos graduados universitários e 60% dos pós-graduados eram mulheres (PNUD, 1996; NSO, 1989). Entretanto, nas comunidades muçulmanas e indígenas, onde os níveis de instrução e alfabetização são inferiores ao restante do país, a distância entre homens e mulheres é maior (Eviota, 1993). Além disso, embora nas Filipinas a matrícula na escola primária seja bastante alta, mais de um terço dos estudantes primários não entram na escola secundária (DECS, 1995). Nas comunidades pobres, são poucos os jovens que terminam a escola secundária (PNUD, 1996). Crianças mais velhas abandonam a escola para cuidar da casa e das crianças mais novas ou para trabalhar e suplementar a renda familiar.

Tabela 7.1 Indicadores demográficos nacionais, 1995

Indicadores	Nacional	Urbano	Rural
Índice de alfabetização das mulheres (%)	94		
Mulheres como % da força de trabalho não-agrícola	40		
Taxa de fecundidade total	4,1	3,5	4,8
Taxa de mortalidade materna (para cada 100.000 nascimentos)	280		
Taxa de mortalidade infantil (para cada 1.000 nascimentos)	43	32	44

Fonte: Perfil de país: Filipinas, *Population Reference Bureau*, Washington, DC, 1996; PNUD, 1996.

Apesar das oportunidades crescentes de educação e emprego, as mulheres de todas as classes ainda estão limitadas aos valores tradicionais da família e da religião, que são reforçados pelas escolas, pela mídia e pela Igreja Católica. No essencial, a sociedade continua a considerar o lar como o domínio principal da mulher, e a maternidade, como sua razão de ser. A mulher carrega sozinha a responsabilidade pelo cuidado e bem-estar dos membros da família. Ela não somente provê serviços reprodutivos e sociais, como o cuidado do marido, dos filhos e idosos, como

também assume a responsabilidade pela segurança alimentar da família e pelo planejamento familiar.

O modelo patriarcal da família, composta do marido, da esposa e dos seus filhos, permeia a sociedade filipina, ocupando uma posição central na vida das mulheres. A família é o primeiro lugar onde as mulheres absorvem os valores e as normas da sociedade. Como tal, é o marco no qual são determinados o potencial e as limitações da realização pessoal da mulher. Mesmo quando mais e mais mulheres entram na força de trabalho, os homens ainda são vistos como os principais provedores e chefes de família. Esse modelo tradicional de família é reforçado pelo sistema legal, que considera o divórcio ilegal e não reconhece como crime a violência doméstica, incluindo o estupro marital. Embora o recém-promulgado Código da Família permita a separação legal, a necessidade de ter recursos financeiros e legais para consegui-la limita, na prática, essa opção à classe média. Além disso, o dispositivo do Código protegendo o direito da mulher ao trabalho é de pouco valor para as muitas mulheres pobres sem acesso a creches. O atual Código Civil, que está sendo revisto, define o estupro como um crime contra a "castidade", e não contra a pessoa; com essa definição, do ponto de vista legal é inconcebível que o estupro seja cometido entre cônjuges.[8]

A saúde da mulher

A saúde, em geral, e a saúde reprodutiva, em particular, pagam um preço pelas crescentes responsabilidades das mulheres no trabalho doméstico e fora de casa. Os pobres não podem se dar ao luxo de ficar doentes, mas sofrem de desnutrição e de doenças respiratórias crônicas — de tosse persistente à pneumonia e tuberculose. O impacto da pobreza se reflete no fato de que, em 1933, 44% das grávidas eram anêmicas, sendo essa situação, muitas vezes, agravada pela tuberculose, malária ou hepatite, e 70% das crianças com menos de seis anos apresentavam deficiência de ferro (POPCOM, 1994; Aslam, 1993). Atualmente, a tuberculose é o pivô de uma grande crise na saúde; sua incidência aumentou 30% entre 1993 e 1995 e o Departamento de Saúde estima que um de cada três filipinos pode estar infectado (DOH, 1995). Além disso, a maior parte das vítimas de tuberculose é de mulheres, com sua suscetibilidade aumentada pelo excesso de trabalho, fadiga, partos freqüentes e falta de alimentação adequada (DOH, 1991).[9]

---

[8] Um projeto para alterar o Código Civil, tornando o estupro um crime contra a pessoa, foi aprovado no Senado, mas está paralisado na Câmara de Deputados, que não aceita a inclusão do estupro marital. Dois projetos reconhecendo o abuso doméstico como crime estão sendo apreciados pelo Congresso, porém ambos requerem que a vítima prove que foi surrada pelo menos duas vezes no ano.

[9] As Filipinas também têm a maior incidência de câncer de mama do mundo, o que fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizasse uma campanha em favor do diagnóstico precoce (OMS, 1997).

A gestação e o parto continuam a ser causas importantes da morte de mulheres. Embora o Levantamento Demográfico Nacional estimasse que 209 mulheres morriam para cada 100 mil nascimentos, no período de 1987 a 1993, apenas um pouco abaixo das 213 em 1980-1986, algumas estimativas são muito superiores. O PNUD calculava o índice de mortalidade materna nas Filipinas em 1993 em 280 para cada 100 mil nascidos vivos (PNUD, 1996). De acordo com outro estudo, cinco a seis mulheres morrem diariamente de causas relacionadas com a gravidez (NCRFW, 1995). As mulheres jovens são especialmente vulneráveis: entre mães de menos de 15 anos, houve três mortes para cada quatro nascidos vivos em 1989 (NSO, 1994a).

As complicações do aborto representaram 10% das causas de mortes maternas em 1989 (NSO, 1991). Não é possível saber quantas destas resultaram de abortos provocados, mas estatísticas não publicadas da Sociedade Filipina de Obstetrícia e Ginecologia indicam que 24% das mortes registradas por 78 hospitais foram causadas por aborto induzido (Aslam, 1993). Embora o aborto seja ilegal, é amplamente praticado, normalmente sem condições sanitárias e sem atendimento médico apropriado. Estima-se que, anualmente, 80 mil mulheres são tratadas, em hospitais, de complicações decorrentes de aborto induzido e que haja 400 mil abortos por ano nas Filipinas (Singh *et al.*, 1997). A taxa de mortalidade infantil, embora ainda um pouco alta para a região (somente a Indonésia tem taxa mais alta entre os países do Sudeste Asiático), tem melhorado mais rapidamente do que a mortalidade materna, caindo de 54 para cada 1.000 nascimentos em 1985-90 para 43 em 1993 (PNUD, 1996). Uma parte significativa dessas mortes decorre do peso baixo ao nascer e de outros transtornos resultantes de doenças ou desnutrição materna.

As mortalidades infantil e materna são também conseqüência de serviços médicos inadequados. Embora o Levantamento sobre Maternidade Segura de 1993 mostrasse que 84% das grávidas recebem atendimento pré-natal, pelo menos uma vez visitando um médico, enfermeira ou parteira, somente 32% tiveram cuidados pós-parto (NSO, 1994b). Tanto os serviços públicos de saúde quanto os serviços privados são inadequados: em 1990, havia 12,6 leitos para 10.000 habitantes, um médico para 6.656 habitantes e uma parteira para 5.184 (OMS, 1995). Em 1993, 22% de todos os nascimentos tiveram ajuda médica, 35%, de uma parteira treinada e 52%, de uma parteira tradicional (*hilot*) e 70% dos nascimentos ocorreram em casa (NSO, 1994b). A assistência varia de acordo com a região: na área metropolitana de Manila, 60% dos nascimentos foram atendidos por um médico e somente 10% por uma *hilot*, enquanto em oito das outras catorze regiões, mais de 50% dos nascimentos foram feitos por uma *hilot* (DOH, 1991). Embora as mulheres empregadas no setor formal da economia tenham direito à licença-maternidade de 60 dias, aquelas do setor informal e as que trabalham no regime de prestação de serviços voltam ao trabalho logo após o parto.

Política nacional de população

A principal razão da persistência da alta incidência de mortalidade materna, porém, é o alto – e crescente – número de gestações entre as filipinas (POPCOM, 1994). A taxa de crescimento populacional ainda é a maior do Sudeste da Ásia; assim como a taxa de fecundidade (4,1 filhos por mulher), embora tenha declinado de quase 6 no início dos anos 70. Essa queda reflete a ação de vários fatores, incluindo a crescente participação das mulheres na força de trabalho e o adiamento do casamento, juntamente com o compromisso governamental de, a partir de 1969, tornar o planejamento familiar parte integral da política de desenvolvimento. Implementada sobretudo por pressão do Fundo Monetário Internacional (FMI), e a despeito da oposição da Igreja Católica, a política populacional estava inicialmente preocupada apenas com a redução da fecundidade. Em meados dos anos 80, no entanto, a ênfase começou a mudar, incorporando a assistência básica à saúde e a saúde materno-infantil. A Política Nacional de População de 1987 tratava especificamente de ir "além da redução da fecundidade", considerando a formação da família, a situação da mulher, a saúde materno-infantil, a urbanização e a migração interna e internacional. O Programa de Planejamento Familiar das Filipinas foi estabelecido em 1990 para implementar essas metas (UNICEF, 1992; POPCOM, 1994).

Entretanto, até o presente, ocorreram poucas mudanças na situação da saúde materno-infantil e um estudo recente mostra que as Filipinas estão muito atrás de outros países da região com nível comparável de desenvolvimento — especialmente da Indonésia e da Tailândia —, no que diz respeito à redução da fecundidade (APPRR, 1995). O estudo concluiu que a principal razão disso foi a forte oposição da Igreja Católica, que resultou no fracasso do governo em implementar sua política populacional. Continua alto o número de mulheres que dizem querer limitar ou espaçar os nascimentos, mas que não usam nenhum contraceptivo. De 1988 a 1991, o número de nascimentos desejados era 29% inferior aos ocorridos, comparado com 24% na Indonésia e 17% na Tailândia (APPRR, 1995). Embora o Levantamento Demográfico Nacional (NSO, 1994a) tenha mostrado que 89% das mulheres sabiam onde obter pelo menos um tipo de contraceptivo (quase 90% sabiam onde conseguir a pílula e mais de 80%, o DIU ou a camisinha), somente 40% informaram que estavam utilizando alguma forma de contraceptivo. Além disso, até 1993, por pressão da Igreja, o governo apoiava somente os chamados métodos naturais ou tradicionais de contracepção, como o coito interrompido e a abstinência.

O Levantamento sobre Maternidade Segura de 1993 concluiu que somente 25% das mulheres casadas utilizavam métodos contraceptivos modernos, com 48% afirmando que nunca tinham usado tais métodos. Os métodos mais comuns utilizados eram a esterilização feminina (11,9%) e a pílula (8,5%), seguidos pelo coito interrompido (7,4%) e pela abstinência (7,3%) — quase 30% das mulheres pesquisadas, no entanto,

já tinham usado a pílula em alguma época. Somente 3% utilizavam DIUs e 1%, preservativos masculinos.[10] Os principais motivos para não usar contraceptivos, além do desejo de ter outro filho ou de ser infértil, foram o sexo pouco freqüente (23,5%) e o medo dos efeitos colaterais (19,5%); somente 4,5% citaram a "religião". O aborto, que é ilegal, exceto para salvar a vida da mãe, não é considerado um método de planejamento familiar. No entanto, dos 25% de mulheres que admitiram ter tido uma gravidez indesejada, 5% disseram que abortaram; 14% tinham tentado abortar sem sucesso e 4% utilizaram-se de outros meios para provocar a menstruação.

Embora o governo atualmente apóie tanto os métodos modernos quanto os tradicionais, a Igreja Católica tem denunciado veementemente essa política e não está claro até que ponto o acesso aos contraceptivos melhorou. O Levantamento sobre Planejamento Familiar de 1995 indicou que os métodos tradicionais ainda são os mais populares entre as mulheres casadas: 19% utilizavam esses métodos (Perez, 1995). Como é referido por todos os levantamentos, são as mulheres as responsáveis pelo planejamento familiar. Devido à pressão da Igreja, os serviços de planejamento familiar, assim como o atendimento materno-infantil, só estão disponíveis para mulheres casadas.[11]

O movimento de saúde da mulher nas Filipinas

A necessidade de melhorar a saúde e a saúde reprodutiva das mulheres, especialmente das pobres, é, portanto, uma preocupação urgente do movimento de mulheres. O movimento de mulheres contemporâneo surgiu na luta contra a ditadura do falecido presidente Ferdinand Marcos. Embora com pouca atividade na maior parte dos anos 70 — durante os quais o movimento progressista construiu uma ampla base de camponeses, trabalhadores, pobres das cidades, religiosos e profissionais —, no início da década de 80, a crescente consciência feminista inspirou a formação de vários grupos de mulheres. Entre estes estavam Kilusan ng Kababaihang Pilipina (Pilipina), o Centro de Recursos da Mulher (CWR) e Katipunan ng Kalayaan para sa Kababaihang (KALAYAAN), que chegaram à conclusão de que os problemas da mulher nunca seriam enfrentados de forma adequada a menos que elas criassem seu próprio espaço político.[12]

---

[10] O mesmo estudo encontrou estreita correlação entre o uso de contraceptivo e o nível educacional: mais de 40% das mulheres que completaram a escola secundária ou a universidade usavam métodos anticoncepcionais, comparado com 35% para as que tinham educação primária e somente 11% para aquelas que não possuíam nenhuma instrução.

[11] Para ilustrar o que os defensores da saúde reprodutiva da mulher têm de enfrentar, um projeto de lei atualmente no Congresso, e apoiado pelo governo, aumentaria a pena máxima para mulheres que façam abortos (e para os médicos que as atendam) para prisão perpétua ou pena de morte (Easton, 1997).

[12] Um grupo progressista, Samakana, mobilizou mulheres pobres das áreas urbanas em torno de questões de habitação, água e eletricidade, creche e outros serviços sociais.

Em 1983, com o assassinato do senador Benigno Aquino, as organizações de mulheres irromperam no cenário político, organizando a primeira demonstração só de mulheres contra o regime de lei marcial; cerca de 10 mil mulheres participaram do protesto de 28 de outubro. No mês de março seguinte, uma conferência nacional de mulheres cosntruiu uma ampla aliança de grupos de mulheres, posteriormente conhecida como Gabriela, que levantou uma grande variedade de temas relacionados a questões nacionais, raciais, de gênero e de classe.

Depois da eleição de Corazón Aquino, em 1984, em uma demonstração de unidade, grupos de mulheres apresentaram à nova comissão constitucional um conjunto de dispositivos sobre os direitos das mulheres, que evitava questões controversas como divórcio e aborto. Ironicamente, a proposta da Igreja Católica, apoiada pelo Pró-Vida Filipinas, para inserir o "direito à vida do óvulo fecundado" na nova constituição, forçou as mulheres a enfrentarem o tema do aborto. Os grupos de mulheres ainda não estavam preparados para assumir uma posição, mas as mulheres, individualmente, fizeram uma campanha de assinaturas, solicitando à comissão que eliminasse o "direito do feto à vida", sob o argumento de que as vozes das mulheres tinham sido silenciadas pela atmosfera social e cultural hostil e que o dispositivo discriminaria aquelas que não possuem instrução e recursos para ter acesso a serviços médicos seguros. Posteriormente, a aliança Gabriela organizou uma campanha para articular os grupos de mulheres com as ONGs de saúde e de planejamento familiar, promovendo os temas de saúde da mulher e pressionado a comissão constitucional pelos direitos das mulheres.

Embora o dispositivo tenha sido reformulado para "O Estado deverá dar igual proteção à mãe e ao feto desde a concepção", a vitória foi mais da Igreja do que das mulheres. Como conseqüência, as mulheres adotaram um conceito mais amplo de direitos reprodutivos, destacando a saúde da mulher como um indicador de sua situação. Se a mulher aprsenta uma condição de saúde precária e não tem acesso a serviços de saúde, isso se dá por causa de sua situação social e da sua falta de controle sobre a reprodução e a sexualidade. A fusão dos temas das mulheres com os da saúde acrescentou uma nova e estimulante dimensão ao movimento de mulheres. A saúde reprodutiva das mulheres ou, mais precisamente, o direito das mulheres à autonomia reprodutiva se tornou uma área estratégica de *advocacy*.

A Igreja Católica rapidamente procurou fazer com que a presidente Corazón Aquino, uma católica fervorosa, emitisse um decreto executivo proibindo o uso de recursos públicos para qualquer coisa que não fossem os métodos naturais de planejamento familiar. Embora o decreto não tenha sido promulgado, a ameaça impeliu as mulheres a uma ação de *advocacy* mais permanente e proativa em favor dos direitos reprodutivos. O grupo KALAYAAN expandiu o discurso e a ação política feministas, incluindo a sexualidade e a autonomia reprodutiva. Os grupos de mulheres progressistas, incluindo o Centro de Recursos e Pesquisas das Mulheres

(WRRC), Katipunan ng Bagon Pilipina (KaBaPil), o Círculo de Mídia das Mulheres (WMC), CWR e Pilipina, tornaram os direitos reprodutivos um componente essencial de seu trabalho político. A rede informal que surgiu durante os debates constitucionais foi formalizada com a formação da articulação Saúde da Mulher nas Filipinas (*Women's Health Philippines*), cuja missão está centrada na promoção da autonomia reprodutiva das mulheres.

Esses grupos se uniram com a aliança Gabriela para promover a VI Encontro Internacional Mulher e Saúde em Manila, em novembro de 1990. Ao se reunir pela primeira vez na Ásia, a conferência foi obrigada a adotar uma perspectiva asiática nas discussões e a acomodar questões derivadas das realidades históricas, socioeconômicas e políticas específicas da região. Houve uma sessão plenária dedicada à sexualidade, que, pela primeira vez, tratou da sexualidade das lésbicas. Foi também debatida a possibilidade de uma política populacional feminista, juntamente com a questão de manter a integridade feminista ao se trabalhar em organizações que refletem os valores dominantes.

A exposição aos debates do movimento internacional de saúde da mulher teve um enorme impacto sobre os movimentos locais. Houve uma "explosão" de consciência — uma espécie de atualização em relação ao mundo. Em 1990, com a adoção do Programa Filipino de Planejamento Familiar, as mulheres foram convidadas a ajudar no treinamento de pessoal das áreas de saúde e de planejamento familiar do governo, o que se constituiu em uma oportunidade de influenciar a orientação do programa. No entanto, muitos temiam que elas fossem absorvidas pelas questões governamentais, o que obscureceria sua missão essencial de reforçar e organizar a base de massas do movimento.[13] Em resposta, vários grupos de saúde da mulher formaram a Aliança para a Saúde da Mulher, que apoiava as atividades das organizações-membros em educação e treinamento, pesquisas sobre políticas, serviços de assistência à saúde sensíveis às necessidades da mulher e oficinas relacionadas à saúde da mulher e a direitos reprodutivos. Uma outra tentativa da Aliança foi a participação, um tanto frustrada, em uma força-tarefa do Departamento de Saúde para implementar uma estrutura básica de saúde da mulher nos serviços de saúde.

A partir de 1991, os grupos de mulheres convocaram a I Conferência Nacional sobre Mulher e Saúde, que discutiu questões de direitos reprodutivos, violência contra mulher, aborto, sexualidade e sexualidade lésbica. Em 1994, muitos grupos de mulheres filipinas participaram da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo; tanto da conferência oficial quanto do Fórum das ONGs. Durante o processo do Cairo, as mulheres filipinas criticaram a ausência

[13] Após convidar as mulheres a indicarem nomes para os principais comitês do secretariado técnico do Programa de Planejamento Familiar Filipino, o Departamento de Saúde escolheu somente algumas, fazendo surgir um debate sobre quem deve selecionar as chamadas "especialistas".

da discussão sobre os contextos do desenvolvimento e defenderam intensamente agendas mais relevantes para a realidade das mulheres em países como as Filipinas. Na busca dessas agendas mais amplas, as Filipinas sediaram uma conferência sub-regional, centrada na violência contra a mulher, saúde reprodutiva e os problemas da mulher trabalhadora. Daí surgiu uma rede sub-regional, a Rede de Saúde das Mulheres do Sudeste e Leste da Ásia (ESEA), com sede nas Filipinas.

À medida que os grupos de mulheres se expandiam, ampliava-se também o escopo de suas atividades, abrangendo questões que iam dos direitos das camponesas à propriedade da terra, passando pela autonomia reprodutiva e na saúde, até o desenvolvimento sustentável. Além disso, as filipinas estiveram envolvidas na vitoriosa campanha para fechar as bases militares estadunidenses, uniram-se à Aliança contra os pagamentos da dívida externa, que consumiam 40% do orçamento nacional e participaram de protestos contra o abandono, por parte do governo, dos trabalhadores migrantes (especialmente mulheres). No entanto, algumas começaram a questionar se as prioridades dos financiadores não estavam distorcendo a agenda das mulheres, modificando a sua ampla visão transformadora original em favor de projetos mais limitados. Como uma forma de lidar com essa preocupação, os grupos de mulheres passaram a tratar dos temas do livre comércio. Na reunião de 1996 da Cooperação Econômica da Ásia e do Pacífico (APEC), realizada nas Filipinas, os grupos de mulheres se opuseram ao plano governamental de acelerar a redução das tarifas comerciais e defenderam estratégias alternativas. Além disso, vincularam os temas da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos à luta política e econômica mais ampla, observando que a saúde e o bem-estar de mulheres e crianças sofrerão com a *precarização* do trabalho e a conseqüente perda de benefícios trabalhistas e de seguridade social.

Famílias pobres em três comunidades

As limitações da pobreza acompanham as mulheres do campo para a cidade, onde lutam para sustentar a família. No *barangay* de Bagbag, com cerca de 56.000 moradores pobres, dois bairros adjacentes, Wings e Abbey Road, abrigam 8.000 pessoas, todas migrantes, a maioria de Luzon e das ilhas centrais. Em geral, as famílias vivem em estruturas de um único pavimento, construídas com madeira e pedaços de metal velho, muitas delas divididas em quartos alugados, com uma família em cada quarto. Poucas casas acomodam famílias estendidas, de modo que os filhos casados são forçados a se mudarem. Muitas famílias conseguem eletricidade puxando ligações de casas de parentes; algumas ainda pegam água no poço, fazendo fila às quatro horas da manhã para conseguir esse artigo escasso.

Bagbag tem uma escola primária, onde 38 professores ensinam a 2.000 estudantes e uma escola próxima que pode receber mais 2.000 crianças. Entre a geração mais velha, poucas pessoas estudaram além da quarta série, embora seus filhos, em geral, tenham terminado a escola primária e cerca de 20% da população mais jovem tenha

completado o segundo grau. Os empregos são de baixa qualificação; muitos homens trabalham nas fábricas próximas; outros são pintores de parede, motoristas, vendedores, trabalhadores da construção civil etc. Todos ganham salários muito baixos.

As mulheres de Bagbag vendem vários artigos, de bananas fritas a bilhetes de loteria, tanto em casa quanto no mercado; outras costuram em casa, cozinham ou lavam pratos em restaurantes. Além disso, algumas trabalham ocasionalmente em uma indústria de confecções próxima, enquanto um grande número delas lava roupa em uma subdivisão ao lado. Apesar disto, todas as mulheres reclamam que, mesmo se matando de trabalhar, terminam tendo de pedir dinheiro emprestado a parentes e vizinhos.

As aldeias das quais saíram as mulheres estão entrando em depressão econômica, como a aldeia pesqueira de Rama e o lugarejo agrícola de Tabi. Rama, com uma população de 1.282 habitantes em 1990, está a 19 km de barco da cidade de Catbalogan, no estado de Samar Ocidental, onde o índice de pobreza era 61% em 1990 (comparado com 50% para o país como um todo). A única ligação com o mundo externo é feita por velhíssimos barcos de transporte entre as ilhas, o que muitas vezes leva cerca de três horas. As casas são construídas em uma pequena área plana, entre o rio e o mar. Embora os residentes tenham eletricidade desde o início dos anos 90, a água é ainda fornecida por fontes, que normalmente estancam nas estações secas.

A maioria das famílias depende da pesca para sua renda e subsistência — ambas ameaçadas pela pesca predatória. Embora em geral a pesca seja feita pelos homens, as mulheres muitas vezes acompanham os maridos e filhos, e muitas pescam sozinhas. Os pescados são vendidos a comerciantes de Rama, que os transportam para Catbalogan. A renda média anual dos pescadores é 4.200 pesos filipinos (menos de US$ 200), o bastante para comida e necessidades básicas; quando a pesca não dá renda suficiente, as famílias são forçadas a consumir somente as colheitas de tubérculos. A pesca é organizada em um sistema baseado no parentesco; assim, embora os comerciantes emprestem dinheiro nas emergências, o fazem somente para parentes.

Muitas mulheres catam mariscos para vender aos comerciantes. Outras criam porcos e cabras, trabalham na agricultura e em costura para ganhar dinheiro ou cozinham refeições leves para vender na aldeia. Muitas meninas vão trabalhar como trabalhadoras domésticas na cidade ou em outros centros urbanos. As crianças são mandadas para o trabalho em junho, quando começa a estação das monções, e retornam em janeiro. Até 1957, somente existia um professor em Rama, e uma escola primária completa só existe desde 1960. Atualmente, a maior parte dos professores vem de fora, chegando na segunda-feira e partindo na sexta. Ensinam, portanto, somente três dias. A escola secundária mais próxima fica em Catbalogan.

Tabi, localizada na região de Bicol, na ponta sudeste da Ilha Luzon, é um dos 36 *barangays* rurais da cidade de Gubat, que também tem seis *barangays* urbanos. O arroz

e o coco são os produtos principais, cultivados pelos pequenos agricultores locais e seus arrendatários e, cada vez mais, por trabalhadores sem terra. As colheitas sofreram com o aumento das secas e inundações, talvez resultantes da intensa exploração madeireira nas montanhas próximas, e a região foi devastada por três furacões em 1993/1994. Em conseqüência, muitos homens também trabalham em Gubat como descarregadores, na construção ou como motoristas. As mulheres trabalham em lavagem de roupa ou tomando conta de crianças na cidade.

Tabi tem seis bairros, com um total de 1.505 residentes em 1991, porém a maioria vive no Sentro, um dos poucos que tem eletricidade e água. A renda média das famílias está abaixo da linha de pobreza, embora seja suplementada por alimentos produzidos em hortas caseiras. À medida que a atividade agrícola fica mais incerta, tanto homens quanto mulheres procuram trabalho na Manila Metropolitana, onde cuidam de crianças, doentes e/ou idosos, são vendedoras de lojas, cozinheiras ou trabalham na indústria de confecções.

Nos três *barangays* estudados, as mulheres fazem todo o trabalho doméstico: após trabalhar em um ou mais empregos, elas ainda lavam roupa, cozinham, cuidam das crianças, limpam a casa, assim como buscam água e até mesmo consertam encanamentos. Os homens ainda são considerados como os provedores, mesmo quando estão desempregados. Assim, não realizam nenhum trabalho doméstico nem se espera que o façam. Em Rama, foi estimado que os homens trabalham de 8 a 9 horas por dia na produção, comparado com 7 a 8 horas para as mulheres. No entanto, as mulheres trabalham mais 9-10 horas nas tarefas reprodutivas e da casa, enquanto os homens gastam somente mais 3 horas. Para as crianças, é diferente: tanto meninos quanto meninas devem fazer tarefas domésticas, o que normalmente acontece a partir dos 10 anos.

Os serviços de saúde e de planejamento familiar estão fora do alcance das filipinas pobres. Nas áreas urbanas, tanto as famílias de baixa renda quanto as de renda média são atendidas em serviços de saúde pública mal equipados e com pessoal inadequado. Elas arcam com todas as despesas, como medicamentos, exames de laboratórios, etc. Assim, em Bagbag, onde muita gente não pode pagar uma assistência privada, a paróquia opera um posto médico e dentário gratuito, quatro vezes ao ano. Existe também um centro de saúde, conhecido como Kalinga sa Kalusugan ng Kababihan (Atendimento para a Saúde da Mulher), no qual um médico, uma enfermeira e cinco trabalhadores da saúde atendem pacientes nos fins de semana. Os grupos de mulheres também são ativos: um programa para servir refeições às crianças de Abbey Road, por exemplo, patrocinado por uma entidade beneficente privada, foi implementado por uma organização de mulheres, pois cerca de 50% das crianças na faixa etária de 6 a 11 anos sofrem de desnutrição. No entanto, a maior parte das não informa que as crianças estão doentes, porque não podem pagar a assistência médica; apenas quando a enfermidade é muito séria (tuberculose, por exemplo), é que elas vão ao médico ou

centro de saúde. Como as mulheres não consideram sua saúde como prioridade, poucas fazem uso de serviços de planejamento familiar, exceto em condições de emergência. Elas explicam que não têm tempo de ir a centros de saúde, em grande medida por causa do trabalho doméstico.

Nas áreas rurais, os serviços de saúde estão geralmente localizados nos centros das cidades. Rama divide um posto de saúde em Catbalogan com outros três *barangays*, no qual trabalham uma parteira, três nutricionistas e dez trabalhadoras da saúde — todas mulheres —, implementando o programa de planejamento familiar do governo. Por outro lado, em Tabi está localizado um centro de saúde que serve quatro *barangays*. No entanto, este é raramente utilizado pelas mulheres; uma parteira local explica que 80% dos casos atendidos são crianças e o restante, homens adultos. É através dessa parteira que as mulheres podem conseguir pílulas anticoncepcionais; entretanto, ela não possui licença para colocar DIUs e, por ser uma católica praticante, não apóia o programa de planejamento familiar do governo.

A expressão dos *sanas*: as vozes das mulheres

A expressão dos direitos das mulheres populares reflete sua falta de poder na sociedade filipina. Esmagadas pela pobreza que as priva de educação e limita sua mobilidade social, nascidas no catolicismo e criadas dentro da tradicional divisão de trabalho segundo o sexo, essas mulheres enfrentam grandes desvantagens ao afirmarem o que acreditam ser seus direitos. Com freqüência, sua consciência de direitos surge em conversas particulares entre mulheres, especialmente entre mães e filhas; muitas vezes também pode ser inferida dos seus esforços mulheres para criar espaços para si próprias e para o exercício de seus direitos dentro da comunidade e da família. No entanto, quando falam sobre suas vidas, fica claro que as mulheres são conscientes de seus direitos. Porém, esta consciência se expressa em termos das normas aprendidas durante seu crescimento e no contexto de suas relações sociais. Na maioria das vezes, isso assume a forma de um discurso de direitos que se inicia com a palavra *sana* (*eu quero*). *Sana* expressa a afirmação do que *deve ser* na alternativa hipotética à atual situação da mulher. Contrastando fortemente com a afirmação de direitos, geralmente formal e pública, normalmente definida por pessoas instruídas em documentos públicos, *sana* é uma afirmação privada da consciência de direitos que, muitas vezes, não vem acompanhada de uma reflexão cuidadosa.

A educação e as meninas

Para todas as entrevistadas, suas aspirações enquanto mulheres já estão moldadas quando entram na *dalaga*. Em uma tradução livre, *dalaga* significa "adolescência", porém, para as mulheres pobres, está sempre vinculada a trabalho e, em alguns casos, a casamento prematuro. Como está mostrado na Tabela 7.2, somente duas das entrevistadas

chegaram à universidade e nenhuma chegou a completar os cursos. Mais da metade tinha somente seis anos ou menos de educação formal. Essa situação tem melhorado para as gerações mais jovens: enquanto 11 em cada 14 mulheres na geração de suas mães tinham seis anos de escolaridade ou menos, e somente três cursaram algo da escola secundária, nove no grupo mais jovem alcançaram a escola secundária ou superior, enquanto somente cinco ficaram limitadas à escola primária. Contudo é difícil medir essa melhoria. Somente quatro terminaram a escola secundária, que é a exigência mínima para um emprego de nível inicial na maioria das fábricas filipinas.

As entrevistadas disseram que a falta de dinheiro era o motivo de não poderem continuar seus estudos. Em Rama, todas as jovens eram obrigadas a deixar os estudos para trabalhar como domésticas tão logo terminavam a escola primária; em alguns casos, até mesmo antes disso. Em Bagbag, Dada e sua filha Jean disseram que foram obrigadas a começar a trabalhar porque tinham muitos irmãos e irmãs, que seus pais não podiam sustentar sozinhos. Como sua mãe, Jean aspirava terminar um curso profissionalizante, como o de alfaiate, para que não tivesse de trabalhar como empregada doméstica. No entanto, como tinha que entregar seu salário à mãe, que cuidava de seus irmãos e irmãs, não pôde realizar seu sonho.

Minia desejava continuar na escola depois da sexta série. Porém, decidiu ir para Manila, trabalhar como doméstica: "Não podia depender de meus pais. Tinha muitos irmãos e a renda nunca era suficiente". Tasing, que também terminou a sexta série, explicava:

> Para as pobres, o normal era virar trabalhadora doméstica assim que tivessem idade suficiente. Sempre que alguém chegava de Manila, trazia notícias de vagas para empregos. Claro que eu fui com eles, para poder comprar roupas. Se eu tivesse ficado aqui, não ia poder comprar as coisas que eu queria. Afinal, quando a gente fica moça, a gente gosta de roupas.

Entre aquelas que conseguiram continuar na escola, muitas foram desviadas de rota e abandonaram os estudos. Apesar do desejo de que seus filhos tivessem maior escolaridade, é triste constatar que as mães, em muitos casos, precipitaram a decisão de abandono da escola por parte de suas filhas. Por exemplo, Laida foi a primeira colocada na escola primária em Rama e queria ser professora. Uma tia se ofereceu para enviá-la à escola em troca de ajuda no trabalho doméstico, mas sua mãe recusou. Ela temia que o marido da tia, que supostamente tinha estuprado as primas de Laida, fizesse o mesmo com esta. Sem saber que outra coisa fazer, Laida terminou se casando com 15 anos. De modo similar, Lucy se preparava para voltar para a escola secundária, depois de umas férias em casa, quando as repreensões da mãe se tornaram intoleráveis. Recordando, ela explica:

> Minha cabeça estava confusa por causa das repreensões. Mando e eu não estávamos namorando, mas, na minha irritação, saí de casa e convenci ele a fugir comigo. Ele só fez concordar com a minha decisão.

Casamento: um compromisso para toda a vida

O casamento é uma instituição social sagrada nas Filipinas, o que se reflete no fato de o divórcio ser ainda ilegal. A idéia da inviolabilidade do matrimônio permeia a sociedade filipina. Como dizia Didi, uma mãe de Rama de 43 anos, à sua mãe: "É minha sina. Se você tivesse me mandado à escola, isto não teria acontecido. Eu queria trabalhar como doméstica, mas você não deixou. Eu não tinha nenhuma outra opção senão casar". Lina, de 22 anos, mostra que essa opinião atravessa gerações. "O casamento é aprender a viver com um homem pelo resto da vida, sem nunca se separar", disse ela. Embora muitas entrevistadas trabalhassem antes do casamento, todas concordavam que o destino da mulher é um dia se casar e ter filhos. Quase todas as entrevistadas eram casadas legalmente, embora seis, a maioria de Bagbag, vivessem com um companheiro. A maior parte teve somente uma relação de longo prazo, qualquer que fosse a geração.

Embora nem todo matrimônio (*pag-aasawa*) comece com a cerimônia do casamento (*kasal*), que pode ser muito cara e é geralmente paga pela família do noivo, as pessoas que vivem juntas são consideradas casadas e uma pode chamar a outra de *asawa* (esposa/o). Portanto, as mulheres crescem esperando seu direito a casar e a ter uma família. O casamento é a principal maneira para a mulher pobre construir uma identidade social; como revelam as histórias de vida, as mulheres se casam porque é isso que se espera delas. Alice, de 72 anos, lembrava que seu pai a tinha retirado da escola, dizendo: "Ela é só uma menina; não vai seguir nenhuma carreira, vai casar".

Entre as entrevistadas que nos relataram suas histórias de vida, sete tiveram casamentos arranjados, cinco deles na geração das mães. A maioria deles resultou do desejo dos pais de protegerem a castidade de suas filhas. As filhas partilhavam dessa preocupação com a virgindade; assim, Leila fugiu com o namorado em Tabi, a despeito da oposição de seu pai, porque teve relações sexuais. Isabel e sua filha Ludy, também de Tabi, tinham ambas se casado depois que seus namorados usaram artifícios para que passassem uma noite na casa deles. A gravidez e o estupro eram outras formas de indução. Nas Filipinas, o estupro deixa de ser crime, se o homem propõe casamento à vítima; assim, a mãe de Laida, Pining, que temia o estupro de sua filha, tinha ela própria quase se casado com um rapaz que havia tentado violá-la.

A maioria das mulheres tentou construir uma identidade antes do casamento, através do trabalho ou da continuação de seus estudos; um terço delas via o matrimônio como uma forma de ficar independente dos pais. Porém, na maior parte dos casos, aquelas que se casaram na esperança de melhorar de vida ou de escapar do controle materno, sofreram decepções, na medida em que seus maridos tinham empregos ocasionais ou com baixos salários. Além disso, o controle dos pais não acaba com o casamento, pois muitas das entrevistadas viviam com a família,

com parentes ou perto deles. A norma é morar com a família do marido, pois é responsabilidade deles fornecer a habitação, embora as entrevistadas mais jovens preferissem viver com seus próprios pais, especialmente em Bagbag. No entanto, é importante notar que, em todas as três comunidades, a idade média de casamento cresceu de 18,1 (geração das mães) para 20,4 (geração das filhas) — uma mudança significativa. Cecilia, uma jovem de Bagbag, citou os casamentos tumultuados e os oito filhos de sua mãe como razão para só ter se casado com 26 anos.

Maternidade: "Você agora é responsável por uma vida"

As entrevistadas afirmaram que uma mulher se torna *ganap na babae* (uma mulher completa) somente quando dá à luz. Como disse uma participante: "Somente quando tem filhos, você prova que realmente é uma mãe" (*sic*). Com o nascimento do primeiro filho, a mulher adquire um novo *status*, completando um ciclo da vida, a infância, e entrando na etapa seguinte, a maternidade e a vida adulta. A importância dada à maternidade pode ser vista na expressão muitas vezes dirigida às mães: *Magaalaga ka na ng buhay* ("Você agora é responsável por uma vida").

Todas as entrevistadas tiveram o primeiro filho quase imediatamente após o casamento. Para mulheres das duas gerações, era impensável que uma mulher casada não quisesse engravidar. Como perguntava Ludy, que tinha acabado de dar à luz seu segundo filho, "quando a gente está casada, por que ter vergonha de engravidar?". A transição aparentemente fácil do casamento para a maternidade pode ser explicada, em parte, pelo fato de que a maioria esteve envolvida com o trabalho reprodutivo desde muito jovem, assumindo as tarefas domésticas e o cuidado dos irmãos e irmãs menores, enquanto as mães ganhavam a vida fora de casa. Ao atingirem a idade adulta, as entrevistadas das duas gerações também trabalharam como domésticas para ajudar financeiramente a família. Em geral, as mães ajudavam durante a gravidez das filhas e nos momentos críticos da vida de suas filhas casadas. Portanto, as mulheres definem a reprodução como um processo para toda a vida, entrelaçado com suas vidas. Das 14 mulheres da geração das mães, a metade toma conta de netos de forma permanente. Rindo, elas se referem a isso como "fazendo de novo a mesma matéria" (como se repetissem um curso na escola).

Como a cultura e a tradição atribuem o lugar da maternidade e da maternagem quase exclusivamente às mulheres na esfera privada, elas normalmente criam os filhos sozinhas, com pouco apoio do governo e da sociedade em geral. Assim, para muitas mulheres, a maternidade consome a maior parte de sua vida adulta e termina por definir o que são. Entretanto, justamente porque esses papéis são considerados vitais não somente para a mulher, como também para os filhos, eles representam espaços nos quais as mulheres podem afirmar seus direitos. Se o sentimento de identidade e autonomia individual da mulher é mais forte no tempo

em que trabalha durante a *dalaga*, a consciência de direitos é mais clara durante a gravidez e o nascimento.

A gravidez e o nascimento unificam as mulheres dos dois lados da família, é o momento em que filha e mãe (ou sogra) vivenciam um vínculo especial. Muitas vezes, a mãe, com sua presença, fornece a confiança e a força de que a mulher precisa para enfrentar o parto. A experiência das dores do parto de Tisay lhe recordou as dores que tinha causado à sua mãe Alice. Por causa desse acontecimento especial, quatro mulheres se reconciliaram com suas mães; Julia, que estava tendo um primeiro parto difícil, só relaxou depois da chegada de sua mãe, Tasing, com quem anteriormente havia tido uma disputa. Seu alívio pode ser parcialmente atribuído à crença popular de que os partos difíceis são causados pela falta de perdão ou por conflitos não resolvidos, e que o nascimento só pode ser facilitado pela obtenção do perdão ou da compreensão da outra parte.

As entrevistadas consideravam emocionante e desafiadora a idéia de cuidar de uma nova vida, a qual podiam inequivocamente apresentar como sua própria realização. Minia, de 55 anos, disse sobre seu primeiro parto: "É maravilhoso ser mãe e ter um filho que vai ocupar sua atenção. É uma sensação melhor do que a de recém-casada". Basyon, atualmente com 62 anos, tem onze filhos. Lembrando de sua primeira gravidez, disse: "Agora sou uma mãe. Vou começar a passar por todas as dificuldades de uma mãe e vou aceitá-las". Portanto, as entrevistadas, em geral, receberam a notícia da gravidez com emoções contraditórias: alegria de ter um filho combinada com apreensão pelas novas responsabilidades e pelas mudanças inevitáveis nas suas vidas. Como disse Ludy, de 26 anos e com dois filhos: "Está certo que a mãe pode se banhar e pentear os cabelos, mas os filhos é que precisam de cuidados, senão vão passar fome. A mãe tem obrigação de limpar os filhos, mesmo que ela esteja suja". Porém nenhuma delas expressou arrependimento. Julia, uma filha de Tabi, que aos 27 anos se lembra principalmente de acontecimentos trágicos do passado, dizia: "Só me lembro de ser feliz quando fui mãe".

As mulheres entrevistadas aceitam a sobrecarga da maternidade porque sabem que aí está a fonte de sua plenitude e realização. Uma família bem-sucedida é um reflexo do sucesso de uma mulher. As mães também esperam que os filhos as ajudem quando ficarem mais velhos, não somente com assistência material, mas também como cuidadores: "Quando a gente ficar velha, só vai poder se apoiar nos filhos", explicou uma participante de Rama. "Quando uma mulher fica velha, se ela não tiver filhos, ninguém vai cuidar dela", afirmou uma mulher de um grupo focal de Tabi. Em Bagbag, uma outra participante afirmou: "Os filhos são a esperança dos pais, pois vão ajudar na velhice". De fato, no caso de mães com filhos adultos, sua autovaloração é mensurada em termos do cuidado que recebem dos filhos. Divina, de 59 anos, com oito filhos vivos, dizia: "Se você cuidar bem de seus filhos, então eles também serão bons com você".

A negociação da autonomia econômica a partir da maternidade

Mesmo sofrendo sob tradições e normas, a maioria das entrevistadas tentava redefinir a maternidade na vida cotidiana, de modo que a ideologia da maternidade pudesse abarcar um leque mais amplo de direitos. Até que ponto conseguem fazer isso depende de vários fatores, principalmente de sua capacidade de trabalhar fora de casa. A capacidade de ganhar seu próprio dinheiro e o conhecimento adquirido no trabalho ou na participação comunitária permitem que a mulher desafie as disparidades de poder consagradas na tradição da maternidade.

A maior parte das entrevistadas trabalhou em alguma época de sua vida, muitas tendo começado com cerca de 16 anos. Em geral, tornaram-se trabalhadoras domésticas ou trabalhadoras de lavanderias, extensões de sua atribuição como administradoras da casa, embora os empregos no setor de serviços — incluindo vendedoras de lojas, operadoras de caixa, garçonetes, cozinheiras e trabalhadoras da saúde — tenham se tornado mais comuns entre as filhas, refletindo a urbanização e o crescimento do setor. Entre as que não estavam trabalhando, a maioria citou as responsabilidades familiares como razão para isso: "Não importa o quanto eu quisesse trabalhar, não tenho ninguém com quem deixar meus filhos", disse uma participante em Bagbag. O cuidado com as crianças é um problema para as mulheres das cidades, onde elas não contam com a ajuda dos parentes.

Cecilia, uma jovem mulher de Bagbag, que se definia como dona-de-casa em tempo integral, também assumiu a responsabilidade das refeições dos trabalhadores da pequena indústria familiar do marido. Dessa maneira, evitava a oposição do marido, uma outra razão citada pelas mulheres para não trabalharem fora de casa. Apesar do recém-promulgado Código da Família, que protege os direitos da mulher ao trabalho, os homens ainda encaram com alarme qualquer movimento fora da esfera doméstica.[14] Para evitar isso, algumas mulheres procuraram trabalho dentro da esfera geográfica e psicológica de seus maridos: trabalho agrícola, em hortas, criação de animais etc. Laila disse ao marido que queria ajudar nos arrozais, para evitar que ele tivesse de pagar por mão-de-obra extra. Outras mulheres começaram a trabalhar quando seus maridos estavam sem trabalho. Isso ocorria especialmente em Bagbag: por exemplo, quando Dada vivia com seu primeiro marido, achou impossível alimentar seis filhos com a renda de sapateiro e começou a trabalhar em uma lavanderia. O mesmo fez sua filha, Jean, cujo marido não conseguiu emprego nos primeiros anos de casamento.

---

[14] Assim, durante as reuniões dos grupos focais de validação, os maridos verificavam o que estava acontecendo e vinham buscar as mulheres, se elas demorassem mais do que o previsto.

Quase todas as entrevistadas trabalharam para sustentar suas famílias antes do casamento. Alice, hoje com 72 anos, conseguiu escapar do controle de seu pai quando tinha 15 anos e sua tia chegou de Manila. A tia conseguiu afastar Alice de sua casa em Rama, dizendo que precisava de alguém para ajudar no cuidado das crianças, durante três meses. Os três meses se transformaram em três anos. Alice estava feliz — achava que estava abrindo seu próprio caminho no mundo, ganhando seu dinheiro, escolhendo seus amigos.

De fato, apesar da pressão das circunstâncias econômicas, muitas entrevistadas associavam o trabalho a retornos não-monetários: alegria em conhecer um novo local, aprender coisas novas, ter novas experiências. Terya, agora com 60 anos, sonhava em trabalhar em Manila quando era jovem e vivia em Rama, "somente para ir até Manila, que os outros diziam que era um lugar bom". Muitas das mulheres passaram a atuar em organizações comunitárias. Tisay, de 40 anos, é a secretária de uma organização camponesa local e de um grupo de saúde de mulheres, e é também relações-públicas de um comitê distrital de pessoas portadoras de deficiência em Tabi. Ela encontra realização em se preocupar com os outros e é estimulada pela discussão sobre os grandes temas nacionais. Isabel, de 42 anos, começou há pouco tempo a trabalhar na saúde e, apesar das objeções do marido, entrou em uma organização comunitária em Bagbag. Como trabalhadora da saúde, afirma: "Gosto de aprender muitas coisas. O conhecimento que eu obtive em seminários e conferências me dá um sentimento de realização, algo que eu sentia falta na escola formal".

As entrevistadas sonham em começar pequenos empreendimentos. À medida que os filhos crescem, muitas abrem pequenas mercearias locais, chamadas *sari-sari*, ou se envolvem com o comércio em pequena escala. A maioria faz isso para aumentar a renda familiar, tanto com um objetivo especial, como estudar, quanto para comprar artigos de primeira necessidade, como gasolina, comida e suprimentos domésticos ou roupas. Pining, uma mulher de Rama que tem permanentes conflitos com um marido beberrão, explica:

> Eu costumava vender shorts. Fazia três viagens por mês. Cada vez que eu viajava durante cinco dias para vender esses shorts, ganhava mais ou menos de 300 pesos, às vezes granhava 400 em uma semana. Quando eu voltava para casa, comprava arroz, café, açúcar, coisas para as crianças, material escolar, chinelos. Agora que eu não tenho mais nenhum negócio, não posso dar nada a meus filhos.

Lucy, que mora em Rama, via o trabalho como uma maneira de ocupar seu tempo, fora do mundo doméstico, enquanto suplementava a renda familiar. Recentemente, juntou-se à mãe, Divina, em um pequeno negócio de artesanato, vendendo esteiras tecidas à mão. Quando seu marido quis construir um barco de pesca, fingiu ter pedido o dinheiro emprestado:

> Eu tinha economizado dinheiro e colocado na bainha de um vestido que eu nunca uso... No dia seguinte, dei a ele mil pesos e disse para ele ir encomendar o casco. Depois, ele trabalhou duro para pagar nossa dívida. Nem beber, bebia. Ele, que bebia muito, falava: "Como a gente tem uma dívida pra pagar, por enquanto eu não vou beber". Bebia somente uma vez por semana, uma garrafa de cerveja, antes de dormir. O dinheiro que ele me dava para pagar a dívida, eu costurava outra vez na bainha do vestido.

As mulheres que trabalham fora de casa adquirem capacitação e recursos financeiros para explorar oportunidades que reforçam sua posição dentro e fora da casa. A independência econômica aumenta suas opções, permitindo que reivindiquem relações mais eqüitativas com os homens, especialmente em relação às finanças domésticas e ao direito de não sofrer violências. A partir daí, a mulher pode ser capaz de decidir quando e em que circunstâncias engravidar, o número de filhos e o desfrute de sua própria sexualidade. Quando perguntadas como o trabalho influencia o direito de a mulher decidir, por exemplo, sobre o número de filhos, as entrevistadas afirmaram claramente que, se a mulher não trabalha fora e não contribui para a renda familiar, fica limitada a ter tantos filhos quanto o marido quiser. Disseram que, embora o trabalho não lhe traga automaticamente esse direito, uma mulher que não tem renda própria não pode impor nenhuma condição no casamento. Essas mulheres sabem que extraem felicidade, satisfação e saúde de seus trabalhos.

As entrevistadas que contaram suas histórias de vida confirmaram que à mulher é "permitido" se envolver na esfera do trabalho desde que ele não questione explicitamente a norma de que está destinada ao lar e à reprodução. Dessa forma, é uma arena aceitável, onde a mulher pode "abrir suas asas". O trabalho é menos aceitável se a mulher disser que quer ter sua própria vida. Os resultados do estudo sugerem que, pelo menos instintivamente, as mulheres compreendem isso. Sabem que podem ter um trabalho fora de casa porque isso não é visto como demasiado ameaçador para as responsabilidades da mulher com a maternidade e a domesticidade.

Contudo, a experiência de algumas mulheres indica o poder do trabalho para solapar a ideologia da domesticidade. Quando a mulher se torna a única provedora do sustento da família, por exemplo, em geral ocorre uma mudança de papéis. O marido de Cecilia, por exemplo, assumiu as tarefas domésticas para permitir que ela saísse de casa cedo para vender seus produtos no mercado. Embora, para a maioria das entrevistadas, as decisões estivessem limitadas à administração da casa e ao cuidado das crianças, as que ganhavam mais assumiam mais autoridade. Lucy exemplifica como seu *status* também modificou as relações de poder na família. Descansando de seu negócio, após um parto, ela afirmava: "Agora que não estou trabalhando, continuo tendo controle da renda. Sou eu quem diz a Mando para fazer uma pescaria; se digo pra ele ir pescar, ele vai. Se digo para comprar e vender peixe seco, ele faz isso".

Para algumas mulheres, é claro que o trabalho remunerado pode ser uma alternativa ao casamento prematuro, pelo menos no curto prazo. Embora temporária, é uma possibilidade de novas situações de vida para a mulher antes do casamento e, portanto, fora dele, e assim coloca-se até mesmo a possibilidade de abandonar um matrimônio opressivo. Ludy, que vive em Tabi, começou a trabalhar aos 17 anos, em parte para ganhar seu próprio dinheiro, mas também para conhecer outras pessoas e aprender a lidar com elas e aumentar seu conhecimento através de outras experiências. Primeiro, cozinhava, fazia a limpeza e lavava a roupa na casa da tia. Fez amizade com outras jovens de Gubat que tentavam a sorte na cidade grande e conseguiu emprego em uma indústria de confecções. Porém, a esposa do empregador era demasiado crítica, e ela abandonou o trabalho após três semanas. Não ficou preocupada: "De qualquer modo, eu ainda sou jovem, não tenho família para me preocupar". Dessa forma, o trabalho é um desafio em potencial para a instituição do casamento e da família.

Entretanto, a experiência de trabalho em si mesma não garante o poder da mulher dentro da família. Por exemplo, Laida, de 24 anos, que começou a trabalhar como doméstica em Rama aos 15 anos, obedientemente deixou que seus pais e avós a casassem com um homem que mal conhecia. "Não me importava", disse, "achei que eu era imatura e obedeci a meu avô". Por outro lado, Julia, de 27 anos, que foi para Manila e se tornou uma trabalhadora do sexo, concilia em uma situação de conflito conjugal para não provocar a ira do marido. Nos dois casos, as mulheres nunca romperam a estrutura da autoridade patriarcal.

Assim, ter uma renda não é suficiente, mas o tipo de atividade geradora de renda com a qual a mulher se envolve e sua atividade econômica depois do casamento é que são os fatores críticos para determinar se o trabalho irá se tornar parte do seu processo de *empoderamento*. As mulheres que trabalham por conta própria ou estão engajadas em atividade econômica não tradicional parecem ter um maior senso de autonomia pessoal, o que lhes dá mais liberdade nos processos de decisão domésticos. Marla, de 22 anos, com uma renda independente como trabalhadora de fábrica em Bagbag, não parece ter nenhuma grande queixa sobre seu casamento. Não teve nenhuma experiência com violência doméstica, como as demais entrevistadas; na única vez em que seu marido fez piada sobre bater nela, ela reagiu.

"Puno na ako" — conquistando respeito e liberdade no casamento

Embora a maternidade ajude a motivar as mulheres para negociarem o direito de trabalhar fora de casa ou de tomar decisões sobre os recursos da família, é ela que também as mantêm em casamentos infelizes. Por exemplo, algumas se acomodaram à bebida do marido, desde que eles fossem responsáveis ou bebessem

somente em certos horários. A princípio, Pining resistiu à bebida do marido, não permitindo que entrasse em casa e, depois, não falando com ele. Ela o deixou, mas foi forçada à reconciliação, depois que os filhos lhe imploraram. Como disse Tisay, atualmente com 40 anos, e que suportou violência doméstica durante treze: "O casamento implica um compromisso por toda a vida, pelo bem dos filhos".

As entrevistadas resistiram às tentativas de seus maridos de reduzirem sua auto-estima. Divina se sentiu insultada pela queixa do marido de que estava sempre comendo quando não tinha trabalho. Ficou furiosa e respondeu: "Não tenho nenhum trabalho!? E dar à luz, cuidar das crianças e fazer o trabalho da casa? Mesmo que você me pagasse milhares de pesos, não ia gostar de dar à luz com tanta freqüência". O marido tentou se reconciliar, dizendo que ela podia ficar com seu salário. Em vez disso, Divina trouxe as crianças para ele e disse: "Não vim aqui receber seu salário, pois não vou comer ou viver por conta dele; eu sei como ganhar a vida".

Acima de tudo, em todas as histórias de vida, as entrevistadas insistiram que o marido não tem direito algum de ser violento e de que a esposa tem o direito de se proteger contra a violência doméstica. Algumas delas reagiram, quando espancadas, mesmo causando um escândalo na comunidade. Tisay atirava pedras na casa, enquanto Julia, que foi espancada pelo marido, o insultava publicamente e depois fugiu e se escondeu, procurando refúgio na casa dos pais. A sogra de Madel, também ela própria vítima de violência doméstica, encorajou esta a conseguir uma arma. Quando Madel aceitou o conselho e começou a dormir com um punhal ao lado, o marido não mais ousou bater nela.

Aquelas que não conseguiram uma maneira de parar a violência do marido terminaram por abandoná-lo. Nem a legislação nem a Igreja Católica reconhecem o divórcio, enquanto a anulação, que é reconhecida, é um processo cansativo, envolvendo gastos, tempo e esforço. A separação, embora vista como transgressão dos valores católicos, é a única alternativa; entre as 28 entrevistadas, quatro mães e uma filha estavam separadas de forma permanente dos maridos. Duas mães ficaram separadas por um período (uma por um ano, outra por quatro), porém depois se reconciliaram com os maridos.

Tisay decidiu abandonar o marido, depois de seis filhos e treze anos de vida em comum. Ela culpa o marido por beber demais e ajudar pouco a família, tanto financeiramente quanto na casa. Quando se separou, as brigas estavam piores, e ele havia começado a espancá-la. Ela concluiu: "Se o marido e a mulher não se entendem, é muito difícil viver juntos. Nesse caso, é melhor a separação do que passar por todos os sofrimentos e problemas". Atualmente solteira, ela pensa duas vezes sobre outro casamento, mesmo tendo um namorado. Diz ela: "As mulheres não merecem sofrer abusos dos homens".

Sua mãe, Alice, também abandonou o marido. Ele estava sempre pedindo dinheiro, explicava Alice, porque gastava em bebida tudo o que ganhava com a produção do arroz. Pior, quando ficava bêbado, tentava bater nela. Além disso, ele nunca ajudava em casa. Ela agüentou tudo isso durante vinte anos, mas, quando sua única filha parou de estudar e se casou, decidiu que não havia mais razão para ficar. Fatima deixou o marido quando ele começou a jogar e perder todo o dinheiro, não restando nada para as despesas familiares. Depois que conseguiu um trabalho, decidiu se separar. Para Dada, hoje com 61 anos, foram os casos amorosos do marido, iniciados depois de poucos anos de vida em comum, que se tornaram a fonte dos conflitos. Embora ele nunca a tivesse machucado fisicamente, ela não podia tolerar sua infidelidade e, finalmente, o deixou, embora tivessem seis filhos.

Para todas essas mulheres, o ponto de ruptura veio de uma combinação de vários fatores: o vício do marido, normalmente ligado a uma diminuição da capacidade de sustentar a família e a uma propensão à violência, deu-lhes coragem para se separar. Parece que nenhum desses fatores por si sós seriam suficientes para provocar uma decisão tão monumental. Juntos, fizeram a mulher defender seus direitos — *Puno na ako* ("Estou farta"), era como as mulheres falavam sobre esse ponto. As mulheres enfatizaram que a posse do marido se estendia até o corpo, mas não ao *kalooban* ou 'ser interior'. Acima de tudo, não dá aos homens o direito de ser violento. Quando isso ocorre, disse uma delas, "Eu reajo; ele não é mais meu dono".

Deve-se observar que todas as mulheres que se separaram (ou tentaram), exceto Alice, tinham entre 20 e 35 anos. Divina, desafiando o marido para a separação, dizia: "Eu não vou atrás de você; ainda sou jovem, ainda posso encontrar um homem melhor do que você". Embora, muitas vezes, a família ainda tente convencer a filha a permanecer em um mau casamento, seu apoio também é crítico para permitir que ela escape da situação. Quando os pais de Tisay prometeram apoio após mais uma briga com o marido, ela nunca mais voltou. Todas as mulheres separadas voltaram a viver com os pais. Finalmente, um elemento crítico na capacidade de resistir à violência é a possibilidade de se manter. Embora o marido de Madel tenha parado de espancá-la quando ela arranjou o punhal, ambos reconheciam que, naquela época, ela também havia começado a criar porcos, para poder sustentar sua filha. Cecilia, que administrava as finanças da família, não agüentava as discussões em torno disso, especialmente quando as brigas se tornaram sérias. Decidiu não pegar mais nenhum dinheiro do marido e voltou a ser vendedora, para poder sustentar a família. Quando o marido de Lucy a atacou durante um briga séria, ela o agarrou e lhe apontou uma faca, expulsando-o de casa. Embora seus parentes a tenham convencido a aceitá-lo de volta, ela sabia que podia sobreviver sem ele: "Posso dizer que agora sou independente economicamente de meu marido, pois já ganho meu dinheiro", concluiu.

Sexualidade e fecundidade — ainda somente *sanas*

As mulheres têm muito menos êxito em negociar *dapat*, na esfera da sexualidade e da fecundidade, do que em trabalhar fora de casa ou resistir à violência. Sua relativa impotência nesse domínio deriva das expectativas e restrições que envolvem a instituição do casamento nas Filipinas, estabelecidas pela Igreja Católica e cimentadas pelas normas e tradições da comunidade e do Estado. Em geral, acredita-se que os maridos têm direitos sexuais sobre suas esposas, enquanto a recíproca não é verdadeira. Ao contrário, virtualmente, todas as mulheres que relataram histórias de vida afirmaram que a mulher tem o dever de atender às necessidades sexuais do marido, independentemente de suas próprias preferências. Tonyang, que tem sete filhos, disse: "Se não fosse pelo fato de ele ser meu marido... Realmente não quero mais fazer sexo com ele". Alice, que foi forçada pelo pai a se casar, recusou-se a fazer sexo com o marido na primeira noite, mas como havia "se dado ao homem em casamento", terminou por cumprir os desejos do marido. Essas atitudes foram confirmadas pelas pesquisas de acompanhamento; mais da metade das entrevistadas disseram que cedem às demandas sexuais dos maridos porque as encaram como obrigação.

Embora as relações sexuais com os maridos deixassem muito a desejar, poucas entrevistadas davam alta prioridade à satisfação sexual. A maioria afirmou que sentia vergonha de tomar a iniciativa no sexo, quanto mais de exigir satisfação. A Igreja Católica ensina que as relações sexuais só devem ocorrer no casamento e somente para fins de procriação: assim, espera-se que as mulheres sejam passivas e não tenham a 'obsessão' do sexo e da satisfação. Poucos maridos se incomodavam em entender os sentimentos e o corpo da mulher. Somente uma das mulheres que relataram histórias de vida contou que o marido esperou um pouco, após o casamento, antes de fazer sexo, para que ela tivesse tempo de se acostumar com ele. Ninguém expressou arrependimento por não ter uma vida sexual ativa durante muitos anos, e a maioria foi evasiva quando se tratava da insatisfação sexual. Além disso, o medo da gravidez e das dificuldades financeiras, além da sobrecarga de outro filho para criar, em geral eliminam o desejo de satisfação sexual.

Para todas as mulheres que relataram histórias de vida (exceto duas), a primeira experiência sexual foi com o marido. Embora algumas tenham desfrutado de sexo pré-marital, terminaram se casando com o mesmo homem. Muitas não estavam preparadas para o sexo na noite de núpcias. Terya, que depois veio a dar à luz catorze filhos, lembrava que, no começo, não conseguia dormir porque o marido queria dormir a seu lado. Quando contou aos pais, eles riram e disseram: "Por isso ele casou com você, porque quer dormir com você". Mais de duas semanas se passaram, antes do casamento ser consumado.

Apesar dessas dificuldades, em certos casos, algumas noções de direito ao prazer sexual conseguiram sobreviver. Ana, uma mãe de Bagbag de 46 anos, e Terya, uma

mãe de Rama de 60, disseram que uma das razões para o casamento é poder ter sexo e, naturalmente, querem desfrutá-lo. A geração das filhas se saiu um pouco melhor. A maioria sabia sobre o sexo antes da primeira relação. Algumas tiveram orientação sexual na escola secundária, embora limitada ao aspecto biológico. Na maior parte dos casos, aprenderam o que sabiam sobre sexo na literatura romântica ou nos vídeos. Lucy, que tem 38 anos, admitiu: "Gosto de sexo, pois algumas vezes a gente sente alívio dos problemas". Algumas dessas mulheres mais jovens, como Tisay e Julia, acreditam que a mulher também pode tomar a iniciativa no sexo, embora na prática raramente o tivessem feito e nunca de maneira direta. Julia insistia: "É claro que a mulher tem direito de ficar feliz com o sexo, não é só o homem que tem esse direito". Minia, casada e com sete filhos, afirmava cautelosamente que não achava ruim que as mulheres pudessem dizer quando queriam fazer sexo.

No entanto, para muitas mulheres pobres, as relações sexuais simplesmente reforçam o sentimento de pertencer ao marido. Mais de 75% das participantes do levantamento de acompanhamento disseram que, em virtude do casamento, a mulher se torna propriedade do marido ou *pag-aari*. Basyon, de 62 anos, que fugiu para casar aos 16, não teve permissão de dormir com o marido porque ainda não tinha menstruado. Quando chegou a hora, estava feliz por poder fazer sexo. Porém, havia também tristeza:

> Com o início das relações sexuais e suas dores, eu compreendi que daquele momento em diante pertencia somente a meu marido. Descobri que, com o casamento, eu estava presa a meu marido e que a época das dificuldades ia chegar.

Em geral, a atitude em relação ao sexo está capturada na frase *basta makaraos* (desde que acabe logo). As mulheres parecem comparar o custo de recusar as exigências sexuais do marido com os possíveis ganhos de ceder. Uma relação pacífica dentro da família é muito valorizada. Portanto, muitas aceitam o sexo para evitar a raiva ou o ciúme do marido. A ajuda nas tarefas domésticas é também importante, e a concordância da mulher em fazer sexo normalmente leva o homem a uma atitude de cooperação.

Entretanto, ficou claro que, na prática, as mulheres muitas vezes estão prontas para afirmar suas próprias necessidades e empregam muitas táticas para fugir de seu "dever", quando se trata de sexo não-desejado. Quase todas as mulheres que relataram histórias de vida contaram que, quando estavam muito cansadas, não atendiam às expectativas do marido e aceitavam as conseqüências dessa recusa. Para resistir aos avanços do marido bêbado, uma mulher não deixava que se deitasse a seu lado, enquanto outra se deitava de barriga para baixo. Algumas levam os bebês para dormirem com elas, forçando o marido a dormir em outro lugar. Minia, de 55 anos e com sete filhos, tem usado seus problemas de saúde como desculpa para evitar relações sexuais durante vários anos. Clara, que também tem 55, usa absorventes higiênicos para sinalizar que está menstruada ou contorce o corpo durante

o sono para evitar despertar o desejo do marido. Em alguns casos, a mulher finge ser frígida. Tasing, que se casou aos 16 e tem 15 filhos, dizia: "[Meu marido] reclama que eu sou como uma morta". Outras se recusam a tomar banho à noite ou só vão para a cama quando o marido começa a roncar. Uma delas quase sempre começa uma discussão com o marido para que ele durma sozinho. Mesmo nessa área difícil, a disposição para enfrentar as conseqüências da recusa se torna uma forma de exercício de direitos para essas mulheres. Isso pode ser entendido na expressão freqüente *Pag sinabi kong ayoko na, ayoko na!* (Quando eu digo que não quero, é porque não quero!).

Controle da fecundidade: "Sou eu quem agüenta a sobrecarga"

O medo de ficar grávida sustenta a decisão de resistir ao desejo do marido de fazer sexo. Didi, que, aos 43 anos, tem onze filhos, pergunta: "Como posso gostar de sexo se isso significa que eu vou ter mais filhos?". Ironicamente, embora as mulheres sejam vistas como as principais responsáveis pela reprodução, têm pouco poder de controlá-la. Por um lado, espera-se que satisfaçam as freqüentes exigências sexuais do marido; por outro, devem assumir a preocupação principal pela qualidade de vida dos filhos. Agravando esse problema, especialmente para as mulheres das comunidades pobres, está a dificuldade de se conseguir métodos satisfatórios de contracepção e informação correta sobre as diversas opções de regulação da fecundidade. Por causa da persistente hostilidade da Igreja Católica e das normas sociais e comunitárias que ainda desencorajam o planejamento familiar; é freqüente que as mulheres escutem que todos os métodos contraceptivos são "um pecado contra Deus". Basyon recorda o que os mais velhos costumavam dizer: "Não use contraceptivos porque significa dissolver um filho dentro de você".

A falta de controle sobre as decisões reprodutivas resultou em muitas gestações não-desejadas. Embora tanto as mães quanto as filhas dissessem que não queriam "muitas bocas para alimentar", não puderam pôr em prática essa preferência. Na maioria das vezes, a mulher grávida se resignava a ter o bebê. Como disse Basyon: "Achei que não podia fazer mais nada a não ser esperar que o bebê nascesse e crescesse. A gente não pode devolver depois que ele está lá". Esta atitude é compartilhada por mães e filhas, que encaram os filhos como "presentes de Deus".

Todos esses fatores resultaram em famílias grandes para todas as mulheres que relataram suas histórias de vida.[15] As famílias eram maiores em Rama, com a média

[15] As taxas de fecundidade de cada localidade eram mais altas do que as nacionais para áreas urbanas e rurais. Embora isso, em parte, refletisse o fato de que a política de planejamento familiar nacional tem atingido principalmente a classe média, deixando as mulheres pobres com as mesmas opções limitadas, também reflete o número alto de mulheres mais velhas no estudo, cujas gestações não foram afetadas pela nova política.

de 8,5 nascimentos por mulher, enquanto em outras comunidades a média era de 6,5. Existe também uma diferença marcante entre o número médio de nascimentos entre as mulheres mais velhas (10,3) e entre suas filhas (3,2). Embora seja verdade que os anos reprodutivos do último grupo ainda não terminaram e, de fato, quatro das filhas estavam grávidas na época da entrevista, também é certo que as mais jovens fazem um esforço para controlar a fecundidade muito mais cedo, muitas vezes com a concordância do marido.

Uma grande maioria das entrevistadas utilizou algum tipo de contraceptivo em algum momento de sua vida reprodutiva: 15 usaram a pílula, três colocaram DIUs e três foram esterilizadas; enquanto 18 usaram vários métodos naturais, incluindo a tabelinha, o coito interrompido, preparados de ervas ou abstinência. Porém, na época do estudo, somente 9 de 21 mulheres menopáusicas utilizavam algum método de controle da natalidade (todos naturais); entre aquelas que não estavam grávidas, a maioria tentava evitar o sexo. As mulheres que haviam parado de usar contraceptivos deram como razão, entre outras, efeitos colaterais ou a hostilidade dos maridos para não continuar a usar o método. As mulheres mais velhas citaram a ausência de consciência sobre o planejamento familiar durante seus anos reprodutivos como a razão de terem tido mais filhos do que desejavam.[16]

Embora os tipos de contraceptivos não difiram de modo significativo entre as mulheres mais jovens e mais velhas do estudo, as mais jovens tendem a começar sua utilização mais cedo; onze das mais jovens usaram alguma forma de contraceptivo após o primeiro, segundo ou terceiro filho, enquanto somente quatro das mulheres mais velhas o fizeram. Algumas das mais jovens acham que suas vidas foram limitadas pela falta de planejamento familiar de suas mães. Julia encara seu estupro e sua iniciação na indústria do sexo aos 16 anos como uma conseqüência direta de vir de uma família tão grande:

> Se a gente não fôsse tão pobre, eu não tinha pensado em ir trabalhar em Manila. Se eu não tivesse ido para Manila, a tragédia não tinha acontecido. É como se tudo que acontecesse tivesse um começo. Assim, o começo foi a pobreza. Olhe para nós, era porque tinha tanta gente...

Antes de se casar, Julia queria "somente alguns filhos, uns quatro. Mas, depois que eu vivi as dificuldades da gravidez e do parto, cuidar da criança, lavar fraldas...puxa, dois era bastante!" Julia agora usa pílula; embora tenha tentado métodos naturais, disse que recusar os avanços do marido simplesmente alimentava suas desconfianças de que ela estava tendo um caso.

---

[16] É importante notar que nove das entrevistadas tinham dado à luz muito mais filhos do que os sobreviventes atuais; algumas delas até cinco, seis ou mesmo sete filhos a mais. Embora a maioria delas tivesse mais de 60 anos, três estavam na faixa etária de 30 a 49, indicando que a mortalidade infantil continuava alta nessas comunidades.

Julia é uma das duas mulheres que relataram ter feito um aborto. Ela ficou grávida quando era trabalhadora do sexo e decidiu abortar no sexto mês — uma decisão que ainda a persegue:

> Só vi a neném quando saiu. Eu queria colocá-la de volta, mas não podia fazer mais nada. Eu ainda posso ver como ela era, principalmente quando estou sozinha. Até a parteira que fez o aborto comentou: "Essa ia ser muito bonita."... Eu nunca soube o que fizeram com a neném...

Para mulheres da geração mais velha, esse tipo de decisão só seria tomada depois de muitos filhos. Isabel, por exemplo, sempre viu o aborto como um pecado. Tentou usar pílula cedo, depois do primeiro filho, mas foi aconselhada a parar quando começou a perder peso. Depois, teve mais sete filhos em rápida sucessão. Quando ficou grávida do nono, o mais novo tinha menos de um ano. Assim, decidiu fazer um aborto. "Não posso continuar esta gravidez. Já tenho 42 anos, sou velha demais para ter outro filho. Além disso, é embaraçoso estar grávida quando duas de suas filhas também estão." Mulheres mais jovens, que começaram a usar contraceptivos mais cedo, talvez não precisem enfrentar esse tipo de decisão — pelo menos, por enquanto. Por exemplo, Marla, filha de Isabel, que ficou grávida pela terceira vez por não conseguir um suprimento regular de pílulas, não considerava a hipótese de aborto.

Embora a independência econômica permita que as mulheres reivindiquem o direito de ter mais controle sobre as decisões familiares, isso é muito limitado no que diz respeito à fecundidade. Isso é ilustrado por Divina e sua filha Lucy, cujo bem-sucedido negócio de artesanato lhes permitiu afirmar sua independência frente aos maridos. Como disse Divina: "Este é o motivo pelo qual casamos: para ter filhos. Mas, às vezes, eu acho que ia gostar de poder controlar minhas gestações. Eu preferia ter tido somente seis filhos. Para mim, seis é o número exato que posso cuidar". Com 59, ela teve onze filhos, dos quais oito ainda estavam vivos. Sua filha queria ter cinco filhos. Depois do quinto, Lucy pensou em tomar a pílula, mas o marido foi contra, dizendo que ainda não haviam tido um filho homem. Com 38 anos, teve nove filhos.

Portanto, embora existam diferenças entre as gerações, elas são menos significativas do que se poderia esperar, refletindo o fato de que as opções são ainda muito limitadas para as mulheres das comunidades pobres. As entrevistadas, por uma ou outra razão, casaram-se e se estabeleceram na mesma comunidade. Suas atitudes em relação à saúde reprodutiva, como também à saúde em geral, são contextualizadas pelas condições de pobreza que ainda limitam cada aspecto de suas vidas. Em Tabi, por exemplo, as mulheres se perguntam "Eu ainda posso ainda fazer minhas obrigações?" Se a resposta for positiva, elas não se consideram doentes. Além disso, embora a saúde reprodutiva e o planejamento familiar sejam agora uma parte central das políticas de governo, os profissionais de saúde, operando em nível local, muitas vezes subvertem essas políticas. A parteira de Tabi, responsável pela distribuição de contraceptivos, admite que se opõe aos métodos anticoncepcionais.

Em Rama, onde Divina foi saber o que poderia fazer para evitar uma nova gravidez, após seu décimo filho, o médico lhe disse: "Seu útero ainda está espesso. Você pode ter 16 filhos!"

A escassez de serviços de saúde torna as mulheres pobres mais suscetíveis a rumores, normalmente baseados nas normas comunitárias, que desaprovam os métodos artificiais de controle da fecundidade. Por exemplo, Alice escutou histórias sobre um DIU de uma vizinha que teria saído do lugar e se deslocado até o coração da mulher; Tasing tinha medo da pílula por causa das "histórias de horror" sobre seus efeitos colaterais; e Laida não a tomava porque eram pobres e, muitas vezes, passavam fome, e uma campanha de saúde pública recente tinha enfatizado que não se devia tomar a pílula com o estômago vazio. Outras mulheres expressaram temores similares. Uma entrevistada contou uma história assustadora de uma mulher cuja barriga inchou; quando foi operada, disseram que estava cheia das pílulas que havia tomado.

Ao dar à luz todo ano, ano após ano, a mulher fica presa a casa. À medida que são fixadas no lugar da reprodução e de cuidadoras, as mulheres atingem, com freqüência, um ponto de exaustão e fraqueza. Ao mesmo tempo, seu direito, como mães, de garantir uma vida melhor para os filhos fica limitado se têm um número muito grande de crianças para cuidar. Desta forma, Ludy afirmava: "Não é somente a questão de dar à luz; o que eu quero é um bom futuro para meus filhos".

Assim, um número cada vez maior de entrevistadas começou a pensar sobre o controle da natalidade. Cinco mães e três filhas viam como seu direito recusar as iniciativas sexuais do marido, especialmente porque recaía sobre elas a sobrecarga do nascimento e do cuidado das crianças. Quando isso não funcionou, começaram a utilizar métodos artificiais. Assim, consultas com profissionais de saúde sobre contraceptivos se tornaram tanto um direito quanto uma forma de resistência. Bayson, depois de dar à luz seu sétimo filho, foi ao centro de saúde e pediu pílulas anticoncepcionais, solicitando que a enfermeira não dissesse nada ao marido: "A gente tem que pensar sobre o que é mais destrutivo — ter filhos e não poder cuidar do jeito certo ou planejar e não ter?" No entanto, algumas mulheres que não aceitavam o aborto recorriam a métodos tradicionais, apoiados pela comunidade. Tasing tomou *maravillosa* (um preparado com a raiz de uma planta amarga, tradicionalmente considerada como um abortivo eficaz). Por insistência das sogras, duas outras entrevistadas tomaram *papaitan*, um preparado nativo usado para "regular a menstruação".

Em última análise, as entrevistadas aprenderam que são elas próprias que carregam a responsabilidade pela vida dos filhos. Como explicou uma mulher de um grupo focal de Bagbag: "Meu marido quer mais filhos, mas eu digo que ele é que devia pari-los... Afinal, sou eu quem fica sobrecarregada em casa". Portanto, nesse sentido, a própria maternidade ensinou a essas mulheres o direito de dizer não a relações sexuais não-desejadas e a gestações não planejadas. Para algumas

entrevistadas, essa consciência de direitos chegava até a questionar a interferência da Igreja nas políticas de planejamento familiar. Quando perguntadas se a Igreja deveria interferir no uso de contraceptivos, quase a metade respondeu que não. "Religião e saúde são questões diferentes", afirmou uma mulher de Bagbag; "Isso não é da esfera da Igreja", disse outra, e uma terceira observou: "Não é a Igreja que vai passar fome e viver na pobreza".

Acomodação, resistência e negociações

Estes resultados indicam que a capacidade das mulheres negociarem direitos depende de vários fatores. Primeiro, embora o acesso a recursos econômicos não *empodere* automaticamente as mulheres para afirmarem seus direitos de decidir sobre seu próprio corpo e sua própria sexualidade, é um ponto de partida necessário. Algumas mulheres têm concepções claras sobre seus direitos, porém não possuem os recursos necessários para afirmá-las abertamente. Ao recorrer a subterfúgios, essas mulheres estão de fato negociando a diferença entre o que querem (*sana*) e o que podem conseguir. Por outro lado, outras mulheres têm uma vaga idéia de seus direitos, mas são presas da ideologia da domesticidade e de sua internalização por virtualmente todas as pessoas da família e da comunidade — um recurso poderoso na sociedade tradicional. Essas acomodações têm pouca relação com as normas de direitos reprodutivos compartilhadas pela maioria das mulheres. Ao contrário, demonstram o efeito da diferença de poder e de recursos sobre a capacidade de as mulheres praticarem aquilo em que acreditam. Observando as categorias nas quais as mulheres populares negociam direitos, três áreas inter-relacionadas da vida familiar surgem como arenas nas quais as acomodações e resistências operam de modo diferente, ou seja: a divisão sexual do trabalho, relações sexuais e controle da fecundidade e o direito de não sofrer violências.

A divisão sexual do trabalho que, ao vincular a mulher à maternidade, vem privando-a há muito tempo do direito de desenvolver seu pleno potencial, também dá a algumas mulheres a vantagem, frente aos maridos, de melhorarem sua situação e a de sua família. A incapacidade do marido de desempenhar sua atribuição tradicional de provedor, juntamente com a capacidade crescente da mulher de assumir esse lugar, permite que negociem maior autoridade na família. Algumas conseguiram até mesmo estender essas negociações ao planejamento familiar; o marido de Laida finalmente diminuiu sua oposição ao controle da natalidade, depois de compreender as dificuldades de criar muitos filhos. As mulheres podem permanecer dentro da divisão sexual do trabalho e da ideologia da domesticidade como uma forma de afirmar seus *sanas*; ao assim fazerem, são moralmente legitimadas a terem o direito de tomar parte nos processos decisórios familiar e a desenvolverem um certo nível de autonomia, sem provocar confrontações com os maridos e sem levantar controvérsias na comunidade.

Por outro lado, ao negociar direitos dentro do casamento, as mulheres geralmente passavam da acomodação para a resistência e vice-versa. Embora a mulher filipina de todas as classes sociais seja educada para acreditar que o casamento lhe priva do direito de recusar os desejos sexuais do marido, algumas entrevistadas foram além do uso de subterfúgios para evitar o sexo e falaram com os maridos sobre sua visão de direitos sexuais. Outras passaram a reconhecer a importância de seus próprios desejos, mesmo quando expressos através de indicações limitadas, e não por afirmações diretas.

As negociações sobre a fecundidade também são caracterizadas por uma mistura de acomodação, resistência sutil e resistência aberta. As mulheres optam pela acomodação e resistência sem palavras quando não podem rejeitar as exigências sexuais do marido, mesmo nos dias férteis. Nestas esferas inter-relacionadas, algumas mulheres revelaram uma consciência crescente de direitos, devido à acumulação de recursos materiais ou sociais. Somente quando se trata de violência e de resistir ao sexo não-desejado, as mulheres se sentem com poder para agir em relação a seus direitos e até mesmo para abandonar o marido, depois de terem tentado toda as outras formas de negociação. O reconhecimento de que "não sou mais propriedade dele" é um resgate do ser e uma afirmação da autonomia pessoal.

Entretanto, esse avanço não determina inteiramente a situação da mulher. Como foi observado, é difícil identificar os fatores que podem permitir à mulher mudar o equilíbrio de poder. A autonomia econômica, embora dê à mulher uma maior confiança para negociar mais respeito e o direito de tomar decisões familiares, não se traduz automaticamente no poder de determinar quantos filhos terá o casal. As mulheres podem conseguir mais poder em algumas áreas, enquanto mantêm a vulnerabilidade em outras. Isso sugere que as mulheres populares fazem cálculos sobre o conjunto de estratégias que têm à sua disposição; mais do que níveis distintos de consciências, os diferentes graus de sucesso refletem as situações culturais e materiais específicas dessas mulheres, o nível de apoio que encontram na família ou na organização comunitária e a capacidade de ter sua própria renda.

Apesar das vicissitudes da vida de casada, a mulher continua a se apegar a seu sonho, que normalmente se traduz no desejo materno de um futuro melhor para os filhos. A maior parte das aspirações femininas não era para si próprias, mas para os filhos e netos — em especial em relação à educação. Embora algumas entrevistadas reclamassem de mães que haviam impedido sua educação, outras (nas duas gerações) reagiam às dificuldades da vida e à sua instrução incompleta, aconselhando os filhos a estudarem. Elas também tentavam passar suas lições de vida para os filhos. Tonyang aconselhou as filhas a não saírem com marginais, enquanto Minia lembrou a sua filha para não ser *magaslaw* (grosseira), o que segundo ela dava aos homens motivos para abusos. Tanto as mães quanto as filhas esperam que seus filhos não seguissem seu mesmo caminho. Alice tinha esperança

de que sua filha tivesse "uma vida tranqüila e um marido que soubesse viver da maneira correta", e Fatima avisou a sua filha para "não esperar que a vida de casada fosse cor-de-rosa".

As mulheres das duas gerações afirmaram seu direito de dar aos filhos um bom futuro. Como a decisão de trabalhar fora de casa, isso pode ser visto como uma forma de auto-afirmação. A resistência às situações de vida é também expressa pelas lições que compartilham com os filhos. Precaver as filhas contra possíveis perigos, sugerindo como lidar com eles e quais os mecanismos de reação disponíveis, pode ser visto como uma forma de recuperação pessoal para as mães e de consciência de direitos para as filhas.

Conclusões

Os resultados de nossa pesquisa sugerem várias conclusões sobre direitos reprodutivos nas comunidades populares das Filipinas. A primeira é que o fundamento das ações recorrentes de subterfúgios e resistências é a afirmação persistente, por parte das entrevistadas, de seu direito à liberdade reprodutiva. Como é revelado pelas histórias de vida das mulheres, a busca das mulheres populares por seus direitos começa quando sentem a distância entre o que desejam (*sana*) — a base para identificar seus direitos — e o que lhes é atribuído em uma determinada situação. Essa distância fomenta um descontentamento, estimulando as mulheres a iniciarem um processo de negociação para conseguirem uma melhor situação.

O uso pelas entrevistadas de subversões sutis e lutas não-verbalizadas, assim como as oscilações entre acomodação e resistência, pode ser entendido no marco da tradição de resistência cotidiana dos sem poder, como foi desenvolvida por James Scott (1990). Scott argumenta que grupos subordinados, conscientes de sua relativa impotência e dos perigos da confrontação direta, normalmente utilizam formas de oposição táticas indiretas e veladas ("formas práticas de luta política") contra as forças hegemônicas. Como ele destaca: "Todas as ações políticas assumem formas projetadas para obscurecer suas intenções ou para ficarem encobertas por um significado aparente, mesmo quando estas ações estão constantemente testando os limites do admissível".

Todo o debate sobre direitos reprodutivos nas Filipinas tem estado entrelaçado com afirmativas de que o catolicismo, que define o lugar da mulher na família, anula a disposição de as mulheres exercerem seus direitos no processo reprodutivo. Nossa pesquisa demonstra que, apesar do poder desta tradição — especialmente em relação ao lugar das mulheres —, ele coexiste com uma vibrante tradição contra-hegemônica, segundo a qual as mulheres afirmam esses direitos através de várias estratégias, em geral encobertas ou camufladas, porém às vezes de resistência aberta. Quem considerar seriamente as palavras e histórias das mulheres participantes do

estudo deve questionar a pressuposição de que o silêncio da mulher significa sua anuência, de que o fracasso em construir uma vida melhor é a mesma coisa de não tentar. Além disso, longe de dar sustentação à idéia de que as filipinas não valorizam o controle de sua reprodução, este estudo sugere que uma concepção própria de direitos reprodutivos domina a reflexão das mulheres sobre sua sexualidade e seus papéis na sociedade.

Esse reconhecimento está vinculado diretamente à outra importante conclusão: a de que a idéia de reprodução que informa as decisões das mulheres vai muito além do seu aspecto biológico. O lugar da mãe é construído em termos sociais amplos, que se estende aos campos dos cuidados com os outros e da reprodução social. Portanto, quando essas mulheres se engajam em lutas ostensivamente econômicas, nas suas famílias e comunidades, o fazem nos termos dessa definição de maternidade expandida e social, na qual a gestão da fecundidade cumpre um papel integral. No lugar de aceitar a concepção tradicional de maternidade, as mulheres deste estudo trabalharam com a sua própria visão contra-hegemônica, que às vezes lhes deu o impulso para desenvolver atividades e cumprir papéis fora das normas comunitárias, como, por exemplo, tornarem-se as provedoras principais da família ou resistirem com armas à violência.

No entanto, a afirmação sutil de direitos das mulheres também revela o quanto são vulneráveis, quão facilmente podem fracassar e e quão conscientes estão dessa vulnerabilidade. Embora as mulheres possam avançar em algumas áreas, como o trabalho fora de casa, esse poder não necessariamente se traslada para outras esferas mais íntimas, como as relações conjugais. Além disso, a resistência cotidiana por si própria pode, na melhor das hipóteses, aliviar a opressão e, na pior, desviar as mulheres da ação política aberta e coletiva. A falta de poder da mulher na família não pode ser isolada das limitações impostas pela sociedade como um todo. A pobreza, a falta de acesso a serviços de saúde e a ideologia sempre presente da domesticidade e passividade — apoiadas não somente pela Igreja, como também pelo Estado e por funcionários comunitários, médicos e trabalhadores da saúde e pela comunidade e família — têm uma relação direta com a percepção e o exercício dos direitos reprodutivos das mulheres.

Embora os esforços para atuar sobre seus *sanas* mostre que, em muitos aspectos, a Igreja Católica não consegue mais dominar as decisões das mulheres (poucas freqüentam a Igreja de forma regular ou passam por cerimônias católicas no casamento e no nascimento), na reprodução da tradição nota-se a influência dos ensinamentos católicos através de gerações — sustentada pelas políticas de governo e pelas normas legais — sobre a ideologia da domesticidade. Essa ideologia virtualmente define a mulher em termos da produção e reprodução de filhos e, embora afete as mulheres de todas as classes sociais, floresce na pobreza e no sofrimento das comunidades pobres. Além disso, nessas comunidades, como nas comunidades pobres de toda

parte, a doutrina da Igreja também reforça muito a postura de que as pessoas, especialmente as pobres, não podem controlar seus destinos.[17]

Essa análise dos esforços das mulheres populares para negociar direitos nas esferas sexual e reprodutiva sinaliza para o papel importante que o movimento de mulheres pode cumprir no avanço da situação geral da mulher na sociedade. O movimento de mulheres, na medida em que oferece uma análise de gênero sobre a marginalização da mulher, assim como serviços para atender às suas necessidades específicas, representa um poderoso recurso para as mulheres populares na sua busca de autodeterminação. À medida que as organizações feministas tentam sintonizar as políticas públicas com as normas e os valores expressos pelas próprias mulheres, podem, de modo similar, aprofundar a compreensão das mulheres sobre sua própria situação e expandir sua capacidade de transformá-la. No entanto, compreender plenamente a ordem negociada na qual as mulheres estão subsumidas representa um desafio para as feministas. Defensoras/es do *empoderamento* das mulheres têm trabalhado para ampliar as oportunidades de crescimento das mulheres nas esferas política, social e cultural. No entanto, o *empoderamento* das mulheres também implica o reconhecimento do direito de cada mulher escolher o tipo de vida que quer para si própria, assim como seu direito a um espaço onde possa refletir sobre sua vida e construir seus significados. Assim, embora as feministas trabalhem para promover um ambiente favorável para as mulheres, deixam a questão da escolha para a própria mulher. Se os direitos afirmados pelas mulheres populares revelam uma concepção de direitos que difere do discurso dominante, tanto as pessoas e grupos envolvidos com *advocacy* quanto os responsáveis pelas políticas devem levar em conta essas leituras de direitos que são específicas deste contexto. De maneira clara, a concepção de direitos expressa nas vozes e nas histórias das participantes do estudo difere marcadamente daquela que informa a construção das políticas públicas. Só podemos pressupor que, se as políticas não estão de acordo com as concepções das mulheres sobre seus próprios direitos, é porque os responsáveis por aquelas políticas trabalham com hipóteses falsas sobre aqueles direitos.

A consciência de direitos sexuais e reprodutivos deriva precisamente de idéias geradas pelas próprias mulheres sobre o que significa ser mulher e mãe nas suas comunidades. Por seu lado, esses significados, tal como vimos através das vozes das mulheres cujas histórias de vida informam esta pesquisa, são construídos a partir das pressões contraditórias da dura realidade material, das tradições patriarcais e de um florescente senso de si própria. Daí vem, outra vez, a importância do *sana*, que marca a diferença entre o que são essas mulheres particulares — específicas de um contexto, no lugar de universais e genéricas — e o que elas sentem que deveriam ser.

---

[17] Essa crença comum pode ser resumida na expressão *bahala na* (*não importa o que possa acontecer*). Antes ignorada como fatalismo passivo, *bahala na* também pode ser vista como uma atitude que permite que as pessoas enfrentem ativamente situações plenas de incertezas e de falta de informação, sem procurar fugir delas (Enriquez, 1992: 49ff).

8

O Sul dentro do Norte

Escolhas Reprodutivas em Três Comunidades dos EUA

Dianne Jntl Forte e Karen Judd[1]

Em meio aos negros do Sul e às mulheres do Norte, todos falando sobre direitos, muito em breve os homens brancos levarão um corretivo.
Sojourner Truth, 1851

Os Estados Unidos são um país de grande diversidade social, cultural e regional, construído por sucessivas levas de imigrantes. Pode-se dizer que são uma terra de muitas nações e de muitos povos. A situação das mulheres — assim como seus comportamentos, atitudes e crenças a respeito dessa situação — reflete essa diversidade. Qualquer estudo sobre os pontos de vista das mulheres em relação a seus direitos reprodutivos só pode captar uma parte desse mosaico. Este estudo se debruça sobre os

[1] Este capítulo foi escrito em colaboração com Eugenia Acuña e Evelyne Longchamp. Além disso, utlizamos amplamente as informações contidas no documento sobre o contexto sócio-político dos EUA, elaborado por Dana Ain Davis e Jennifer Nelson, assim como no relatório final da pesquisa, preparado por Joanna Gould Stuart.

modos pelos quais grupos específicos de mulheres, especialmente as mulheres de cor[2] *, habitantes de pequenas cidades do Sul, bem como outras de diferentes áreas do Norte urbano, expressam suas percepções e compreensões a respeito dos direitos que julgam possuir. Ao fazê-lo, buscamos dar voz a algumas daquelas que, durante muito tempo, não têm encontrado expressão no debate público sobre direitos reprodutivos nos Estados Unidos.

Este capítulo põe em relevo as vidas reprodutivas de mulheres em três comunidades bem diferenciadas: Soperton, uma comunidade rural no estado sulista da Geórgia, Washington Heights, um bairro da cidade de Nova York que abriga a maioria dos imigrantes da ilha caribenha da República Dominicana e District Council 37, um sindicato de empregados municipais da cidade de Nova York. Todas as comunidades estudadas estão ligadas pela migração e pela imigração. Juntas, representam uma realidade particular, uma entre muitas realidades desse tipo nos Estados Unidos, daquelas que chamamos de "o Sul dentro do Norte": mulheres de cor, pobres, mulheres migrantes e imigrantes de todas as raças, mulheres indígenas, ou mulheres aprisionadas em bolsões de tempo em lugares tais como os montes Apalaches ou no sul mais ermo, analfabetas e sem empregos, com suas vidas limitadas pela Igreja e por aqueles interessados e investidos na manutenção do *status quo*.[3] Todas as mulheres neste estudo compartilham antecedentes de pobreza e de oportunidades limitadas de trabalho. Com a exceção daquelas do sindicato, agora inscritas em um programa de crédito universitário, elas têm pouco preparo profissional e educação limitada e suas vidas são dominadas pela luta para o provimento do sustento de suas famílias. Suas vozes, confinadas ao silêncio por todo tipo de viezes classistas e de racistas que permeiam a discussão sobre políticas públicas, revelam alguns dos termos e das categorias pelas quais as mulheres pobres e as mulheres de cor compreendem e dão sentido à idéia de direitos, incluindo os direitos reprodutivos e, a partir dessa concepção, adotam estratégias para agir conforme suas próprias compreensões.

Neste estudo, todas as mulheres participaram de grupos, embora de diferentes formas e com objetivos diversos. As participantes de Soperton, todas afro-americanas, estão envolvidas em graus variados com uma loja de costura e um centro de treinamento coordenados por Cora Lee Johnson, uma ativista carismática, com o objetivo de capacita-las para a obtenção de trabalho temporário em fábricas localizadas

---

[2] O termo "pessoas de cor" tem sido amplamente adotado nos Estados Unidos como referência a pessoas de herança ou cultura indígena, africana, latino-americana ou asiática.

* De modo a ser fiel ao contexto político no qual a pesquisa foi realizada nos EUA, optamos por traduzir "women of colour" como "mulheres de cor", embora tenhamos consciência de suas implicações políticas no contexto brasileiro. Esperamos, portanto, que tal termo seja compreendido nos limites estritos do contexto de pesquisa norte-americano. (Nota das Editoras Brasileiras).

[3] Os tíquetes-refeição referidos aqui são vales emitidos pelo Estado que equivalem a um valor fixo e podem ser trocados por itens de alimentação básica em supermercados ou lojas locais.

nas cidades próximas. De acordo com suas próprias palavras, Johnson aprendeu "qual é a lei e qual é o sistema" e agora luta por tíquetes-refeição, habitação e benefícios sociais para sua comunidade.[4] As participantes dominicanas de Washington Heights são membros de dois grupos diferentes: a Alianza Dominicana, uma grande organização cultural e de serviços que atende tanto homens quanto mulheres; e um projeto feminista em prol da saúde e da garantia de direitos sediado no Centro Dominicano para Mulheres. Além da decisão de imigrarem para os Estados Unidos, as mulheres de ambos os grupos compartilham uma história de migração rural-urbana dentro da própria República Dominicana. Na maior parte dos casos, foram elas mesmas que iniciaram esse processo. Como uma das participantes explicou: "Qualquer uma que tivesse progredido traria as outras... Se uma de nós saiu de um lugar e se deu bem, ela diria às outras e elas iriam atrás... Eu estudei, eu comecei a trabalhar e então comecei a trazer todo mundo para a cidade".

As participantes do District Council 37 estão todas inscritas em um programa de graduação universitária patrocinado pelo sindicato.[5] Elas residem em diferentes partes da cidade de Nova York e incluem afro-americanas, caribenhas, latinas e mulheres brancas. Elas também refletem a história nacional de migração e imigração. Algumas vieram do sul dos Estados Unidos; outras, de Porto Rico ou de outras partes do Caribe. Suas histórias familiares falam das transformações econômicas e sociais dos últimos cinqüenta anos: "Meus pais vieram da Carolina do Sul", disse uma delas. "Meu pai foi o primeiro a vir para a cidade de Nova York. Ele trouxe minha mãe junto. Ele casou com ela aqui, quando ela se tornou maior de idade, porque, quando ela veio, ela tinha dezesseis anos. Eles trouxeram junto a cultura e os costumes deles e foi assim que eles criaram os filhos." Uma outra disse: "Meu pai e minha mãe vieram da Virgínia e da Carolina do Sul. [A vida] era difícil porque eles eram meeiros. Eles dependiam de outras pessoas para ter dinheiro". Outra ainda: "Eu vim para cá com meus pais... Meus bisavós foram trazidos da Índia para trabalhar praticamente como escravos na Guiana e, depois que a escravidão acabou, eles começaram um negócio de óleo de coco".

Apesar de compartilharem antecedentes de pobreza, as escolhas nas vidas dessas mulheres foram muito diferentes em cada uma das três comunidades. O fator primário na formação dessas escolhas foi econômico: embora poucas tenham uma renda de classe média e a maioria trabalhe em empregos não-profissionais, as do sindicato

---

[4] O District Council 37 é o maior dos sindicatos que compõem a Federação Americana de Empregados do Estado, Condado e Municípios (American Federation of State, County and Municipal Employees-AFSCME) e compreende muitos sindicatos locais, incluindo o dos Trabalhadores Auxiliares dos Serviços Públicos; as mulheres formam a maioria de seus membros.

[5] O District Council 37 é o maior dos sindicatos que compõem a Federação Americana de Empregados do Estado, do Condado e Municipais (AFSCME) e compreende muitos sindicatos locais, incluindo o dos Trabalhadores Auxiliares dos Serviços Públicos; as mulheres formam a maioria de seus membros.

têm empregos estáveis, com seus benefícios de saúde e aposentadoria garantidos, ao passo que as mulheres das outras duas comunidades dependem de empregos sazonais ou de tempo parcial, sem quaisquer benefícios. Em segundo lugar, embora todas as participantes fossem membros de algum tipo de grupo, tornou-se evidente que a natureza do grupo influenciava a consciência que as mulheres tinham sobre si mesmas, tanto como cidadãs quanto como mulheres e, da mesma forma, variava sua percepção sobre direitos. Em geral, aquelas que se reuniram para ter acesso a serviços públicos ou compartilhar experiências tinham menos confiança em si próprias e estavam menos seguras quanto aos seus direitos do que aquelas que participavam de grupos que politizavam o contexto do trabalho, da educação e das relações de gênero. Um terceiro fator foi a natureza da relação que essas mulheres foram capazes de estabelecer com as comunidades em que viviam. Para algumas delas, a sobrevivência dependia da família e da comunidade, enquanto para outras sobreviver exigiu um rompimento. Assim, a despeito dos antecedentes de pobreza e das dificuldades compartilhados por essas mulheres, as vidas daquelas que ficaram no Sul das pequenas cidades são muito diferentes das vidas das mulheres que se mudaram para a cidade grande, o que oferece um contraste vívido entre aquelas que são capazes de perseguir seus sonhos e aquelas que não o são.

Este capítulo delineia as relações entre educação e acesso a emprego, a participação em grupos organizados e as escolhas que fazem as mulheres pobres quando têm oportunidades e aquelas que fazem quando não as têm. As problemáticas dos direitos e da identidade estão profundamente entrelaçadas com as problemáticas de raça, religião e cultura, que às primeiras se sobrepõem, assim como às questões ligadas ao trabalho e educação, pobreza e bem-estar social. Ao esmiuçar as histórias dessas mulheres, este capítulo busca desembaraçar essas forças a fim de identificar como essas mulheres percebem e compreendem seus direitos, particularmente no campo da reprodução; o que lhes dá forças para desafiar as desigualdades a fim de obter o que a si atribuem como um direito; e o que as faz se submeterem às mesmas desigualdades como se fossem um destino insuperável.

O processo de pesquisa

A equipe de pesquisa dos Estados Unidos foi formada por cientistas sociais, militantes dos direitos das mulheres, ativistas de saúde básica e profissionais de saúde.[6] Por reconhecerem que as atitudes e crenças das mulheres pobres, especialmente as de mulheres de cor, acabam com freqüência se perdendo em

[6] A pesquisa de campo foi organizada e conduzida na Geórgia por Dianne Jntl Forte, Junee Barringer Hunt e Gejuanna Smith; em Washington Heights por Eugenia Acuña e Graciela Salvador-Davila; e no District Council 37 por Evelyne Longchamp, com apoio institucional do Projeto Nacional de Saúde da Mulher Negra. Vilma Ramirez, Rosa Lavergne e Margarita Asha Samad-Matias deram assistência de

(Cont.)

discussões sobre direitos reprodutivos, a equipe decidiu se concentrar nas mulheres que participavam de grupos organizados, acreditando que elas poderiam melhor articular tais crenças, de tal modo que viesse a influenciar os termos da discussão. Foram selecionadas comunidades que as pesquisadoras conheciam bem, ou com as quais mantinham relações de trabalho, onde foram conduzidas entrevistas em profundidade, entrevistas semi-estruturadas e histórias de vida, complementadas com sessões de grupos focais facilitadas por voluntárias de cada uma das organizações.[7] As mulheres foram estimuladas a falar sobre suas histórias reprodutivas, suas famílias, seus antecedentes profissionais e educacionais, seus ideais culturais e religiosos, suas aspirações pessoais, os problemas que enfrentam e, sobretudo, do que precisam.

As pesquisadoras compartilhavam a noção de que o debate público sobre saúde e escolhas reprodutivas freqüentemente fracassou em reconhecer que a reprodução não se limita ao controle da fecundidade. Mais do que isso, e de forma central, ela é determinada pela presença ou ausência de outras opções para definir o que é a vida adulta para as mulheres. A reprodução está "incrustada na situação de vida dessas mulheres e é moldada não apenas por condições médicas, mas também por forças sociais e relações de poder que vão desde o nível da família até o das instituições internacionais" (Obermiller, 1994: 42). Concordamos com Petchesky (1990) quanto ao fato de que as condições estruturais contribuem pesadamente para as altas taxas de abortamento e de gravidez de adolescentes que diferenciam os Estados Unidos da maioria dos países industrializados: falta de serviços públicos de saúde universalizados, pobreza e desigualdades persistentes que levam à falta de esperança no futuro e uma ambivalência generalizada em relação à sexualidade feminina na mídia e na cultura política. Por essas razões, as dinâmicas de raça, classe e gênero permanecem como fatores críticos na discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos.

Compreendíamos, porém, que não necessariamente as mulheres estudadas iriam interpretar suas experiências reprodutivas específicas como moldadas por

---

várias maneiras à pesquisa, enquanto Tola Olu Pearce contribuiu com um importante aconselhamento como consultora da pesquisa. Um estudo-piloto, conduzido por Patricia Antoniello, foi realizado nos Apalaches e contribuiu com valiosas comparações com mulheres pobres brancas (veja Antoniello, 1994). Mary Lefkarites, Nondita Mason, Patricia Antoniello e Dianne Jntl Forte atuaram como coordenadoras nacionais em diferentes estágios.

[7] Foram reunidas informações a respeito de 35 mulheres da loja de costura de Soperton; de 29 da Alianza Dominicana; de 16 do projeto de saúde dominicano; e de 50 mulheres de duas classes separadas do programa de crédito universitário do sindicato. Com o objetivo de se obter uma variedade ainda maior de perspectivas e experiências, foram entrevistadas mais sete líderes comunitários/as em Soperton, do xerife a um administrador de clínica de saúde, embora eles não tenham sido incluídos na base de dados da pesquisa. As participantes constituíram-se de adolescentes a mulheres idosas, e todas, exceto duas, eram mulheres de cor.

políticas públicas e condições econômicas, educacionais e sociais e que, por isso, nosso desafio seria fazer as conexões entre as vidas e as escolhas reprodutivas dessas mulheres e o contexto mais amplo no qual elas se deram. É relativamente comum que as feministas considerem as mulheres pobres como impotentes, não percebendo os modos pelos quais essas mulheres criam suas próprias maneiras de assegurar seu poder. As mulheres cujas vozes estão apresentadas aqui desafiam as noções tradicionais de que mulheres pobres e marginalizadas são vítimas indefesas do sexismo, do racismo e da desigualdade de classe. Elas são sobreviventes, lutando para evitar que sejam esmagadas ou paralisadas pela brutal e diária luta pela sobrevivência, dignidade e para manterem sua própria identidade.

Raça, religião e cultura

Historicamente, os Estados Unidos rurais e o Sul das pequenas cidades apresentam uma cultura e consciência de si bastante semelhantes, que persistem hoje como um conjunto coerente de conceitos, valores, tradições e atitudes. Este conjunto caracteriza-se pelo localismo, violência, religiosidade, conservadorismo político, racismo, pobreza e o legado do sistema de latifúndios, sustentado por duzentos anos da escravidão africana que começou no século XVII (Hill, 1988: 37). Ao longo de sua história, o Sul manteve a ordem através da deferência e autoridade consuetudinárias através das quais todos os brancos detinham poder informal de polícia sobre todos os negros. Por toda a região, que contém um número desproporcional de pobres em relação ao restante da nação, os negros que vivem na área rural são ainda, em sua maioria, muito pobres e subescolarizados, sendo que alguns permanecem ainda bastante isolados da sociedade.

Assim, a problemática racial é central para o entendimento sobre a forma como os direitos são construídos no Sul rural. Em nenhum lugar isso é mais verdadeiro do que em Soperton, Geórgia, uma cidadezinha de três mil habitantes localizada no Condado de Treutlen, a três horas e meia da capital do Estado, Atlanta. Embora, na superfície, negros e brancos convivam pacificamente, um dos habitantes afirma que, para ver a realidade, você tem que viver lá:

> Se você for ao banco e olhar em volta, vai ver que não há negros nos bancos. Eles tinham só uma garota negra... eles disseram que deram por falta de algum dinheiro e ela foi despedida. Depois que ela foi demitida, o dinheiro apareceu... Só duas lojas na cidade têm negros trabalhando nelas. Na fábrica onde eu trabalho, não tem supervisores negros, e alguns negros trabalharam lá durante trinta anos.

Embora os brancos constituam 66% do condado e quase 78% do Sul como um todo, a população de Soperton é praticamente dividida igualmente entre brancos e

negros.[8] A cidade tem sido governada pelas mesmas três famílias brancas desde sua criação e o regime de integração racial só chegou às escolas em 1970. A integração racial nas escolas[9] ocasionou algumas brigas e alguns xingamentos, mas não houve nenhuma violência em larga escala. Soperton continua a ter um baile de formatura para alunos negros e um outro para alunos brancos; e comenta-se que esse último é secretamente patrocinado pela escola. A segregação na habitação é bem marcada, e a "elite" negra, embora não tenha se mudado para a área exclusivamente branca, tem sua própria área residencial. Os negros e os brancos também freqüentam igrejas separadas. Outro aspecto do racismo se revela nos casamentos inter-raciais. Uma das participantes ressaltou: "Não há casamentos inter-raciais em Soperton, mas apenas uns namoricos inter-raciais. Se um cara negro está saindo com uma garota branca, alguns dos brancos querem colocar a polícia atrás dele. Mas se um cara branco está saindo com uma garota negra, ninguém fala nada".

Nos tribunais, de acordo com alguns habitantes, as sentenças também sofrem com o preconceito de raça; um branco se safará da prisão enquanto um negro irá para a cadeia pelo mesmo crime.[10] Em 1994, a única piscina pública de Soperton era apenas para brancos. Em uma ação pouco habitual de resistência, os negros assinaram uma petição para conseguir uma piscina só para negros. O dinheiro foi alocado, mas nunca se construiu qualquer piscina. Outras tentativas de se alterar o *status quo* também falharam. De muitas formas, é como se o movimento pelos direitos civis tenha se esquecido de passar por essa cidade.

Washington Heights, uma comunidade de pouco menos de duzentos mil habitantes, em um distrito da cidade de Nova York, é, por contraste, extraordinariamente dinâmica. Um total de 44% da população veio da República Dominicana, uma predominância que dotou essa vibrante comunidade do nome "Quisqueya Heights", por causa do nome indígena de sua ilha natal. As ruas de Washington Heights são virtualmente um mercado, onde se oferece iúca e abóbora, manga e mamão, velas e flores, brinquedos e pilhas do lado de fora de pequenas lojas de proprietários dominicanos, serviços de transferência de dinheiro, auto-escolas e agências de viagem. A língua espanhola domina as ruas, orquestrada por merengues (música e dança

---

[8] O Sul dos Estados Unidos é formado por onze estados: Alabama, Arkansas, Flórida, Geórgia, Louisiana, Mississippi, Carolina do Norte, Carolina do Sul, Tennessee, Texas e Virgínia, com uma população total de 85.446.000 habitantes, dos quais 76,8% são brancos, 18,5% são negros, 0,7% são americanos nativos, 1,3% é asiático do Pacífico e 7,9% são hispânicos (Escritório Americano do Censo 1991). Desde o final dos anos 60, a taxa de crescimento da população no Sul tem sido maior do que a de outras regiões do país.

[9] Nota do Tradutor: Integração racial é uma expressão que se refere à convivência entre negros e brancos em espaços públicos.

[10] Esse é um padrão comum e bem documentado nos Estados Unidos, onde um em cada três homens negros com idade entre 18 e 25 anos já teve alguma experiência com o sistema criminal de justiça.

típicas da República Dominicana) soando alto a partir de um sem-número de lojas ou carros estacionados. Localizada no coração da maior área urbana do país, onde a luta pelos direitos civis tem uma longa história, a comunidade dominicana é intensamente politizada. A primeira leva de imigrantes dominicanos seguiu-se à invasão americana da República Dominicana em 1965, quando um levante para restaurar um presidente populista no poder foi sufocado pelos militares e causou medo à elite governante da "revolução". Como um reflexo de sua cultura altamente politizada, muitos dominicanos dividem suas vidas em "antes da revolução" e "depois da revolução". Muitos sonham em voltar para casa, e muitos de fato voltam, após terem terminado seus estudos ou terem economizado dinheiro suficiente para construir uma casa.

Em 1990, 30% da população da cidade de Nova York, de sete milhões de habitantes, era de imigrantes recentes. Enquanto que anteriormente ao Ato de Imigração e Nacionalidade dos Estados Unidos, de 1965, a maioria dos imigrantes era originária da Europa e de outras partes da América do Norte, desde 1965 a proporção de imigrantes da Ásia, América do Sul e África cresceu enormemente, sendo o maior aumento do Caribe e da América Central. Além disso, um total de 40% dos imigrantes caribenhos e 35% dos da América do Sul fixaram residência na cidade de Nova York, incluindo 60,8% de todos os imigrantes dominicanos. Os dominicanos representam a proporção mais alta de imigrantes para a cidade de Nova York durante os anos 80 — levemente maior do que um sexto do total (NYC DCP, 1992a).

Embora as proporções de sexo variem entre os imigrantes de diferentes países, no geral, imigrantes do sexo feminino superaram os de sexo masculino em Nova York durante os anos 80, basicamente por causa da demanda por trabalhadores domésticos e da indústria de vestuário. Entre os dominicanos, a proporção foi de 100:94 em 1989. De acordo com o Departamento de Planejamento Urbano da Cidade de Nova York (NYC DCB, 1992a:73), as mulheres têm sido, crescentemente, as "imigrantes pioneiras, que estabelecem 'pontes' para imigrações subseqüentes". Essas mulheres, então, economizam dinheiro para patrocinar a vinda de suas famílias e de outros imigrantes. Diferentemente das imigrantes do passado, elas não dependem de seus maridos para conseguir o *Green Card*, a permissão americana para residir e trabalhar no país. Ao contrário, a condição de "pioneira", embora difícil, contribui para uma noção positiva de identidade e autoridade para essas mulheres imigrantes.

A organização e participação políticas é um modo de vida para a comunidade dominicana, tanto para as mulheres quanto para os homens. Mesmo os que não podem votar participam nas campanhas e nas panfletagens. A comunidade, inclusive, já elegeu um membro do Conselho da Cidade de Nova York. As mulheres também já formaram suas próprias organizações, incluindo o Centro de Desenvolvimento das Mulheres Dominicanas e a realização do Encontro Eleitoral das Mulheres Dominicanas. Algumas poucas são ativas na LatiNegra, uma organização de mulheres negras latino-americanas da cidade de Nova York. Dessa forma, enquanto a

comunidade ainda espera que as mulheres passem a vida cuidando dos homens, as expectativas das mulheres para si mesmas têm mudado: "As mulheres deveriam sair de casa para se organizar" ou "As mulheres deveriam estar na escola", são afirmativas de algumas das participantes da pesquisa.

Pode ser surpreendente que, nessa comunidade altamente politizada, algumas das participantes, muitas das quais negras, digam que o racismo não é uma de suas preocupações principais. Com a segunda maior população de latinos da cidade (64,4%), esse bairro é, também, a casa de porto-riquenhos, cubanos, mexicanos e centro-americanos, bem como a dos dominicanos. Os latinos também compartilham esse distrito com afro-americanos e brancos e com um número crescente de judeus russos (Garfield e Abramson, 1994). Assim, diferentemente do Sul, onde o racismo é negro *versus* branco, em Washington Heights, a discriminação opera por diferentes vias, incluindo língua, cultura e religião, bem como a cor da pele. Ao serem perguntadas sobre racismo, as participantes disseram, majoritariamente, que sofrem discriminação por causa de seu idioma.

O papel da religião na vida dos imigrantes dominicanos vem passando por mudanças sutis. Embora virtualmente todas as mulheres tenham sido criadas como católicas, muitas estão se distanciando da Igreja. Elas podem até ir à missa, mas a Igreja já não mais determina suas decisões, incluindo aquelas relacionadas a casamento e filhos. Quando muito, a Igreja lhes oferece uma identidade social genérica. Assim, uma mulher dominicana que não é mais uma católica praticante disse: "Eu sou uma mãe solteira... mas, se um dia eu me casar, quero que seja com um homem que seja da Igreja Católica". Para muitas, os ensinamentos da Igreja são mediados pela família. As mulheres que precisam de conselhos os buscam mais junto a seus parentes e amigos do que junto a um padre. Para as mulheres mais jovens, mais influenciadas por seus pares, até mesmo os problemas estão mudando. As garotas que crescem em Nova York já não são mais tão protegidas como suas mães, que cresceram na República Dominicana; elas freqüentam oficinas de liderança e de orientação sexual que jamais teriam sido possíveis em sua terra natal.

Em Soperton, por outro lado, onde a maioria dos residentes pertence ou à Igreja Batista ou à Pentecostal, a religião exerce um papel fundamental na manutenção das normas da comunidade. Um ministro pentecostal reconheceu o racismo da cidade, mas afirmou que "O inimigo verdadeiro é o demônio". Após fazer um comentário sobre quanta terra os negros já tiveram e perderam, ele disse: "Em Cristo há a verdadeira liberdade... através de Cristo há justiça". Esse homem parece acreditar que Deus dá às pessoas brancas e aos homens de todas as raças o direito de governar: "Você pode olhar em volta e ver que foi Deus que os colocou em suas posições", disse ele. "Lembro de uma escritura em particular que diz que as promoções vêm do Senhor — algumas delas são estranhas, mas tem o dedo de Deus ali." E, no que diz respeito à família, ele diz: "O homem é quem deve dar a palavra final".

A igreja dos negros, especialmente no Sul, tem se constituído historicamente como a agência primária de socialização, educação, de saúde e bem-estar social, bem como o local de resistência à dominação branca e, para muitos, é a única arena na qual eles podem tomar decisões de forma autônoma (Quarles, 1989). Hoje, depois de ter perdido muitas dessas funções, ela permanece sendo a rocha onde se busca a salvação religiosa, bem como o nexo social e cultural da vida dos negros. Isso é especialmente verdadeiro em Soperton, onde não há cinemas ou centro recreacional e, com exceção de um festival anual de artesanato, criado por uma companhia estrangeira de peças de madeira, só há atividades sociais patrocinadas pela Igreja. Não é surpreendente, portanto, que muitas das participantes vejam a religião como parte de seus direitos; uma afirmou que "Um direito só é um direito se for *direito*", enquanto outra falou sobre um "direito a Jesus". Nunca houve grupos de mulheres em Soperton e as mulheres raramente têm vida social fora da Igreja.

Emprego, pobreza e bem-estar

Apesar das diferenças religiosas e culturais, a escolaridade e as oportunidades de trabalho das mulheres em Soperton e em Washington Heights são marcadamente similares, comprimidas pelas mesmas forças econômicas que, cada vez mais, separam os ricos e os pobres do país. De fato, os Estados Unidos são, agora, caracterizados por uma das maiores distâncias entre ricos e pobres e possuem um dos mais altos níveis de pobreza do mundo industrializado. De 1979 a 1993, com as sucessivas ondas de cortes em folhas de pagamento, tanto no setor público quanto no privado, os salários reais dos 20% de maior renda cresceram 10,4%, enquanto que os dos 20% de menor renda caíram (Gordon, 1996). Hoje, o número de americanos vivendo na pobreza está próximo de 50 milhões de pessoas, ou 19% da população (UNDP, 1997). Mais e mais mulheres entraram no mercado de trabalho, ocupando-se primariamente em indústrias de serviços com baixos salários e, cada vez mais, em empregos de meio expediente, temporários ou por contratos de curta duração, chegando a ter dois ou três empregos para conseguirem o necessário para se manter.[11] Durante os anos 80, na medida em que os empregos nas fábricas desapareciam, os salários dos trabalhadores homens caíram vertiginosamente, o que gradualmente reduziu a distância entre os salários dos homens e os das mulheres nesse período (Mishel, Bernstein e Schmitt, 1996). Mesmo assim, em 1995, os ganhos anuais das mulheres trabalhadoras em tempo integral foram de apenas 71,4% dos ganhos dos homens, enquanto que os de mulheres negras compreenderam 64,2% e os das latinas,

---

[11] Atualmente, as mulheres perfazem 46% da força de trabalho, mas constituem dois terços dos trabalhadores de meio expediente e temporários (US DOL, 1996). As mulheres contribuíram com 85% do aumento do número de trabalhadores que possuíam múltiplos empregos de 1989 a 1995 (Mishel, Bernstein e Schmitt, 1996).

apenas 53,4% dos ganhos dos homens brancos (Departamento de Comércio dos Estados Unidos, Escritório do Censo, 1996).[12]

Desde os anos 50, o Sul tem sido um ótimo local para a instalação de fábricas, tanto domésticas quanto estrangeiras, em função dos custos mais baixos da mão-de-obra, dos impostos reduzidos e dos poucos sindicatos que lá atuam (Foust, 1993). O Sul dos Estados Unidos reproduz a mesma dinâmica do comércio internacional e do capital corporativo global, que caracteriza a economia dos países em desenvolvimento. No Sul de hoje, onde a taxa de crescimento do emprego excede o da nação como um todo, um em cada quatro trabalhadores da indústria recebe seu cheque de pagamento das mãos de um empregador estrangeiro. Ainda existem restrições sobre os sindicatos, o que ajuda a manter os salários baixos e uma alta taxa de empregos de meio expediente ou sazonais, sem benefícios. Hoje, os estados do Sul ainda se perfilam entre os piores da nação em termos de indicadores de progresso social, tais como analfabetismo, gastos públicos com educação e mortalidade infantil.

O trabalho com baixa remuneração é também um problema da comunidade dominicana de Washington Heights. Em 1996, a cidade de Nova York ainda estava emergindo de uma severa recessão regional. O emprego havia caído 9,3% de 1989 a 1993, uma perda de 334.000 empregos (Departamento de Comércio dos Estados Unidos, Escritório do Censo, 1993), ampliando a distância entre a força de trabalho escolarizada e bem preparada, cujos ganhos chegaram a aumentar, e a população mais pobre, que enfrenta o desemprego com maior frequência e que reúne poucas das habilidades profissionais exigidas para se obter emprego nas indústrias de alta tecnologia da cidade.

Durante as três últimas décadas, na medida em que a cidade de Nova York foi se tornando o centro mais importante da expansão tecnológica global, os imigrantes têm preenchido a crescente demanda por trabalhadores domésticos e de serviços de baixa remuneração, especialmente na indústria de vestuário. Os sindicatos foram lentos em suas tentativas de organização nesses setores, os quais são pesadamente dominados por mulheres e imigrantes. Diferentemente dos empregos do setor público, que têm oferecido uma nova segurança econômica para muitas mulheres, especialmente negras e latinas, o mercado informal de trabalho, aberto às mulheres imigrantes, provê muito menos estabilidade de emprego, com salários bem mais baixos e nenhum tipo de benefício. Em Washington Heights, 59% dos homens e 39,3% das mulheres informaram estar trabalhando: 49%, em empregos no setor de serviços (hospitais, trabalhos domésticos, hotéis, restaurantes, creches ou como babás), 18%, em fábricas e 10%, em

[12] Se calculados sobre uma base semanal, em vez de uma base anual, os ganhos das mulheres foram de 75,5% dos ganhos dos homens, mas essas estatísticas falham por não incluírem bônus e horas extras, elementos que beneficiam, básicamente, os trabalhadores homens (US DOL, 1996).

apoio administrativo. Além disso, 44% das casas de Washington Heights eram chefiadas por mulheres solteiras. Como resultado, 30% da população desse distrito tinha renda inferior à do nível de pobreza e 34% recebia alguma forma de complementação de renda por parte do governo (Garfield e Abramson, 1994).[13]

Assim, uma grande percentagem dessa população, tanto em Soperton quanto em Washington Heights, poderia ser oficialmente classificada como "pobre" — uma categoria crescente nos Estados Unidos. No país como um todo, nos anos 90, a proporção da população vivendo na pobreza excedeu a referente às três décadas anteriores. Em 1992, 14,5% da população norte-americana (mais de 36 milhões de pessoas) foi classificada como pobre, baseado apenas na renda anterior à cobrança dos impostos. Embora o número de brancos vivendo na pobreza exceda o número de outros grupos étnicos, as proporções são muito mais altas para esses grupos. Comparados a 11,6% dos brancos, 33,3% dos negros e 29,3% dos hispânicos vivem na pobreza. A taxa de pobreza é mais alta entre famílias chefiadas por mulheres solteiras. Metade de todas as famílias monoparentais vive nessa condição e casas chefiadas por mulheres solteiras perfazem 38,7% de todas as famílias na pobreza. Na cidade de Nova York, os benefícios sociais são majoritariamente pagos a famílias monoparentais e com crianças e quase 30% das crianças da cidade são pobres (Departamento de Comércio, Escritório do Censo, 1993).

O programa de benefícios sociais básicos, o Ajuda a Famílias com Crianças Dependentes (AFDC), tem, desde 1950, alocado fundos para os dependentes-crianças, bem como para as mães pobres que delas cuidam. No período de realização da pesquisa, a legislação federal garantia que todos aqueles que apresentassem as condições requeridas para se candidatar a essa assistência pública poderiam receber benefícios mensais, embora, a depender do estado, houvesse uma grande variação nos valores desses benefícios.[14] Desde então, um ato nacional de reforma do sistema de bem-estar social, aprovado em 1996, dá aos estados uma soma fixa para ser gasta em benefícios, baseando-se em uma avaliação única das necessidades locais, o que impõe limites rígidos para a duração dos benefícios, nega benefícios para usuários de drogas e imigrantes ilegais e permite aos estados negá-los também a imigrantes legais.[15]

---

[13] No plano nacional, o nível de pobreza estava estimado em US$ 15.141,00 para uma família de 4 pessoas em 1995. Por causa do alto custo de vida numa cidade como Nova York, seu nível de pobreza é estimado em 125% do nível federal.

[14] As condições para uma família se candidatar a esse tipo de assistência, bem como os níveis de benefícios, sempre foram determinados pelos estados. Em 1992, o benefício médio do AFDC para uma família de 3 pessoas era de US$ 372,00 por mês, quase 40% do nível oficial de pobreza (Comissão Nacional da Criança, 1993).

[15] A duração dos benefícios varia, dependendo dos estados; em Nova York ela é de cinco anos, enquanto que na Geórgia é de dois anos. Os imigrantes legais podem se candidatar a essa assistência no Estado de Nova York, dependendo da data de chegada, e os imigrantes idosos e os deficientes podem também receber tíquetes-refeição.

No entanto, esse apoio às mulheres e às crianças pobres tem causado controvérsias praticamente desde a criação desse programa. Começando no final dos anos 70, ao mesmo tempo em que a distância entre ricos e pobres passou a crescer, os ataques ao sistema de benefícios sociais — conhecido como um "programa de atribuição de direitos" — e àqueles que dele dependem tornaram-se mais orquestrados, o que resultou em uma aceitação cada vez maior de que a pobreza é mais um problema individual do que social, um sinal de fracasso e de inadequação pessoais. Os benefícios foram crescentemente vinculados a exigências de trabalho, reforçando a mensagem de que aqueles que os recebem os procuram porque não querem trabalhar e não porque não conseguem emprego. Tudo isso tem provocado sentimentos profundamente ambivalentes entre muitos beneficiados, afetando suas próprias concepções a respeito daquilo que lhes é de direito (Abramovitz, 1996). Nesse estudo, poucas participantes reconheceram que dependiam desses benefícios, a menos quando perguntadas diretamente, o que não nos surpreendeu. Em Soperton, elas se definiram em termos dos trabalhos que já tiveram, ou que ainda esperavam ter, como trabalhadoras da indústria do vestuário ou secretárias, mesmo quando estavam desempregadas ou recebendo benefícios sociais.

Filiação a um sindicato e segurança no emprego

Nesse contexto, os sindicatos — que após décadas de ataques combinados do governo e das empresas, agora representam menos de 15% dos trabalhadores do país —, começam a se dedicar à organização de mulheres e minorias, que, cada vez mais, formam a força de trabalho da cidade de Nova York. Boa parte de sua força está no setor público, no qual, em conseqüência das políticas de ações afirmativas governamentais, mulheres e minorias têm encontrado empregos relativamente bons, com benefícios seguros. Em meados dos anos 80, 24% das mulheres empregadas no governo eram mulheres de cor, comparado com 14% de todas as mulheres empregadas (Bell, 1985).[16]

Embora as mulheres trabalhem em todas as áreas do governo, a maioria tem empregos nas áreas de educação, saúde, serviço social e administração. Dado o caráter do serviço público associado a certas profissões tradicionalmente femininas — como educação, biblioteconomia e serviço social —, as mulheres empregadas no governo têm muito mais chances de obter empregos classificados como profissionais do que as mulheres que trabalham no setor privado. Mas as trabalhadoras das áreas administrativas também estão sobre-representadas no setor público, formando 42% da sua força de trabalho, comparada com 35% na economia como um todo. Além disso, o salário médio de uma servidora pública de tempo integral é o mesmo de

[16] As políticas de ação afirmativa, agora sob ataque, determinam que raça e gênero deveriam ser considerados como atributos adicionais para as oportunidades de educação e emprego.

qualquer outra trabalhadora de tempo integral. O trabalho feminino no governo oferece maior segurança e melhores benefícios do que aqueles oferecidos pela indústria ou pelo setor de serviços (Eaton, 1992).

Até os anos 70, qualquer esforço organizado e direcionado especificamente para as mulheres era praticamente inexistente, mas, rapidamente, as mulheres assumiram papéis de liderança nos sindicatos do setor público e os assuntos de seu interesse tornaram-se mais proeminentes nas agendas desses sindicatos. O sucesso das mulheres, aqui, reflete não apenas a força dos sindicatos no setor público e uma maior entrada das mulheres nesse segmento, mas também as concepções e os esforços determinados das feministas nos movimentos de trabalhadores. No final dos anos 80, mais de 40% das 7,7 milhões de trabalhadoras do setor público estavam representadas por um sindicato ou por uma associação trabalhista — duas vezes mais do que o encontrado entre os homens trabalhadores na economia americana (Eaton, 1992).

O District Council 37, que sedia o maior sindicato local de empregados públicos do país, representa 130.000 trabalhadores da cidade de Nova York, a maioria dos quais são mulheres que trabalham como servidoras em funções administrativas e paraprofissionais. Dando continuidade à tradição dos sindicatos progressistas, as mulheres têm sido bem sucedidas em chamar a atenção das lideranças para um número importante de novos temas, incluindo salário igual para trabalho igual ou equivalente, iguais oportunidades para o acesso a empregos não-tradicionais, geralmente com melhores salários, escalas de trabalho flexíveis e criação de planos de carreira para promoção, treinamento e melhoria da capacitação profissional.[17] Recentemente, um Comitê para Assuntos de Interesse de Lésbicas e Gays impeliu o sindicato, com sucesso, a negociar um acordo com o governo da cidade para incluir as parceiras das mulheres no plano de saúde dos membros do sindicato.

Hoje, com os cortes nos programas governamentais, os sindicatos do setor público concentram-se mais em assuntos chamados "pão com manteiga", ou seja, aqueles relacionados aos empregos e benefícios. Uma vez que as mulheres, incluindo as de cor, são as mais recentes contratadas do setor público, são elas também as mais vulneráveis às demissões. Ao mesmo tempo que as mulheres têm conquistado posições de liderança nos sindicatos, elas não podem se dar ao "luxo" de levantar questões que sejam exclusivas das mulheres trabalhadoras e, então, estas são deixadas de lado. No entanto, os sindicatos do setor público permanecem fortes nas questões de

---

[17] Nos anos 90, apesar de a legislação já determinar o salário igual para trabalho igual, as mulheres ainda ganhavam menos que os homens, basicamente porque elas ainda estão esmagadoramente segregadas a trabalhos classificados como "trabalhos de mulher", que são menos valorizados do que os trabalhos feitos por homens e requerem o mesmo nível de capacitação ou qualificação. A campanha por igualdade salarial não busca apenas tornar os salários equivalentes, mas também romper com padrões persistentes de segregação profissional.

discriminação racial e têm se tornado mais firmes na defesa das ações afirmativas. Todas as participantes do programa de educação valorizam a segurança obtida com a participação no sindicato. Como diz uma participante que sofreu discriminação racial em um trabalho anterior: "Com o sindicato, você tem alguém para contra-atacar por você. Em um trabalho sem o sindicato, você está lá... você só trabalha, você só faz o que eles te dizem para fazer, você não tem direito nenhum".

Direitos reprodutivos: visão geral

Foram as feministas dos Estados Unidos que cunharam o termo *direitos reprodutivos* no final dos anos 70, enfatizando as condições e os recursos que possibilitam as decisões reprodutivas individuais. O termo refletia a compreensão das diversas perspectivas existentes entre mulheres com diferentes antecedentes raciais e de classe e reconhecia que o controle significativo sobre a reprodução vai muito além do direito ao aborto. As feministas radicais insistiam que apenas a legalização do aborto garantiria, à maioria das mulheres oprimidas, o controle sobre sua reprodução, evidenciando a conexão entre sexualidade liberada e autoridade sobre a reprodução por parte das mulheres (Echols, 1989; Fried, 1990). Mais tarde, no entanto, em grande parte devido à liderança das mulheres de cor, quase todos as defensoras dos direitos reprodutivos perceberam que o direito ao aborto não poderia separar-se do direito à gravidez segura, do direito de não ser esterilizada ou do direito ao acesso à assistência à saúde. As campanhas pelos direitos reprodutivos para mulheres pobres, do meio rural e para mulheres de cor, insistiam que todas as mulheres deveriam ter "a capacidade de escolher se, quando, como e com quem elas teriam seus filhos" (Davis, 1990; Tervalon, 1988; Fried, 1990). Atualmente, a agenda dos direitos reprodutivos inclui acesso à educação, ao trabalho, a creches, habitação e cuidados de saúde, bem como o direito ao aborto, à contracepção e à não-esterilização.[18]

O movimento pelos direitos reprodutivos definiu o direito à escolha em termos não apenas de liberdade legal, mas também de recursos econômicos e condições sociais que tornassem essa escolha possível, o que ampliou a sua habilidade de influenciar a opinião pública. Seu sucesso, porém, confrontou-se com uma forte e organizada oposição, animada pelo surgimento de leis que permitiam o aborto em Nova York e na Califórnia, em 1970 e 1971, e especialmente pela decisão da Suprema Corte, que, em 1973, legalizou o aborto sob a alegação do direito constitucional à

[18] O Projeto Nacional de Saúde da Mulher Negra (National Black Women's Health Project), a Parceria das Mulheres de Cor da Coalizão Religiosa para o Direito ao Aborto (Women of Color Partnership of the Religious Coalition for Abortion Rights), a Mesa Redonda Latina (Latina Roundtable), a Organização Nacional de Saúde Latina (National Latina Health Organization), a Rede Nacional de Direitos Reprodutivos (Reproductive Rights National Network) e o Comitê de Direito ao Aborto e contra Abusos na Esterilização (Committee for Abortion Rights and Against Sterilization Abuse) exerceram uma influência especialmente importante.

privacidade. Essa oposição, conduzida por uma coalizão inédita das igrejas Católica e protestantes fundamentalistas e reunidas em torno do tradicional modelo de família patriarcal, ganhou força ao longo dos anos 80 (Petchesky, 1990, 1987; Shapiro, 1985). De fato, as mesmas mudanças sociais que impulsionaram o feminismo ressurgente dos anos 70, que incluem o crescimento da participação das mulheres na força de trabalho, dos casos de divórcio e do número de pais solteiros, contribuíram para incrementar a habilidade desse movimento cristão de direita, então chamado "Movimento Pelo Direito à Vida", em mobilizar pessoas para a defesa da família e das normas sexuais tradicionais. Quanto mais atípicas essas ditas normas se tornam (as famílias formadas pelos dois pais e seus filhos constituem menos da metade das famílias nos Estados Unidos), mais firmemente elas são tomadas como ideais da vida americana. De forma crescente, todos aqueles que as violam — por serem pais solteiros, por se divorciarem, por manterem relações sexuais extraconjugais, por serem gays ou lésbicas ou por fazerem abortos — são julgados como não-merecedores do apoio público. Algumas decisões recentes da Suprema Corte mantiveram numerosas restrições impostas pelos estados à realização de aborto, tornando-os cada vez menos acessíveis para as mulheres pobres e adolescentes. Atualmente, com a erradicação dos programas de benefícios sociais para os pobres, a retórica pró-família e o moralismo religioso se tornaram sinônimos.

Hoje, a despeito dos esforços das feministas, os direitos reprodutivos nos Estados Unidos permanecem limitados, particularmente para as mulheres pobres, do meio rural, jovens, de cor ou imigrantes. A gravidez de adolescentes, as doenças sexualmente transmissíveis (dsts) e a aids, as restrições ao aborto e a violência contra a mulher representam apenas algumas das barreiras à autonomia reprodutiva das mulheres. A pobreza entre as mães solteiras, a segregação sexista que deprime os salários da força de trabalho feminina, o assédio sexual na vida pública e na vida privada, os serviços de saúde inadequados e a falta de acesso à educação são problemas que precisam ser solucionados antes que as mulheres dos Estados Unidos possam exercer seus direitos reprodutivos.

Embora os Estados Unidos continuem a apresentar uma das mais altas taxas de abortamento entre os países industrializados, com 1,4 milhão de abortos por ano (sendo 88% nos primeiros três meses de gravidez), a diminuição dos fundos públicos, as restrições a menores, os protocolos de aconselhamento obrigatório e a intimidação através da violência e de ameaças de violência já cobraram seu preço: por volta de 1993, 84% de todos os condados dos Estados Unidos e 94% de todos os condados fora de áreas metropolitanas não tiveram sequer um centro de saúde para a realização de abortos. O seguro de saúde mantido pelo Estado (o Medicaid) só autoriza o aborto em 15 estados e, em nove deles, apenas com uma ordem judicial (Lerner e Freedman, 1994). Apenas 12% dos programas de residência em ginecologia e obstetrícia exigem treinamento em procedimentos de abortamento (Westhoff, 1994).

Não é surpreendente, portanto, que os piores serviços de saúde pré-natal e infantil se encontrem em comunidades de baixa renda, afro-americanas ou latinas, ou em comunidades de imigrantes. Cerca de 37 milhões de pessoas nos Estados Unidos não podem arcar com os custos de um seguro de saúde, incluindo 9 milhões de mulheres em idade fértil (Lerner e Freedman, 1994). Entre as pessoas de cor, 31% carecem dessa cobertura, se comparados aos 14% de brancos. Como resultado, altas taxas de mortalidade infantil, bebês com baixo peso ao nascer e doenças infantis contagiosas são como pragas nas comunidades mais pobres (Corporação Carnegie de Nova York, 1994).

Em comparação com outros países industrializados, os Estados Unidos apresentam a maior proporção de bebês nascidos abaixo do peso, a menor proporção de bebês imunizados contra doenças infantis e uma taxa muito maior de bebês nascidos de mães adolescentes. Isso é verdadeiro a despeito dos recentes progressos na redução da mortalidade infantil, basicamente como resultado da queda na ocorrência da Síndrome de Morte Súbita em Bebês, e um declínio, por um período de cinco anos, na taxa de nascimentos para mães adolescentes. As taxas de mortes neonatais e infantis entre afro-americanos ainda são quase duas vezes maiores do que aquelas observadas entre brancos e, embora o declínio de nascimentos para adolescentes negras (21%) seja maior que o das brancas (12%), principalmente devido ao uso crescente de contraceptivos, a taxa para as adolescentes negras ainda é próxima ao dobro da referente às adolescentes brancas (Ventura *et al.*, 1997).

As mulheres afro-americanas herdaram um legado de violência reprodutiva que vai de gestações coercitivas à esterilização forçada, à experimentação e ao uso de tecnologias reprodutivas perigosas. Por seu lado, elas adotaram um sem-número de estratégias de modo a obter controle sobre sua própria reprodução. Durante muito tempo, muitas mulheres negras se recusaram a trazer crianças para um mundo de exploração brutal. Suas formas de controle da fecundidade, incluindo os abortamentos, eram conhecidas e praticadas durante a escravidão e continuaram nos períodos posteriores (Hine e Wittenstein, 1981). Embora pesquisadores já tenham documentado medidas de controle de fecundidade em comunidades sulistas desde o início do século XX, em muitas áreas rurais, onde a falta de cobertura do Medicaid e os poucos serviços especializados que realizam o aborto são de difícil acesso, as mulheres negras interrompem a gravidez em casa, usando pílulas de quinino e fermento de cerveja, ou mesmo bebendo terebentina (Ward, 1986; Rodrigue,1990).[19] Em 1967, a taxa de mortes decorrentes de abortos ilegais foi catorze vezes maior para as mulheres negras da Geórgia do que para as mulheres brancas (Tervalon, 1988).

---

[19] Em muitos estados, incluindo os estados mais ao sul, a cobertura do Medicaid para a realização de abortos é limitada aos casos, autorizados por lei federal, de risco para a vida da mãe, de estupro ou de incesto.

Feministas negras observam que a liberdade reprodutiva tem sido parte do movimento de direitos civis desde sua eclosão, nos anos de 1800. Estudos recentes registram os esforços das mulheres afro-americanas no controle de sua reprodução, não apenas limitando sua própria fertilidade, mas também através dos esforços para o estabelecimento de clínicas locais e o engajamento em debates sobre o controle da natalidade (Jones, 1990:222; Rodrigue, 1990:333). No início do século XX, as líderes afro-americanas, especialmente através do Movimento do Clube de Mulheres Negras (Black Women's Club Movement), apoiaram esses esforços, articulando os direitos reprodutivos aos avanços no campo das relações raciais (Giddings, 1984). As mulheres negras, portanto, não foram as vítimas passivas do controle populacional mas, sim, agentes ativos de seus próprios destinos reprodutivos — ainda que o sistema tivesse uma agenda política que ia na direção contrária. (Ross, 1996:146).

Em meados do século XX, houve tentativas de se controlar a fertilidade de grupos pobres e não-brancos — incluindo afro-americanos, imigrantes e americanos nativos —, que abraçaram tanto os métodos "positivos", tais como incentivos fiscais e educação para os que eram considerados "desejáveis", quanto os métodos "negativos", como esterilização, confinamento involuntário e restrições à imigração para os "indesejáveis" (Ross, 1996; Petchesky, 1990, 1991; Lopez, 1993). Os Estados Unidos da América se tornaram a primeira nação no mundo a permitir a esterilização em massa como parte do esforço de "purificação racial". Em meados dos anos 30, em torno de 20.000 pessoas foram esterilizadas contra suas vontades e 21 estados aprovaram leis eugênicas. Em 1939, o então chamado "Projeto Negro" da Federação do Controle de Natalidade afirmava:

> A massa de negros, especialmente no Sul, ainda procria sem cuidados e desastrosamente, com o resultado de que o aumento, entre os negros, ainda mais do que entre os brancos, se dá naquela porção da população que é menos inteligente e preparada, e menos hábil para criar os filhos adequadamente. (Gordon, 1974:332)

Como resultado dessa história, como indicam Ross e outros, as mulheres afro-americanas foram as primeiras a divisar uma concepção de justiça reprodutiva: "a liberdade de ter, ou de não ter, filhos e o direito a criá-los livres do racismo, do sexismo e da pobreza" (Ross, 1996: 141). Em geral, as mulheres negras têm uma visão complexa dos direitos reprodutivos: elas desejam um controle individual sobre seus corpos, mas mantém suas suspeitas em relação aos programas governamentais que utilizaram suas comunidades para experimentações médicas e controle populacional.[20]

---

[20] Em 1997, o presidente dos Estados Unidos desculpou-se publicamente à comunidade afro-americana por um projeto de pesquisa governamental que, por quarenta anos, deixou sem tratamento fazendeiros pobres e de baixa escolaridade, portadores de sífilis, (1932 a 1972) a fim de permitir que funcionários da saúde pública avaliassem o desenvolvimento da sífilis em pacientes humanos não-tratados.

Hoje, por todo o Sul rural, as drogas e o HIV constituem sérios problemas de saúde pública, juntamente com as doenças sexualmente transmissíveis. O alcoolismo, agora reconhecido como uma causa de crescente morbidade e violência doméstica, é um assunto da maior importância para os negros. Em Soperton, é crescente a dependência do crack e da cocaína e moradores da região a correlacionam com o aumento dos furtos e do crime, da sífilis e da aids. Em 1991, seguindo-se à construção de uma nova penitenciária, o número de casos conhecidos de sífilis no Condado de Treutlen subiu, em quatro anos, de 8 para 212, e então caiu para 142 em 1992. Desde 1984, houve 34 casos de aids e 22 mortes no Condado de Treutlen, dois terços deles entre afro-americanos. Em Soperton, onde os padrões migratórios do trabalho deixam as mulheres especialmente vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis, elas tornam-se mais conscientes do perigo, especialmente as mais jovens. As enfermeiras do serviço público de saúde relatam que essas mulheres têm ficado alertas quanto a sintomas e indagam sobre alterações tais como corrimento vaginal, adicionando que as adolescentes não conversam com suas mães sobre assuntos íntimos.

Na cidade de Nova York, ao passo que as dsts têm declinado, um tipo de tuberculose resistente a medicamentos e o HIV/aids continuam a provocar crises no setor saúde. A aids, causa principal de morte para nova-iorquinos entre 25 e 44 anos, cresce em Washington Heights, e as taxas de infecção lá são maiores que na cidade como um todo: 232 casos comparados aos 87 por 100.000 em 1990. As mulheres são particularmente vulneráveis: as taxas de infecção entre as latinas nesse distrito estão em torno de 40% mais altas do que entre as latinas no geral da cidade (73 em comparação aos 45 por 100.000), embora a taxa para homens esteja menor do que no geral da cidade (180 comparados aos 331 por 100.000) (NYC DOH, 1993). Os principais fatores de risco para as mulheres em 1990-1991 eram o sexo heterossexual e o uso de drogas intravenosas (Daykin, Eu e Zimmerman, 1994). Mais do que isso, enquanto as taxas de dsts eram geralmente menores no distrito do que na cidade como um todo, as taxas para gonorréia eram maiores, especialmente para as mulheres (Krasner, Heísler e Brooks, 1994).

Em todo o país, a parte da população em que a contaminação por HIV mais cresce é entre as mulheres: mais de 18% da população infectada com o HIV em 1994 era de mulheres, comparados aos 7% de 1985. Em 80.691 novos casos de aids relatados em 1994, 41% dos pacientes foram infectados através do uso de drogas intravenosas e 38%, via sexo heterossexual. As mulheres de cor representaram mais de três quartos de todos os casos de aids entre as mulheres — as afro-americanas representaram 57% e as mulheres hispânicas, 20% do total (CDC, 1994, 1995).

Além disso, um estudo recente mostra que sobreviventes de estupro estão mais expostas à infecção pelo HIV ou outras dsts do que mulheres que não foram estupradas (Centro Nacional para Estatísticas de Saúde, 1995). De acordo com algumas estimativas, perto de um quinto das mulheres nos Estados Unidos está sujeito a

estupro ou a agressões sexuais graves, ou a ambos, durante suas vidas. Entre as adolescentes, 60% das mulheres que fizeram sexo antes dos quinze anos o fizeram involuntariamente (AGI, 1994). Não bastasse o rápido aumento no número de mulheres americanas infectadas pelo HIV, tanto a comunidade médica quanto as políticas públicas e de educação apresentam respostas lentas, falhando em reconhecer que as mulheres são, com freqüência, incapazes de controlar como, quando e onde elas fazem sexo. Questões de raça e de gênero articulam-se aqui, contribuindo para a vulnerabilidade das mulheres de cor e de baixa renda à violência sexual e a HIV/aids (veja Williams, 1991).

"Ninguém nunca nos pediu para contarmos nossas histórias antes"

Nas histórias de todas as mulheres, as contradições abundam: o sofrimento e a alegria são, com freqüência, duas maneiras de olhar para uma mesma experiência. Entre as participantes do programa universitário do sindicato, por exemplo, muitas se recordaram de sua infância como uma época feliz, apesar de serem pobres. Uma mulher da Carolina do Sul, que veio de uma família de doze pessoas, explicou: "O que mais a gente conhecia? A gente tinha uns aos outros, éramos próximos". Como as mulheres em Soperton, suas memórias mais agradáveis ou mais infelizes, tanto quando crianças quanto quando adultas, giram em torno da família: o tempo passado juntos, as separações, acidentes, doenças, mortes. Em função da dinâmica de imigrações e migrações, as famílias urbanas contemporâneas, como as famílias no Sul rural, em geral, não são "nucleares". Na verdade, elas são tudo, menos nucleares: mulheres solteiras, casais com filhos deixados para trás, mulheres solteiras com filhos ou famílias de várias gerações, com crianças e seus avós. Ainda assim, para a maioria das entrevistadas, a família ainda é a chave para a sua felicidade.

Poucas participantes foram capazes de alcançar o que elas percebiam ser seu ideal de lugar social. Keisha, uma mulher de 32 anos de Soperton, expressou suas aspirações nos seguintes termos: "Quando eu era criança, sempre senti que eu viveria para Deus. Então, eu adorava jogar basquete e eu sempre quis ser uma jogadora de basquete e ir para a universidade... Eu era boa nisso e teria sido melhor se eu tivesse um lugar para me estabelecer e ficar". Outras, na loja de costura, aspiraram a lugares inspirados na televisão: modelo, cantora, jogadora de basquete, esteticista, enfermeira. Mesmo as mulheres do sindicato, que tiveram melhores oportunidades de lutar por seus objetivos, desviaram-se significativamente de suas aspirações — tornar-se psiquiatra, assistente social, professora universitária, oficial de polícia, enfermeira, professora, advogada, agente imobiliária — por causa de escolhas ou circunstâncias diversas.

A maioria das participantes tinha seus próprios sonhos, mas, mesmo aos 40 ou 50 anos, muitas ainda carregavam o fardo das expectativas dos pais. Uma entrevistada

do programa universitário do sindicato, agora com 47 anos de idade, foi dona-de-casa por muitos anos: "Eu não fazia o que queria fazer porque meus pais achavam que uma moça devia se casar e constituir família", explicou ela. Uma colega de classe, que havia engravidado quando era adolescente e não tinha terminado seus estudos, disse: "Eu me sinto um pouco decepcionada porque as coisas não funcionaram do jeito que foram planejadas para mim, mas todo mundo pode cometer erros. Tudo o que você tem que fazer é corrigi-los um dia". Uma mulher de 36 anos, que foi criada por sua avó em Soperton quando sua mãe migrou para Atlanta, nem chegou a esse ponto. Ela disse querer "ficar com mamãe, mas eu não posso fazer isso, ela espera demais de mim... Ela quer que eu vire uma pessoa que eu não sou... tipo, quando chega o aniversário dela, ela vai dizer: 'Não me compre nada de jóia, porque você não pode comprar o que eu uso'". Mesmo assim, participantes de todas as comunidades, mas especialmente entre famílias de imigrantes, relembram sua criação severa com orgulho: nós "não podíamos fazer o que as outras pessoas faziam", diziam elas, listando as proibições sofridas como se, de alguma maneira, elas as tivessem feito positivamente diferentes das outras pessoas.

Um fator importante para as mulheres tomarem o controle de suas vidas parece ser sua habilidade de se libertar — das expectativas de suas famílias ou de suas comunidades sobre como as mulheres deveriam se comportar ou viver e, mais ainda, libertar-se de suas famílias e comunidades propriamente ditas. Keisha, que já foi viciada em drogas, contou como lutou para tomar o controle de sua vida desde que tinha nove anos de idade, indo de uma casa para outra e praticamente se criando sozinha. Ela abandonou o segundo grau, mas obteve um certificado de equivalência e começou um curso de enfermeira-assistente. Quando tentava "agir como uma mulher" e isso não funcionava, ela tentava agir como um homem: "Eu trabalhei na construção civil, tentei conseguir coisas para a família, mas eu não conseguia acertar direito. Eu vivia em uma prisão na minha própria casa". Ela foi para a prisão, tentou se suicidar, se tornou alcoólatra. Tornou-se viciada em crack e cocaína quando estava grávida e então "tipo 'dei uma sossegada'". Por fim, ela encontrou sua paz e seu poder na religião e está envolvida nas lutas contra a discriminação racial, junto com a diretoria da escola: "Dizem que crianças que dependem de assistência pública não aprendem como as outras", relata ela, adicionando: "Eu tenho orgulho das minhas".

Bárbara, uma afro-americana do programa universitário do sindicato que está hoje na casa dos 50 anos, veio de uma família de meeiros da Carolina do Norte, na qual a educação não era valorizada. Quando era adolescente, ela disse a suas três irmãs: "Quando eu me formar [no segundo grau], eu saio daqui. Eu vou economizar dinheiro e vou embora, aconteça o que acontecer. Elas disseram que tinham medo disso, e foi aí que fizemos o pacto de que nós três iríamos embora". A fim de ajudar as mais novas a irem embora, ela disse: "Eu estou tentando criar um fundo para educação dentro de minha família". Poucas mulheres de Soperton falam a respeito

de ir embora, não obstante uma jovem, que mais tarde teve uma crise nervosa, tenha dito: "Se eu pudesse viver minha vida de novo, eu iria embora para longe de casa".

A maioria das mulheres mais velhas de Soperton, no entanto, não foi nem capaz de se imaginar partindo. A maioria disse: "Eu não saberia para onde ir nem o que fazer". Uma mulher afirmou: "Aqui é uma cidade pequena, e você não é só um número. Se você cai lá fora na rua, onde você é branco ou preto, alguém vai te parar". Somente Suzanne, 39 anos, que já foi casada duas vezes e agora tem sua própria loja de beleza, ainda fantasia sobre ir embora: "Se eu tivesse que fazer tudo de novo, eu não teria me casado nem teria filhos", diz ela, acrescentando: "Eu compraria um carrão preto e sairia dirigindo sem rumo. Eu sempre quis ir ao Wyoming... campos largos, abertos".

De maneira geral, as mulheres imigrantes tinham menos medo das incertezas do mundo. Uma das entrevistadas do grupo de saúde de Washington Heights disse:

> Eu trabalhei durante 14 anos no mesmo lugar como enfermeira-assistente. Eu não me sinto frustrada por não ter me tornado uma médica. Pelo menos eu cheguei perto do que eu queria, não fiquei presa num lugar só, porque eu disse que tinha que ir em frente em vez de ficar presa no interior como muitas dessas garotas que se casam e ficam lá, só tendo filhos. Eu agradeço a Deus, que me deu a inteligência para ir em frente em vez de ficar no interior.

No entanto, ir embora não é apenas uma questão de inteligência; também requer a habilidade de reconhecer as oportunidades e a coragem de correr riscos. Uma mulher no final de seus vinte anos, que veio do Alabama, relata não ter aproveitado a oportunidade incomum de acesso a uma boa educação que lhe foi oferecida pelos patrões de seu pai, brancos, com uma boa situação de vida. Ela disse que, se pudesse voltar atrás, "teria terminado a escola, aproveitado que meus pais pagavam por ela". E acrescentou: "Eu tentei satisfazer os brancos, tentei satisfazer os negros e acabei não satisfazendo ninguém. Levei esse tempo todo para aprender a lição: tomar conta de mim e de meu filho". Uma colega de turma disse que ela também teria aproveitado a chance de continuar na escola. "Não digo que eu ia esperar por um casamento, mas eu teria ficado na escola um pouco mais... Eu não teria tido minha filha quando a tive. Eu teria ido embora e teria entrado na faculdade."

Educação: "Foi como se os dados já estivessem lançados"

Como essa afirmativa indica, uma boa educação era a oportunidade de que as entrevistadas mais sentiam falta. Uma participante do programa universitário do sindicato, que abandonou a escola aos 14 anos e tem agora 34, resumiu um sentimento comum: "Se eu pudesse viver minha vida novamente, eu me arranjaria uma boa educação". Mas, para a maioria dessas famílias, foi difícil conseguir os recursos para isso. Sua colega de turma, Bárbara, agora na casa dos 50 anos, colocou

de forma bem clara: "Quando eu me dei conta, foi praticamente como se os dados já estivessem lançados... As famílias que foram à escola foram para a faculdade. Mas quem não foi à escola, não continuou, ninguém quebra isso".

Embora uma educação igualitária para os negros tenha sido parte central da luta pelos direitos civis, as oportunidades no Sul rural permanecem limitadas; apenas uma entrevistada em Soperton tinha completado a faculdade. As participantes mais velhas, em especial, vêem a escola como um direito que as circunstâncias econômicas lhes negou. Elas não podiam ficar na escola, explicaram, porque tinham que tomar conta de crianças mais novas e realizar as tarefas domésticas e, depois, tiveram que trabalhar nos campos. Cora Lee Johnson, que cresceu em uma família de meeiros em Soperton, recorda-se de colher algodão antes mesmo de começar a andar ("porque o algodão era tão fácil de se distinguir que mesmo uma garotinha podia colhê-lo"). Ela freqüentou quatro anos de escola, mas apenas quando chovia. Para as mulheres mais jovens, a situação foi melhor: dezesseis concluíram o segundo grau ou obtiveram um certificado de equivalência, ao passo que uma chegou a terminar a faculdade.

As participantes de Soperton são bastante conscientes de como sua educação limitada as atrasou na vida. Uma mulher da loja de costura demonstrou uma certa amargura por sua mãe não ter se esforçado mais para garantir que ela tivesse uma boa educação: "Acho que ela devia ter insistido e insistido até que deixassem ela colocar a gente na escola. Não interessa como". Uma outra explicou que suas possibilidades atuais de se educar eram limitadas por causa de seus filhos: "Todos dizem que uma mulher deveria fazer o que ela quer fazer; eu acho que meus filhos estão me atrapalhando". Uma outra, ainda, ajudaria sua filha a terminar a escola mesmo se tivesse que desafiar as normas severas da comunidade em relação ao aborto: "Se minha filha ficasse grávida e quisesse terminar a escola, eu faria tudo o que fosse possível para ela conseguir isso", disse ela.

Em geral, as participantes vêem a educação como um passaporte para o trabalho. Mas foi a única mulher que conseguiu terminar a faculdade quem expressou a noção de direito a ter um trabalho significativo: "Uma mulher negra tem o direito de escolher seu trabalho", disse ela, em vez de simplesmente "de ter trabalho". Uma outra mulher no grupo, agora com 29 anos, queria ter sido enfermeira: "Meu maior objetivo era terminar a escola; depender dos benefícios sociais não era pra ser minha vida, eu ia fazer algo mais, daí quando eles perguntassem para você: 'Seus pais terminaram a escola?' e você ia, tipo, 'Não, minha mãe não terminou; não, meu pai não terminou.'" Mas ela ficou grávida com 15 anos, deixou a escola e recorreu aos benefícios sociais. Ela procurou por dois anos antes de encontrar um emprego. Você não pode culpar as mães que dependem dos benefícios sociais, diz ela, "porque não tem emprego por aí".

As dominicanas, como muitos dos que imigraram para os Estados Unidos, vêem a educação como uma maneira de melhorar as opções de trabalho, especialmente

para seus filhos. A educação é altamente valorizada na República Dominicana, que se orgulha de ter tido a primeira universidade das Américas; mas, ao mesmo tempo, o país tem a segunda maior taxa de analfabetismo do Caribe (apenas no Haiti ela é mais alta). Em 1990, 56% da população de Washington Heights tinha menos de quatro anos de estudo (Garfield e Abramson, 1994). No entanto, o distrito escolar de Washington Heights opera a 122% de sua capacidade (Daykin, Eu e Zimmerman, 1994) e os dominicanos constituem a maior proporção de latinos estudando na Universidade da Cidade de Nova York.

As mulheres dominicanas, tendo crescido com a idéia de que a educação é importante, disseram que já planejaram continuar com a sua própria educação, bem como ajudar as suas crianças a alcançarem esse objetivo. As participantes de ambos os grupos ainda estavam tentando fazer disso uma realidade, por mais difícil que fosse. Poucas entre as mulheres com mais de 40 anos no grupo de saúde estudou por mais de oito anos e apenas uma chegou ao décimo ano; embora as mais jovens tenham feito melhor, apenas duas concluíram o segundo grau. No grupo da Alianza, entre aquelas acima de 40 anos, mais uma vez, a maioria só estudou até o oitavo ano, mas três em dez se formaram. Já entre as mulheres mais jovens, doze em dezenove concluíram o segundo grau, e nove delas tiveram, em alguma medida, educação técnica ou superior. Uma participante do grupo da Alianza explicou: "No que diz respeito à educação, nossos pais, por exemplo, nunca se preocuparam com o que seus filhos faziam... Para eles, não era importante se a gente fazia nosso dever de casa, se a gente estudava, se íamos para a escola, se chegávamos cedo, tarde... O que eles esperavam de nós? É isso que eu me pergunto".

A oportunidade que as mulheres do sindicato têm de participar do programa de formação universitária as coloca em agudo contraste com as outras mulheres deste estudo. Para muitas delas, que compartilharam histórias semelhantes a de uma criação pobre no Sul, com trabalho nos campos, essa é uma oportunidade que lhes chegou tardiamente na vida. Uma participante de grupo focal afirmou: "Eles esperavam que a gente trabalhasse na fazenda e pronto. Educação? A gente ia para a escola de vez em quando... Se você tinha educação, tinha, se não tinha, ficava sem". Uma delas, cujo pai nunca terminou o segundo grau, disse que "ele sabia, por ter trabalhado tão duro, que a única maneira pela qual você seria livre seria ter aquela educação".

Emprego: "Muita gente trabalhando por aí para sobreviver"

Ao lado da educação, o direito a emprego e renda figurou no topo da lista de direitos que as participantes de todas as comunidades mencionaram. Muitas das participantes se referiram ao bem-estar econômico de uma maneira que traduzia uma noção de justiça social ou direito. Elas falaram do desejo de ser capaz de ganhar a própria vida, de ter um emprego seguro, de possuir os meios para abrir um

pequeno negócio. Aquelas que sentem falta dessas coisas achavam que o governo deveria lhes dar o treinamento necessário para que as obtivessem, paralelamente ao apoio público e à oferta de atenção para seus filhos em épocas de dificuldades. As participantes dominicanas foram incisivas sobre o direito ao trabalho: "imigrantes ilegais deveriam poder trabalhar como qualquer outra pessoa e melhorar suas vidas", disse uma das entrevistadas do grupo de saúde.

Tanto em Soperton quanto em Washington Heights, as mulheres conseguiam se manter através de vários tipos de trabalho, formais e informais, de meio expediente ou em tempo integral. A cidadezinha de Soperton, como muitas cidades pequenas sulistas, onde trabalhadores escravos libertos primeiro trabalharam como meeiros e depois como operários em fábricas, oferece limitadas opções de trabalho tanto para homens quanto para mulheres. Há apenas duas fábricas, uma especializada na fabricação de peças de vestuário e a outra na de sacos de aspiradores de pó. Nenhuma delas tem sindicato.[21] A cidade tem muitas pequenas empresas, nove das quais têm proprietários negros. No entanto, a maioria dos homens busca emprego fora da cidade, na construção civil, que paga de US$ 14,00 a US$ 15,00 por hora, e muitos trabalham como motoristas de caminhão interestaduais — o que faz de Soperton um "lar" pouco frequentado. As mulheres procuram trabalhos na indústria de confecções, também fora da cidade, que paga de US$ 4,25 a US$ 4,50 por hora, mesmo após dez anos de trabalho.[22] A oferta de trabalho é diária, assim, muitos dias elas retornam para casa sem ter um dia sequer de trabalho. Há três creches no centro da cidade, mas, para a maioria das participantes, quem cuida de suas crianças são outros membros de suas famílias, especialmente as avós.

O que há de constante na vida das mulheres de Soperton é o trabalho, as orações e as crianças. Essas mulheres trabalham duro e por muito tempo e quando não estão trabalhando, estão procurando trabalho. Ainda assim, todo o seu trabalho e esforço se traduzem meramente em comida para as suas famílias. Elas estão sempre tentando se soltar da armadilha dos benefícios sociais. Keisha, que cria quatro filhos, diz:

> Você pode trabalhar nos campos. Enquanto você estiver lá, ninguém vai te entregar [para o escritório dos benefícios sociais], eles não vão ficar procurando você... Esse mês, nós não vamos receber nenhuma cobertura do Medicaid, nenhum cheque de benefício, e meus tíquetes-refeição caíram para US$ 175,00 por mês. Se você consegue ganhar US$ 50,00 no trabalho, eles tiram parte disso de seus tíquetes. Você nunca vai para a frente... Eu sou

---

[21] Os sindicatos relutam em se organizar em estados do Sul, como a Geórgia, também chamados de "Estados do direito ao trabalho", onde a legislação determina que, nas companhias em que os sindicatos tenham sucesso em organizar a maioria dos trabalhadores, ninguém é obrigado a se sindicalizar.

[22] O salário mínimo/hora era de US$ 4,25 ao tempo da pesquisa; aumentou para US$ 4,75 em 1996 e para US$ 5,15 em 1997.

> cristã, sabe, então é meio difícil. Eu tenho que fazer alguma coisa. Eles não precisam saber tudo sobre você.

O mesmo é verdadeiro em Washington Heights, onde muitas participantes combinam a assistência pública com empregos de meio expediente em fábricas, lojas de departamento ou atividades domésticas informais, fazendo assados, cortando cabelos ou trabalhando como babás. Ainda assim, o estudo indica que uma importante função do trabalho é que ele permite que as mulheres quebrem o seu isolamento, oferecendo acesso a novas idéias, consciência e informação. Uma das partícipantes do grupo da Alianza o relacionou à posse de direitos na família: "Trabalhe, você se sente mais liberada", disse ela. A falta de oportunidades econômicas, por um lado, limita não apenas as relações, mas também as aspirações. Em Soperton, as adolescentes é que foram as mais capazes de articular uma noção de direitos em termos do direito de ter dinheiro para viver bem, de ter uma boa educação e um bom trabalho a fim de adiarem o início de sua própria família. Como uma jovem adolescente insistiu em dizer: "Viver com uma renda que não é suficiente para atender às minhas necessidades básicas é uma violência".

Nesse particular, as mulheres sindicalizadas representam, em alguma medida, o leque de escolhas que as outras mulheres gostariam de ter. A maioria trabalha como servidora pública, mas outras trabalham com aconselhamento, são assistentes sociais, técnicas de informática, pesquisadoras, atendentes de creches. Seus salários variam de US$ 10,000 a US$ 50,000 por ano e todos incluem férias pagas e plano de saúde. O trabalho também lhes possibilita outras experiências: várias eram funcionárias do sindicato ou atendentes de lojas e algumas já haviam representado o sindicato em conferências nacionais. Além de, regularmente, freqüentarem encontros sindicais, muitas estavam envolvidas no Comitê da Mulher, que organiza eventos educativos. Embora a maior parte delas tenha dito que ser mulher limita as oportunidades de promoção, elas são bastante conscientes de que, sem o sindicato, estariam muito mais vulneráveis, especialmente como mulheres de cor. Bárbara citou a sua experiência na Carolina do Sul, onde as pessoas trabalhavam para uma companhia por anos a fio e, então, eram simplesmente demitidas ou rebaixadas. "Não há nada que você possa fazer quanto a isso", disse ela. "Eles podem fazer o que querem. Mas o sindicato te dá um tipo de segurança, ele te dá uma chance de questionamento". Estelle, também do Sul, concorda: "Eu olho para isso e vejo um mundo-cão. Você está por cima hoje e amanhã está por baixo", diz ela. "Você definitivamente precisa de algum tipo de segurança, especialmente sendo de uma minoria. E há mais segurança com o sindicato." De fato, as que criticavam o sindicato sentiam que ele deveria lutar com mais força, e não apenas quando "sabem que vão ganhar". "O sindicato deve proteger uma pessoa de ser demitida e proteger os direitos dessa pessoa", disse Cláudia, com 56 anos de idade, nascida em Porto Rico. "E eles têm um monte de coisas que oferecem, certo?... Isso era uma coisa que eu estava procurando também."

Acima de tudo, porém, as mulheres nesse programa valorizavam a renda e a segurança no emprego. E a maioria delas estava determinada a conseguir essas coisas o mais cedo possível. Estelle, que trabalhava em dois empregos para poder pagar pelo que deseja na vida, descreveu o momento em que mais se sentiu impotente como tendo sido aquele em que se encontrou com seu marido no Sul, logo depois de ter terminado os primeiros anos de faculdade, e ele disse que ela poderia arrumar um trabalho em uma lanchonete de *fast-food* ou ser babá. Ela voltou direto para Nova York. "Eu virei aqui todo fim de semana, mas eu tenho que voltar para Nova York. Eu estou indo à faculdade e tenho que conseguir um emprego que me faça sentir completa."

Casamento e relacionamento: "Eu não estou aqui para ser tratada como um cachorro"

Como mostra a Tabela 8.1, um grande número das participantes em todas as três comunidades é de mulheres não-casadas. Assim como o fato de serem mães muito jovens, muitas consideram que ter casado cedo foi um erro de suas juventudes. Essa convicção atravessou as fronteiras étnicas, bem como as da cidade e do campo. Uma das entrevistadas do grupo de saúde dominicano afirmou: "Eu jamais deixaria alguém me humilhar agora como deixei antes. Por exemplo: que os homens me humilhassem e tomassem as decisões... eles passaram muitos anos de minha vida decidindo por mim, mas agora, nunca mais". Também em Soperton, as participantes são céticas a respeito do casamento. Lulu-Mae, que se casou quando tinha 17 anos, disse: "Eu queria filhos, mas não queria me casar. Porque eu não gosto de cozinhar e eu percebi que, se você tem um marido, tem que cozinhar e eu não gosto de dormir com ninguém". E Keisha, que nunca foi casada, disse: "Eu não vou agüentar coisas de ninguém. Eu conheço algumas mulheres que têm casas bonitas e outras coisas, mas os maridos lhes traem e elas são tratadas como cachorros. Eu não estou aqui para ser tratada como um cachorro. Quero dizer: eu prefiro ficar sozinha".

Tabela 8.1 Indicadores Demográficos

Indicadores	Loja de Costura de Soperton (35)	Grupo de Saúde Dominicano (16)	Alianza Dominicana (29)	Grupo do Sindicato (50)
Idade média	34	44	33	32,5
Idade média na 1ª gravidez	18,7	22,7	21,6	20,2
Taxa de fecundidade	2,8	1,8	2,0	0,7
Até 30 anos	2,0	0,5	1,2	0,1
Acima de 30 anos	3,5	2,3	2,9	1,6

As razões por que elas não se casaram variaram. As participantes de todas as comunidades afirmaram que os filhos e o casamento não asseguram a lealdade masculina. As mulheres que vivem em famílias multi-geracionais, tais como aquelas

de Soperton, em geral recebem um maior apoio do que o recebido pelas mulheres do sindicato, mesmo aquelas que eram casadas. Elas compreendem que as razões para isso são complexas, especialmente quando não há empregos para os homens. Vera, uma mulher da Guiana, de 47 anos de idade, que entrou tardiamente no mercado de trabalho e que agora participa do programa universitário do sindicato, observa: "As pessoas ficam sem renda e só isso basta para deteriorar a vida familiar".

Outra razão é o modo com que os programas de benefícios sociais estão estruturados em muitos Estados. Na época da pesquisa, a Geórgia permitia a destinação de benefícios a famílias nas quais o pai tivesse perdido o emprego, mas um conjunto complexo de critérios ainda limitava as possibilidades de a mulher recebê-los se houvesse um homem na casa. Como resultado, os homens permaneciam tangenciais nas vidas dessas mulheres. Os relacionamentos são instáveis e muitos homens que viviam com suas namoradas acabavam abandonando-as quando uma criança nascia, uma vez que sua incapacidade de sustentá-las financeiramente arruinava muitos relacionamentos e as autoridades do Estado viriam atrás deles para o sustento das crianças. As mulheres em Soperton disseram que, se elas esperassem casar antes de ter filhos, nunca os teriam. Isso poderia significar que elas se negariam o *status* da maternidade, o componente primário de suas identidades adultas.

Nesse estudo, os homens também estiveram largamente ausentes das vidas das mulheres urbanas. Metade das participantes do programa do sindicato e mais da metade no grupo de garantia de saúde não tinha um parceiro na época do estudo. Embora isso possa, em parte, refletir a deteriorização das condições de emprego e renda entre as populações latinas e negras, por outro lado pode atestar a idéia de que as mulheres se sentem melhor sozinhas. Como disse Milagros, membro do grupo de saúde e separada de seu marido: "Más vale estar sola que mal acompañada" (Antes só do que mal acompanhada).[23] Uma das perguntas que buscavam aferir o que as mulheres se achavam no direito de ter, foi: "O que você faz só para você?" A metade das mulheres do grupo da Alianza respondeu: "Nada". Outras respostas variaram de cozinhar ou costurar a fazer compras, trabalhar e ler livros. Uma delas tentou algo diferente: "Eu mantenho minha personalidade e não deixo ninguém se intrometer em minha vida pessoal". As mulheres do sindicato e as do grupo de saúde reclamaram fortemente seus direitos ao desenvolvimento pessoal e ao lazer, incluindo férias, exercícios físicos, dança, amizade, integração com a natureza, leitura de jornais, ajudar os outros ou, simplesmente, ficar sozinhas. Poucas das mulheres de Soperton pareciam capazes de separar tempo para fazer coisas que as levaria à satisfação de suas aspirações.

---

[23] Uma vez que esse grupo incluía um grande número de mulheres que já passaram da idade reprodutiva, a realidade de outras latinas não envolvidas em relacionamentos sexuais também aplica-se a este caso.

As participantes do programa educacional falaram sobre estar presas em seus relacionamentos. Bárbara, que lembra de seu casamento como o período mais doloroso de sua vida, explica: "Eu não gostava da minha vida de casada, muito aprisionante... Eu não queria que minha família soubesse que nós não nos dávamos bem... Eu tinha medo de fracassar". Ela diz à sua filha, sempre que ela começa um relacionamento: "Não se intimide. Não pense que você não vai poder respirar sem a existência dele. Você tem seu salário. Se as coisas não funcionarem, siga em frente". Estelle, que tem dois empregos, pagou a cerimônia de seu casamento: "Dessa forma, se as coisas não derem certo, nós podemos nos despedir e nos separar e eu posso dizer que não devo nada a nenhum de vocês". Entre as entrevistadas de Soperton, tal autoconfiança é mais difícil de aparecer. Nesta localidade, poucas mulheres eram casadas, mas foi aquela que concluiu um curso superior que observou que "todas as mulheres deveriam ser capazes de fazer o que desejassem, casadas ou não".

No grupo de costura, as mulheres sabem que isso não é tão fácil. Suzanne, que sonha em entrar em um carrão preto e sair dirigindo por aí, falou sobre o abuso sofrido por sua irmã: "Nós tentamos fazer ela ir embora, mas esse homem fazia ela pensar que ela não ia conseguir nada sem ele... que ela não sabia sequer ir ao supermercado... criar as crianças. Eu e minha mãe tivemos que ajudar a criar as crianças porque ele ficava andando com outras mulheres". Depois de dezesseis anos de abusos, a irmã de Suzanne foi embora. Mas o marido dela a encontrou na casa da mãe e a matou, esfaqueando-a trinta e cinco vezes e atirando duas vezes nela. O choque matou a mãe dela. "Naquele domingo, eu e ela fomos à igreja e, pouco antes do culto terminar, ela teve um derrame violento e morreu. Assim, eu perdi tudo em dois meses. E herdei algumas crianças."

As drogas e a violência devastaram a vida das mulheres em todos os grupos estudados. Mais da metade das participantes de Washington Heights e quase dois terços das de Soperton sentiram-se afetadas pelo crescimento do crime e do uso de drogas em suas comunidades, enquanto dezessete das cinqüenta mulheres do programa do sindicato relataram terem sido vítimas de violência: duas mulheres foram estupradas, uma foi molestada sexualmente quando era criança, sete fizeram sexo forçado em encontros amorosos ou foram violentamente roubadas ou abusadas. Cerca de dois terços das mulheres relataram violência verbal e algumas informaram ter sofrido violência física ou sexual quando crianças.

Quando perguntadas sobre essas situações de violência e sobre o direito de decidirem quando fazer sexo, todas as participantes afirmaram que as mulheres não deveriam permanecer em relacionamentos violentos. Nenhuma delas sequer disse que o marido tem o direito de fazer sexo com sua esposa sem a permissão dela. Diferiram, porém, na forma de resolver esses problemas. Entre as mulheres do grupo da Alianza, as participantes disseram com convicção que a mulher deveria "deixá-lo" ou "sair e buscar ajuda". Apenas duas disseram que as mulheres deveriam

conversar com os maridos sobre isso. Uma participante do grupo de crédito universitário disse que o melhor é simplesmente "ir embora, sair dali, mas que isso é mais fácil de dizer do que de fazer, porque as mulheres acham que não têm o suporte emocional para fazer isso". Apenas metade das entrevistadas achava que valia a pena tentar algum tipo de aconselhamento. As participantes em Soperton e em Washington Heights contaram histórias sobre a resistência à violência de seus parceiros. De fato, várias mulheres em Soperton acreditavam que sofreram violência só porque não reagiram: "Nós brigamos uma vez", disse uma delas, "mas depois que eu o cortei, ele me deixou em paz". Milagros, do grupo de saúde de Washington Heights, falou sobre a sua decisão de divorciar-se:

> O que eu fazia era ir para a cama e dizer a ele: "Tente e veja se consegue". Ele me dizia: "Você é fria feito gelo."... E eu dizia: "Se eu não tenho um homem em casa (porque ele não estava trabalhando naquela época), então não vou ter um homem na minha cama". Uma vez ele tentou me bater, então eu bati nele e lhe cortei... Eu percebi que isso ia acabar em tragédia... então decidi me divorciar dele.

Mas, nem todas as mulheres viviam sozinhas. Entre as mulheres do sindicato, Estelle, que ficou noiva aos dezesseis anos e casou-se aos vinte, estava casada havia nove anos. Seu marido, disse ela, era "a espinha dorsal do relacionamento". Uma colega de turma, que criou sua filha sozinha, gostaria que sua filha se casasse antes: "Não é porque é mais difícil se você não é casada, mas porque ela não vai ter essa sustentação", falou. As mulheres que sentiam que eram elas próprias essa sustentação, ou espinha dorsal, em geral tinham menos disposição para desempenhar essa função depois da chegada das crianças. "Eu tinha um bom marido e eu posso dizer de verdade que ele se apoiava em mim", disse Edna, trinta anos, que tinha abandonado seu marido. "Quando você tem que ser a mãe de alguém, você não tem mais tempo para ser mãe de marmanjo."

Maternidade: "Ter filhos me fez ter orgulho de mim mesma"

Assim como para a população americana como um todo, entre as participantes da pesquisa a taxa de nascimentos também decresceu, caindo pela metade a cada geração (veja Tabela 8.1). Porém, as tabelas não contam toda a história a respeito desta questão. As mulheres, principalmente as do meio rural ou imigrantes, estão permanentemente envolvidas com crianças, mesmo quando não são mães. Para elas, a maternidade não é algo que começa ou termina com seus próprios filhos. Muitas deixaram a escola para cuidar de irmãos menores e muitas tiveram seus próprios bebês quando ainda eram adolescentes. Algumas atrasaram o controle de fecundidade propositalmente, até que tivessem o primeiro filho. Isso foi particularmente verdadeiro em Soperton, ainda que muitas clínicas "empurrassem" pílulas para as adolescentes de modo bastante agressivo. Com poucas oportunidades de casamento, por causa

da saída dos homens em busca de empregos, a maternidade se mantém como uma escolha dentro de um contexto que oferece muito poucas escolhas e é vista como garantia de direitos, independentemente do casamento. "Fomos colocados aqui para nos multiplicar", explicou uma das mulheres da loja de costura.

Por quase duas décadas, formuladores de políticas públicas se referiram à "crise da gravidez adolescente", basicamente por causa da relação entre filhos de pais adolescentes e pobreza. Em 1989, um quarto de todas as crianças norte-americanas nasceu de mulheres não-casadas, mais de um terço das quais estava abaixo dos vinte anos de idade. Além disso, 83% das adolescentes que dão à luz são de famílias pobres ou de baixa renda (AGI, 1994). De volta a Soperton, o sistema de benefícios sociais é estruturado de tal forma que jovens mães solteiras podem conseguir apartamentos subsidiados que não estão disponíveis para mulheres sem filhos. Para muitas delas, portanto, a maternidade representa uma oportunidade de se utilizarem de vias governamentais para melhorarem de vida. Uma mulher mais velha disse que sua filha foi cortejada por um homem que queria viver com uma mulher que já tivesse um filho de forma que eles conseguissem um apartamento: "É a única maneira de você conseguir um apartamento para você", disse ela. O outro lado desse "privilégio", no entanto, é que é muito difícil fazer o homem ir embora quando o relacionamento acaba.

Em todas as localidades, incluindo Soperton, as participantes falaram sobre o grande conflito que é ser mãe fora dos elos do casamento. É possível que, ao terem filhos, as mulheres esperem se tornar alvo de respeito, preocupação e de algumas atitudes de apoio por parte de seus familiares e membros de suas igrejas – o que não acontecia antes de serem mães. Mas, a realidade da gravidez adolescente não-planejada é que a esperada melhoria de *status* e prestígio pode não acontecer, o que pode trazer sérios problemas emocionais. Uma mulher solteira relatou que, aos vinte anos, havia feito planos para a sua vida e defendia seus direitos vigoramente, descobriu-se grávida e teve uma crise nervosa. Diz ela: "Eu fiquei deprimida por que a realidade seria depender do sistema de benefícios sociais, ser responsável [por meu filho] e ser julgada".

Para muitas das mulheres, no entanto, a maternidade parece lhes conferir a autoridade necessária para assegurar direitos. Mesmo aquelas que não lutariam por seus próprios direitos o fazem pelos de seus filhos. Uma das poucas ocasiões em que as mulheres de Soperton desafiaram o racismo foi quando se mobilizaram, como mães, contra o que viam como um tratamento injusto dado a seus filhos nas escolas. Quando lhes foi pedido que isolassem a coisa mais importante a que cada mulher tem direito, uma participante do grupo da Alianza Dominicana disse que era "ser mãe, incondicionalmente"; outra disse "ser mãe, cuidar de seus filhos". Uma terceira lutava com a idéia de direitos, dizendo: "Direitos são, em geral, coisas que não conhecemos... é defender alguma coisa que é sua, é defender alguma coisa que é minha, mas você não sabe o que é". Por fim, ela concluiu: "Direito é cuidar de seus filhos, é dar a eles o que eles precisam".

Para muitas das entrevistadas dominicanas, o direito à maternidade parecia carregar a convicção de que elas deveriam ser apoiadas em seus esforços para criar seus filhos adequadamente, uma vez que estavam desempenhando a função que delas se esperava. A maioria não escolheu a maternidade; ser mãe foi algo normal, que aconteceu. Especialmente quando outros meios de reivindicar a maturidade não estavam presentes (trabalho, educação, a propriedade de uma casa, casamento, independência financeira), a maternidade parece ter se tornado um rito de passagem, uma maneira de entrar na fase adulta, oferecendo às mulheres algo sobre o qual elas se sentiam no controle. Na comunidade dominicana, elas explicaram, as mulheres que não tivessem "cumprido" com esse mandato poderiam ser consideradas "menos do que uma mulher". As entrevistadas mais velhas do grupo da Alianza descreveram as mulheres que não tiveram filhos como "muito frustradas, tristes". Uma mulher do grupo de saúde disse: "Uma mulher que não foi mãe, eu não acredito que possa sentir o mesmo que uma que teve filhos. Eu não acho que ela possa ser igual".

As participantes do grupo do sindicato, por outro lado, olhavam para a maternidade mais como uma opção do que um dever e a viam muito mais como uma responsabilidade pessoal. Dessa forma, muitas expressaram sua determinação de evitar qualquer forma de assistência pública. Violet, uma negra de 26 anos nascida no Sul, cria um filho sozinha "porque o sistema de bem-estar social, eu não acho que seja para mim. Eu não consigo me ver sentada em casa, esperando alguém chegar para me dar dinheiro... Se eu ganhar alguns dólares, pelo menos, eu ganhei por minha conta". Edna, agora com 30 anos e criando sua filha sozinha, diz: "Minha mãe e meu pai nunca foram para o sistema de bem-estar social ou coisa parecida. Porque meu pai sempre disse que não queria ninguém dizendo para ele o que ele podia fazer com seus filhos. Então, se você não quer que ninguém te diga o que fazer, você não pode querer dinheiro do governo".

As participantes de todas as localidades relataram que depois de terem seus primeiros filhos, elas reacomodaram suas aspirações e retiraram poder do fato de serem mães. Uma mulher em Soperton disse: "Ter filhos me fez ter orgulho de mim mesma". Talvez não seja surpreende observar que um bom número de participantes parece ter se realizado mais na maternidade do que em seus casamentos precoces e em companheiros com os quais nunca puderam contar. Isso também foi verdadeiro entre as mulheres do sindicato, embora poucas tenham tido filhos. As que os tiveram, descreveram a maternidade como um ímpeto necessário para sua auto-realização: "Ter essa criança provavelmente me dará um pouco mais de energia para fazer as coisas que eu sempre quis fazer para mim mesma", explicou uma delas. "Ela me fez ver por que minha mãe disse ou fez muitas das coisas que disse para mim e me fez lutar pessoalmente por mais." Edna mencionou: "Como diz o velho ditado, 'nunca esnobe uma pessoa quando você tem filhos, porque você pode ter que bater naquela porta um dia para pedir um pouco de comida para eles'".

Saúde reprodutiva: "Você faz o que tem que fazer para tornar sua vida melhor"

Apesar da importância da maternidade para a noção de direito compartilhada pelas mulheres, o número médio de filhos variou grandemente entre as partcipantes das três comunidades. As do grupo de costura de Soperton tinham, de longe, o maior número de filhos, enquanto que as do grupo do sindicato tinham o menor; mesmo se separarmos as mulheres com menos de trinta anos desse programa, que ainda podem vir a ter filhos, o número é gritantemente mais baixo. Ao serem perguntadas por que elas não tiveram filhos, mesmo aquelas que os desejavam, as mulheres disseram que precisavam de mais dinheiro para arcar com seus filhos da maneira que achavam necessária. Uma mulher jovem, que tinha uma criança de três anos de idade, disse que o momento mais forte de toda a sua vida foi quando ela deu à luz, e, ainda assim, é quando sua filha pede algo que ela não tem como comprar que ela se sente mais impotente. Embora poucas falem sobre isso, é bem provável que elas saibam que o tamanho de suas famílias lhes tornou mais difícil terminar a escola. A fecundidade média das mães das cinqüenta participantes do grupo do sindicato foi de 4,7.

Em Nova York, onde as mulheres que não nasceram na cidade tiveram, em 1991, quase o dobro dos filhos das que ali nasceram, a taxa de nascidos vivos em Washington Heights foi de 91,2 para 1.000 mulheres com idades entre 15 e 44, em comparação com 54,8 para 1.000 mulheres em Manhattan como um todo (Krasner, Heisler e Brooks, 1994). Ainda assim, a taxa de fecundidade total para as imigrantes dominicanas em ambos os grupos desse estudo foi 1,9, abaixo da taxa para as mulheres hispânicas em todo o Estado, a qual foi 2,6 em 1990 (Clarke e Ventura, 1994). O número médio de crianças nascidas de imigrantes nesse estudo é ainda mais baixo. As participantes mencionaram que suas preocupações econômicas foram fundamentais na decisão de limitar o tamanho de suas famílias, decisão essa geralmente relacionada ao desejo de dar a seus filhos uma boa educação ou ao de continuar a sua própria educação.

Na Soperton rural, em contraste, a maioria das participantes começou a ter filhos quando adolescentes e, ao chegar aos vinte anos, a maioria já tinha dois filhos. Dessa forma, as diferenças entre aquelas com mais de trinta e as mais jovens até certo ponto refletem o fato de que as mais jovens ainda não pararam de ter filhos. Assim, apesar do fato das adolescentes de Soperton ainda não terem encerrado a sua vida reprodutiva, há evidências de que elas irão parar de ter filhos após o primeiro ou o segundo. O uso de contraceptivos entre adolescentes está crescendo, bem como o uso de preservativos entre os homens, basicamente devido ao medo da aids. Ensina-se orientação sexual nas escolas e é grande a procura pelas clínicas públicas — onde se encoraja o uso e se distribui gratuitamente contraceptivos. Algumas adolescentes disseram que tinham acesso a meios de controle de fecundidade desde os seus quinze anos, mesmo antes de se tornarem sexualmente ativas.

A taxa de gravidez de adolescentes é, obviamente, uma preocupação em Soperton, e isso se reflete na alta incidência de ligações de trompas, muitas vezes realizada antes dos 25 anos. Entre as participantes de Soperton, a esterilização foi, de longe, o método contraceptivo mais utilizado: metade das mulheres já tinha feito laqueadura de trompas entre os vinte e vinte e cinco anos de idade. No entanto, não está claro o quão espontaneamente essa decisão foi tomada. O hospital mais próximo fica a cerca de 25 quilômetros e a maioria dos residentes viaja 150 quilômetros até Augusta, ou mesmo até Atlanta, para ter acesso a serviços de pré-natal ou de parto. As poucas mulheres que se decidiram pela laqueadura de trompas demonstram arrependimento: afirmam que se enganaram, pois achavam que o procedimento era reversível ou, também, que não se sentiram bem depois da decisão. A maioria das entrevistadas mais velhas, por sua vez, não tinha conhecimento de outros métodos contraceptivos além da pílula ou da esterilização. A clínica não faz abortos nem fornece aconselhamento sobre a interrupção da gravidez. A maioria das mulheres que escolheram a ligação de trompas, no entanto, embora estivesse consciente de que, historicamente, as mulheres de cor foram alvo de abusos relacionados à esterilização, achavam que essa opção era libertadora e que era uma boa decisão. Uma entrevistada, mãe de dois filhos, descreveu sua decisão, depois de ter engravidado mesmo tomando pílula: "Eu disse àquele médico que eu queria que ele cortasse elas [as trompas] ao meio, prendesse elas, amarrasse elas e desse um laço nelas se fosse necessário".

A esterilização prevaleceu entre as entrevistadas de ambos os grupos de Washington Heigths, que disseram que esse era um método comum também na República Dominicana. Sete de oito entrevistadas do grupo de saúde que eram sexualmente ativas escolheram esse método. E, no grupo da Alianza, cinco entre 12 que eram sexualmente ativas, também escolheram ser esterilizadas. Várias participantes desse grupo manifestaram sua insatisfação com métodos reversíveis, dizendo que eles eram pouco confiáveis e que ouviram falar a respeito de efeitos colaterais negativos. Entre as participantes no programa de crédito universitário, apenas cinco das vinte e uma que eram sexualmente ativas haviam escolhido a esterilização; o restante ou usava pílulas ou preservativos. No geral, esse método era mais fácil, mas nem sempre, como explicou uma das entrevistadas do grupo de saúde:

> Eu estava acabada economicamente, não tinha condições de ter mais filhos e meu casamento estava desmoronando. Foi uma decisão difícil porque eu tinha me casado na Igreja e a Igreja não aceitaria minha decisão.

Nos Estados Unidos, a proporção de mulheres que correm o risco de engravidar mesmo utilizando-se de métodos contraceptivos permaneceu estável em 64% de 1984 a 1995. Nesse período, a prevalência de esterilização cresceu de 23% a 28%, enquanto o uso do diafragma e do DIU declinou e o da pílula permaneceu constante (AGI, 1997). As razões para esse aumento foram várias, mas refletem uma pressão para a esterilização de mulheres pobres, daquelas que sofreram violência, usuárias

de drogas e presidiárias, bem como para aquelas expostas a substâncias químicas tóxicas. O Medicaid, programa público de assistência médica para os pobres, cobre 90% dos custos da esterilização, diferentemente do que faz com as outras formas de contracepção. Além disso, quanto maior for a família, mais chances tem a mulher de se utilizar de métodos permanentes de contracepção, como a esterilização. Em geral, as mulheres com maior probabilidade de serem esterilizadas têm idades entre 30 e 44 anos, já foram casadas, são negras ou hispânicas e têm os mais baixos níveis de educação e de renda no país (AGI, 1993:1).

As imigrantes raramente possuem empregos que forneçam uma cobertura de saúde abrangente. Ao contrário, elas dependem de serviços municipais de saúde, os quais, como de costume, estão lotados, com recursos inadequados e equipes sobrecarregadas de trabalho. Assim, as imigrantes atrasam constantemente sua busca por serviços de saúde e, com freqüência, negligenciam completamente os cuidados preventivos e pré-natais. Em Washington Heights, quase um quinto (18%) das grávidas tiveram fizeram o pré-natal tardio ou não o fizeram; 54% dos nascimentos foram de mães solteiras, comparados aos 44,8% da cidade como um todo (NYC DOH 1993). Em toda a cidade, estima-se que dois terços das mulheres que não usam métodos contraceptivos são pobres e, provavelmente, estarão entre as 50.000 mulheres que precisam de serviços de planejamento familiar e que não os recebem (NYC DOH: 1993).

Em anos recentes, a introdução de contraceptivos de longa duração, tais como o Norplant e o Depo Provera, criou uma nova área de vulnerabilidade para as mulheres. As mulheres do grupo focal de Soperton relataram que o Medicaid pagaria pela introdução dos implantes de Norplant, mas não por sua retirada, exceto por "motivos médicos". A elas foi dito que teriam que pagar US$ 300,00 e reembolsar o Estado pelo custo da inserção se quisessem seus implantes removidos antes de se passarem dois anos. Por outro lado, elas disseram que, quando reclamavam de dores de cabeça, de sangramentos constantes, de perda maciça de cabelos ou de palpitações, as autoridades médicas chamavam essas intercorrências de "inconveniências" e não de problemas médicos. Chegou-se a dar Depo Provera a uma mulher jovem, que tinha histórico de enxaquecas, hipertensão e displasia, sem qualquer comunicação sobre os efeitos colaterais.

Algumas entrevistadas eram indubitavelmente a favor do aborto. Em Soperton, as entrevistadas, quase que sem exceção, foram contra, ainda que algumas das mais velhas tenham relatado terem se jogado da varanda ou escada abaixo na tentativa de terminar com suas gestações. E enfermeiras do serviço público de saúde relataram alta incidência de abortos espontâneos na cidade, uma vez que, anualmente, de 25 a 30 mulheres com testes de gravidez positivos não retornam para as consultas de pré-natal. Diz-se que as pessoas costumavam ir para Atlanta ou para a Flórida para interromper a gravidez, mas agora elas podem fazer isso em Dublin, a quarenta quilômetros. Também em Washington Heigths, as entrevistadas de ambos os grupos

eram contra o aborto, embora em menor proporção do que em Soperton. Apenas sete das 29 mulheres do grupo da Alianza apoiavam o aborto, enquanto 16 se opuseram e quatro não tiveram opinião. Das que se opuseram, no entanto, apenas nove se opunham em todas as circunstâncias: quando indagadas sobre o aborto terapêutico, sete disseram que elas o fariam ou considerariam fazê-lo. Entre as mulheres do grupo de saúde, muitas disseram que se opunham ao procedimento, mas quando indagadas sobre o aborto terapêutico, perto de um terço admitiu já ter passado por um, e quatro delas, mais de uma vez. Ao serem perguntadas a respeito de decisões sobre as quais elas se sentiam bem por terem-nas tomado, uma participante do grupo mencionou "a decisão de ter feito um aborto, porque eu estava doente e sozinha". Mesmo aquelas que se opunham mais fortemente, admitiam alguma tolerância, mostrando uma compreensão de que, muitas vezes, as mulheres sentiam que não tinham outra opção.

Dada a tendência das entrevistadas em ambas as comunidades de se definirem principalmente a partir da maternidade, a influência generalizada dos ensinamentos religiosos contra o aborto e, talvez mais insidiosamente, a crescente tendência da mídia e da discussão sobre políticas públicas de retratarem as mães solteiras, especialmente as de cor, como irresponsáveis e como um fardo para certos grupos étnicos e culturais, a extensão da oposição ao aborto não surpreende. Mas, considerando-se os esforços dessas mulheres para conciliar o trabalho fora de casa com as tentativas de garantir uma melhor posição na família, também não surpreende sua tolerância em relação à prática do aborto.

Em geral, as entrevistadas no programa educacional do sindicato foram mais contundentes em relação ao direito de escolha, embora mais de um terço tenha dito que não fariam um aborto. "Se uma mulher precisa disso, é uma escolha dela", disse uma delas; "Você faz o que precisa fazer pra tornar sua vida melhor", disse outra. Mas Edna, já perto dos trinta anos, que disse que faria um aborto "em um segundo" para evitar uma gravidez indesejada, também afirmou que, para as mulheres casadas, a situação é diferente: "Se você está fazendo contracepção e assim mesmo engravida, é porque Deus queria que isso acontecesse", disse ela. E Cláudia, que se sente culpada por ter abandonado seu marido, deu esse conselho para sua filha: "Fique casada, vá à igreja, planeje seus filhos".

Sexualidade: "Você quer ser uma menina boa ou uma menina má?"

Essas visões conflitantes sobre ter filhos e fazer abortos refletem a profunda ambivalência sobre a sexualidade, que permeia a sociedade e a cultura americana, especialmente no que diz respeito às mulheres. Em um tempo em que os meios de comunicação de massas bombardeiam a população com conversas e imagens sexualmente explícitas, o debate sobre políticas públicas gira em torno de conselhos

para que você "diga não", especialmente para as mulheres mais jovens. Virtualmente, o debate público – na mídia ou no campo das políticas — não partem da afirmação dos direitos sexuais das mulheres, o que incluiria discutir os tipos de apoio que lhes possibilitaria realizar escolhas sexuais livres e saudáveis, sem temor de censura ou de doenças. Os conservadores religiosos e políticos se mobilizam para restringir o acesso à saúde reprodutiva e limitar os termos da orientação sexual à prevenção da gravidez e, com isso, eliminam toda a discussão sobre sexo e sexualidade fora do contexto do casamento. Poucos se surpreendem com o fato de que os Estados Unidos apresentem uma das maiores incidências de doenças sexualmente transmissíveis do mundo desenvolvido: estima-se que ocorram em torno de 12 milhões de novos casos de dsts a cada ano, um quarto deles entre adolescentes (Centro Nacional de Prevenção da aids, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Tuberculose, 1996).

Nem uma mulher sequer em nosso estudo, disse que seus pais ou responsáveis lhes falaram a respeito da sexualidade em termos de seu direito ao prazer. Em vez disso, as irmãs mais velhas e as tias geralmente deram informações sobre menstruação ou conselhos sobre como evitar a gravidez. "A sexualidade era tabu; minha mãe era muito tímida", disse uma entrevistada, agora com 56 anos de idade. Mas as respostas das mulheres mais jovens sugeriram que as coisas não mudaram: "Eu não sabia o que era menstruação até que tive a minha", disse Joy, agora com 34 anos. "Até eu ficar adolescente, eu achava que os aviões traziam os bebês." "Minha mãe me passou uma caixa de absorventes e disse que agora eu sabia como usá-los, certo? E eu disse que sim e li as instruções", relembrou-se Edna, agora em meados dos seus vinte anos.

Mesmo as participantes latinas, cujas famílias celebravam a menstruação como um sinal de que as meninas tinham passado à idade adulta, afirmaram que aí situava-se também o começo de seu isolamento sexual. "Eu não podia mais sentar no colo de meu pai", lembrou uma jovem do grupo de saúde. "E se você dissesse a eles, eles falariam: 'Você não pode ir nadar e você não pode fazer isso'. E você não podia ir ao jardim. Papai costumava dizer: 'Você não pode chegar perto dos feijões, isso vai matar os seus feijões... Vai matar o seu jardim'".

Os mesmos tabus cercavam a virgindade. Das dezesseis entrevistadas do grupo de saúde dominicano, treze disseram que aprenderam que as mulheres deveriam ser virgens até o casamento, ainda que 54% dessas mulheres tenham tido filhos sem terem se casado. Embora mais de três quartos das mulheres do sindicato tenham dito que se esperava que elas fossem virgens até o casamento, elas reconheciam isso como "um ideal pouco realista, dados os casamentos tardios". Algumas acreditavam que permanecer virgem faria sua vida mais fácil: "Foi o que aprendi desde que era uma garotinha", e uma mulher do grupo de saúde explicou: "Pode-se evitar muitos problemas". Muitas mulheres desse grupo questionaram esses ensinamentos e outras os rejeitaram de cara: "Essa mensagem veio de minha avó, minha mãe, muito tradicionalista... Eu acho que é um absurdo. Eu não recomendo a ninguém que se

case assim", disse uma delas. Outra concordou: "Eu acho que isso é muito negativo, você não precisa ser virgem só para ter certeza da pessoa com quem quer se casar".

Entre as entrevistadas de Soperton, embora algumas valorizassem a virgindade, e nenhuma tivesse permanecido virgem depois dos vinte anos, muito poucas se sentiam à vontade para falar de sexo como prazer. Nos grupos focais, as relações sexuais eram freqüentemente relacionadas a prazer e dor, vazio e decepção; a maioria não sabia o que era um orgasmo, nem se jamais havia experimentado algum. Nessa comunidade, as adolescentes foram as únicas a expressar uma percepção sobre seus direitos ao prazer sexual e ao orgasmo, possivelmente como resultado da orientação sexual decorrente de um período menos difícil ou, melhor dizendo, das freqüentes mensagens de prazer sexual que chagem através da televisão ou de filmes tanto para as mulheres quanto para os homens.

No entanto, a aids fez com que as entrevistadas de todos os grupos ficassem mais conscientes sobre os perigos do sexo. Como colocou uma das participantes do programa do sindicato: "Está muito perigoso lá fora. E a melhor maneira de evitar isso é controlando-se". Ao mesmo tempo que reforçaram a importância de conhecerem seus parceiros e usarem preservativos, muitas simplesmente evitavam o sexo: mais da metade das entrevistadas do grupo de saúde dominicano e quase a metade das mulheres do programa do sindicato não estavam usando métodos de controle da fecundidade porque não estavam fazendo sexo. Uma participante do grupo focal do sindicato disse: "Quando eu me casei, o normal era as pessoas serem virgens. Logo depois que casei, veio a revolução sexual. Então, eu a perdi. Agora, é claro, nós temos a aids. Então, eu estou ferrada". Ela disse que admira as garotas jovens de hoje em dia, que sabem que "você não precisa estar casada para fazer sexo".

As participantes dos grupos focais também manifestaram incertezas sobre a masturbação: "Você aprendia que era uma coisa ruim, porque, em sua cabeça, era errado. Porque te fazia sentir bem, era errado", disse uma entrevistada do programa do sindicato. Outra concordou:

> Eu acho que a primeira vez que eu ouvi esse assunto ser discutido aberta e livremente foi quando ouvi a Dra. Ruth [uma terapeuta sexual da televisão] dar permissão às mulheres, dizendo "Tudo bem, masturbe-se, é divertido!". Eu acho que foi a primeira vez que ouvi uma mulher dizendo isso.

Muitas expressaram a mesma dificuldade em superar a ignorância ou a culpa a respeito de buscarem o prazer sexual. Uma participante do grupo focal do sindicato relembrou a sua própria experiência:

> Foi só depois que eu fiz minha histerectomia, e talvez eu tenha ficado mais madura, que eu comecei a dizer: "Eu tenho que descobrir o que é essa coisa, qual o prazer disso". Eu nunca tinha perguntado ao meu marido... não conseguia. Eu me lembro a primeira vez que aconteceu. Eu estava com tanto

> medo. Entrei no banheiro, me olhei no espelho e disse: "Meu Deus!". Eu senti uma coisa estranha, uma coisa engraçada, uma coisa que nunca tinha sentido antes. Talvez aquele tenha sido meu primeiro orgasmo. E eu já tinha trinta e tantos anos. E lá estou eu, me olhando no espelho e me perguntando: "Porque eu me senti tão bem? O que aconteceu? Como isso aconteceu?". E então eu mal podia esperar para fazer aquilo de novo.

Sua colega concordou. No conjunto habitacional onde ela foi criada "as garotas viviam tendo bebês, e todo mundo ficava envergonhado... Eu não sabia que você tinha que se libertar [para conseguir um orgasmo]!".

Falar sobre sexualidade era ainda mais restrito quando se tratava da sexualidade gay ou lésbica. A maioria das entrevistadas afirmou que cresceu acreditando que a homossexualidade era um tabu, um pecado ou uma anormalidade. Os homossexuais, dentro das comunidades de Washington Heights, são praticamente invisíveis, como o são na Soperton rural, onde entrevistadas disseram: "Nós não temos nenhum homossexual em nossa comunidade". Ainda que a maioria das participantes do grupo de saúde percebesse a homossexualidade como algo normal, houve quatro que a desaprovavam ou disseram que ela era "anormal". E uma líder comunitária de Soperton contou às pesquisadoras: "Em apenas uma família, há vários homossexuais masculinos". Uma participante do grupo do sindicato, claramente em conflito com os preconceitos com os quais cresceu, disse: "Eu não apóio esse [tipo de] relacionamento. É abominável. Mas eu respeito as decisões de cada pessoa".

Para além da questão da identidade pública, as participantes dos grupos focais sentiam-se confortáveis com as relações entre pessoas do mesmo sexo e falaram a respeito de suas experiências enquanto garotas: "Eu me lembro de praticar beijo na boca com minhas amigas porque nós não podíamos beijar os garotos", disse uma delas.

Assim, o prazer sexual, tanto o imaginado quanto o procurado, parece estar se tornando um direito que as mulheres se atribuem à medida que superam seus condicionamentos, bem como as imagens de virgem/prostituta perpetuadas pela religião e pela mídia. Uma participante de um dos grupos focais resumiu o que muitas sentiam:

> Assim, você tem que tomar uma decisão. Você quer ser uma menina boa ou uma menina má? Se você fosse uma menina má, seu nome ia ser conhecido e todo mundo ia saber que você era uma menina má e todo mundo ia saber o que você andava fazendo. Então, eu decidi ser uma menina boa. Deixei todo mundo feliz. Eu me casei, engravidei cinco vezes e tive quatro bebês. Eu queria me casar? Eu queria ter filhos? Não! Mas era o que eu tinha que fazer. Fiquei casada trinta e um anos. Você aprende, ao longo dos anos, a fazer mudanças e ajustes e foi isso o que eu andei fazendo... No começo do casamento, ele queria sexo a qualquer hora do dia. Eu detestava aquilo. Eu

> não queria isso, eu não gostava disso. Depois de você ouvir todos aqueles anos que isso é tabu, você não faz nada e aquilo não era uma coisa que eu considerasse prazerosa... Eu acho que levei anos para poder simplesmente relaxar e poder desfrutar do sexo.

Conclusões: ir embora — e organizar-se

Ouvir as entrevistadas falando sobre suas vidas reprodutivas e sexuais lança luz sobre o complexo processo pelo qual as mulheres em comunidades pobres, e particularmente as mulheres de cor, aprendem a valorizar-se como adultas independentes e como sujeitos de direitos. Em todas as localidades, ficou claro que a consciência a respeito de seus direitos específicos estava intimamente ligada à crença de que diferentes oportunidades estavam disponíveis em diferentes comunidades. Isso é, o "povo" no qual a mulher se via como parte integrante, em termos culturais ou étnicos, parecia influenciar o quanto de autoridade cada situação daria a essa mulher, para "fazer o que eu quero fazer e ir onde eu quero ir". Para as entrevistadas de todas as localidades, encontrar uma identidade autônoma e satisfazer suas necessidades básicas em comunidades que também estão lutando para sobreviver envolve uma complexa negociação entre a necessidade de segurança e o apoio de suas famílias e o desejo de liberdade para viverem suas próprias vidas.

Em comunidades afro-americanas e latinas, em Soperton, bem como na cidade de Nova York, as mulheres lutam através de sua relação com essas comunidades, as quais têm, ao mesmo tempo, nutrido sua identidade e, com freqüência, parecem colocar limites à sua auto-valorização. As mulheres mais jovens em Soperton expressaram sua frustração com valores do tipo "Fique ao lado do seu homem" que a comunidade lhes impõe. "Algumas mulheres pensam mais nos homens do que em si próprias", disse uma delas. "O papel da mulher é pensar por si mesma." E uma outra sentia que poderia oferecer apoio melhor se aprendesse a pensar em si antes: "Eu não posso fazer muito para melhorar minha comunidade, eu preciso me melhorar — começar comigo e então pensar neles". As latinas de Washington Heights, tendo deixado a segurança de suas famílias e comunidades em seu país de origem, estão dando forma a uma identidade pessoal e social através de uma comunidade de cultura e linguagem que elas mesmas ajudaram a (re)criar. Dentro do grupo de saúde, as entrevistadas revelaram desde suas preocupações sobre sua saúde pessoal e a de suas famílias até suas idéias sobre seu lugar como mulheres. "As mulheres estão se interessando por se educar para se libertar e para se sentir útil a si própria e à sua comunidade", explicou uma delas. Para outra, é este o significado da garantia de direitos: para "criar grupos, despertar a consciência das mulheres... aprender a lutar por seus direitos como mulheres".

O modo pelo qual as mulheres nas diferentes comunidades são capazes de tomar decisões enquanto mulheres depende de sua habilidade em definir o que

chamamos de "cidadania social", que significa a habilidade de ser plenamente adulta. Todas as participantes, a partir da descrição de suas escolhas, e por suas próprias palavras, expressaram o direito de se definir como adulta. Assim, compreendiam os "direitos" em termos daquilo que encaravam como necessário à sua autonomia e os expressavam primariamente em termos daquilo que não tinham. Aquelas sem emprego ou educação adequada expressaram seu direito a ambos, ao lado de necessidades básicas tais como habitação, alimentação e cuidados de saúde. Aquelas que tinham empregos estáveis e habitação, basicamente as mulheres do programa universitário do sindicato, entendiam seus direitos em termos mais amplos, incluindo lazer e atividades para seu próprio bem-estar, um parceiro amoroso, liberdade de tomar decisões sobre seu próprio corpo, espaço e privacidade, respeito e igualdade.

Para as entrevistadas do grupo do sindicato, muitas das quais abandonaram as famílias e as comunidades em que foram criadas, o sindicato funciona como um substituto, que provê oportunidades e segurança. Em contraste com outras mulheres do estudo, as vidas dessas mulheres são caracterizadas por três elementos essenciais: segurança no emprego, oportunidades educacionais e a experiência como membro do sindicato, o que reforça a organização coletiva, bem como os direitos individuais. Esses fatores, sugere a pesquisa, fornecem o alicerce que permite às mulheres lançarem-se do simples entendimento de que possuem tais direitos à capacidade de correrem riscos e de agirem quando as oportunidades se oferecem.

A compreensão de "cidadania social", observado neste estudo, difere, portanto, do conceito de *cidadania cultural* observado por Benmayor *et al.* (1992) entre as mulheres porto-riquenhas na cidade de Nova York. Ao colocar juntos cultura e cidadania, o autor afirma que "a identidade cultural dá suporte às demandas por direitos sociais nas comunidades oprimidas e, ao mesmo tempo, essa identidade é produzida e modificada no processo de afirmação dos direitos". A "cidadania social", por contraste, é mais uma tentativa e é mais limitada. Em Soperton, por exemplo, a vontade de articular direitos, antes mesmo de demandá-los, é restringida pelo temor de se perder o emprego, os benefícios sociais ou o apoio social. É por isso que, apesar de seu comprometimento apaixonado, as tentativas de Cora Lee Johnson em fazer com que outras mulheres se tornem ativistas em sua comunidade não têm sido bem-sucedidas.

Mesmo em Soperton, porém, tornou-se evidente que os direitos, incluindo os direitos individuais, se mantêm quando há participação em um grupo, ainda que fracamente organizado. Qualquer oportunidade de trabalhar juntas em um grupo, mesmo se for apenas para socializar, permite que as mulheres das comunidades pobres quebrem os padrões de isolamento, e, para muitas dessas mulheres, este estudo foi a primeira oportunidade de examinar e compartilhar seus pensamentos sobre sexualidade, contracepção, gravidez e aborto, de ouvir os pensamentos de cada uma sobre assuntos de saúde reprodutiva e de começar a encará-los como direitos. Os "lugares sem-campanários" (que não são igrejas), onde as mulheres

podem se encontrar e quebrar seu isolamento, parecem importantes para que elas sintam que podem correr o risco de mudar suas vidas. As participantes da loja de costura de Soperton, relutantes em correr tais riscos, confiam naquelas que encontraram maneiras de negociar com os representantes do *status quo* (as igrejas, as agências de bem-estar social, as clínicas de planejamento familiar).

Em todas as localidades, as entrevistadas expressaram mais claramente um direito concreto em relação à maternidade e criação dos filhos, indicando que, para mulheres pobres, para além de linhas geográficas, bem como raciais e culturais, a maternidade é sinônimo freqüente de família e intimidade, assim como um símbolo de suas lutas para se estabelecerem como pessoas e como adultas. As mulheres falaram da maternidade como uma fonte de afirmação e realização. Para aquelas com poucas oportunidades, a maternidade lhes deu alguma autoridade para afirmar direitos, se não para elas mesmas, pelo menos para suas crianças — como ficou demonstrado pelas mães de Soperton que se levantaram contra os administradores de escolas quando acharam que seus filhos estavam sofrendo discriminação. Mesmo aquelas que viam a maternidade como um elemento crítico para a sua identidade também manifestaram desejos de ter uma vida com mais significado antes, durante e depois da maternidade, ou seja, de ter a oportunidade de se tornar a mulher que haviam imaginado.

Esses achados assumem um significado ainda maior ao lado da observação de que a maioria das participantes, em todos os lugares, estava vivendo sem homens. As participantes de Soperton, a maior parte das quais nunca foi casada, viviam com suas crianças em famílias de múltiplas gerações de mulheres, em que os homens eram, quando muito, visitantes. Aquelas em Washington Heights, muitas das quais eram os primeiros membros de suas famílias a imigrarem para os Estados Unidos, cansaram-se de cuidar de seus maridos como se também fossem suas crianças, especialmente porque muitas também se tornaram as principais ganhadoras do pão de suas famílias. Diversas deixaram seus maridos, enquanto outras permaneceram sem parceiros depois que seus maridos morreram. Isso também foi verdadeiro para as mulheres do programa do sindicato, embora algumas poucas tivessem casamentos felizes. Essas mulheres estão cansadas de homens que as traem ou que insistem em tomar, sozinhos, as decisões familiares, enquanto deixam para elas apenas a responsabilidade de cuidar das crianças. Como Bárbara, que diz à sua filha que consiga seu cheque de pagamento de forma que, se as coisas não derem certo, ela possa seguir em frente, elas estão percebendo que sozinhas estão em situação melhor.

A decisão de viver em famílias sem homens pode, também, lançar luz sobre outro achado deste estudo: a decisão pela esterilização ou pelo uso de contraceptivos de longa duração, tal como o Norplant, mesmo que as mulheres não tenham ainda tantos filhos quanto desejam. Embora, em parte, como notamos, isso reflita as atitudes dos provedores de cuidados médicos em comunidades pobres, que pressionam as mulheres pobres para que limitem o número de filhos que virão a ter, isso também

reflete as decisões das mulheres de livrar-se dos fardos da gravidez e da criação dos filhos, algo que elas consideram profundamente libertador. A esse respeito, as entrevistadas demonstraram capacidade de separar sexualidade de maternidade, uma afirmação implícita de seus direitos sexuais. Em vez de imaginar maneiras de evitar o sexo, elas são livres para pensar em desfrutá-lo e mesmo para tomar a iniciativa. E a despeito do opróbrio da comunidade, algumas até mesmo falam sobre masturbação e homossexualidade.

Em alguma medida, esses achados expressam as contradições das vidas das mulheres pobres nos Estados Unidos: a oportunidade e o estigma oferecidos pelo sistema de benefícios sociais para as mulheres pobres que escolheram a maternidade e viver sem homens; a liberdade — e o potencial arrependimento — oferecida por métodos de controle de natalidade de longo prazo e pela esterilização; a habilidade de imaginarem — ainda que raramente demandem — o prazer sexual. A forma como elas expressam essas questões, como a articulação de um direito a ter direitos, reflete as diferentes habilidades de se organizarem por segurança econômica e por suas necessidades pessoais e comunitárias. Além disso, isso também reflete até que ponto as mulheres pobres em todas as regiões do país são influenciadas por uma cultura popular mais ampla, especialmente por conta da mídia, bem como pelo contexto das políticas sociais e econômicas. A natureza das políticas públicas — e a veemência com a qual elas são contestadas — força as mulheres nas comunidades pobres e de imigrantes a negociarem diariamente com o Estado e as autoridades médicas, transformando as fronteiras dos domínios público e privado, fazendo com que decisões pessoais se tornem assuntos de justiça econômica e social. Em todas as localidades, as lutas pela sobrevivência das mulheres vão além das disputas intensas e privadas com maridos e famílias e chegam à articulação de demandas *vis-à-vis* com o Estado e sua sociedade mais ampla.

Os achados a respeito da forma pela qual as mulheres pobres e as mulheres de cor pensam seus direitos, tanto como mulheres quanto como cidadãs, reforçam a agenda dos direitos à saúde reprodutiva e do movimento dos direitos sexuais que, há muito, lutam para a integração de uma visão de autonomia pessoal com solidariedade social e responsabilidade. Como suas contrapartidas no Sul global, aquelas mulheres no Sul dentro do Norte estão lutando para encontrar maneiras de satisfazer suas próprias necessidades, bem como as de suas comunidades. Mas afirmar seus direitos pessoais e coletivos e suas identidades é apenas um começo. O movimento pelos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres ganha força a partir de sua capacidade e habilidade de lutar contra as forças que tentam manter as mulheres "em seu lugar" e, para isso, deve constantemente definir e redefinir suas questões a partir do modo como elas são, de fato, vividas — pelas mulheres pobres, assim como pelas ricas, pelas mulheres de cor e pelas mulheres imigrantes, assim como pelas mulheres brancas — e nunca de forma exterior ao trabalho e à comunidade nas quais as mulheres estão envolvidas.

Tabela 8.2 Educação

Educação	Loja de Costura de Soperton*	Grupo de Saúde Dominicano	Alianza Dominicana	Grupo do Sindicato
Média de anos	10,8	8,5	10,9	14,4
Até 4a série	3	6	4	-
Até 8a série	13	8	9	-
2o grau/técnico	16	2	16	-
Universitário	1	0	0	50

* As informações educacionais não estavam disponíveis para duas das mulheres neste estudo.

Tabela 8.3 Renda Média

Loja de Costura de Soperton	Grupo de Saúde Dominicano	Alianza Dominicana	Grupo do Sindicato
US$ 10.000	US$ 12.000	US$ 10.000	US$ 20.000

Tabela 8.4 Uso de Contraceptivos

Indicadores	Loja de Costura de Soperton (35)	Grupo de Saúde Dominicano (16)	Alianza Dominicana (29)	Grupo do Sindicato (50)
Nº de mulheres utilizando*	24	8	12	22
Esterilização	14	7	5	5
Norplant/Depo Provera	2	0	1	0
Pílula	6	1	5	15
Preservativo Masculino	2	0	1	13
Nenhum	2	5	6	17
Outros**	9	3	11	13

* Totais superiores ao número de mulheres na categoria refletem o uso de mais de um método.

**Incluem histerectomia, mulheres na menopausa e grávidas e aquelas cujos dados não estavam disponíveis.

9

Comparações entre Países e Perspectivas Políticas

Rosalind P. Petchesky

Comparando através e dentro das diferenças

O que podemos dizer sobre as sete complexas narrativas apresentadas nos Capítulos 2 a 8, que pudesse servir como um fio a mantê-las unidas e, ainda assim, reconhecesse os contrastes e as contradições que trazem à luz? Qualquer esforço para traçar comparações sobre os sete estudos do IRRRAG acabará por chocar-se com as grandes diferenças entre as mulheres que deles participaram: nos métodos para selecioná-las, na sua distribuição por idade, etnia, religião, estado civil, situação de emprego e outras variáveis, e, claro, nos contextos culturais, legais e políticos de cada país e comunidade nas quais elas vivem. A discussão que se segue pode apenas realçar algumas dessas diferenças a fim de ilustrar os desafios e oportunidades que elas nos oferecem.

Em um livro recente, Nira Yuval-Davis desenvolve uma estrutura teórica bastante útil para se analisar como as políticas voltadas para a reprodução biológica e cultural "da nação" afetam a situação das mulheres em diferentes sociedades e culturas — ou, como diz a autora, de um modo "transversal". Fazendo eco a toda uma geração de feministas do Terceiro Mundo e de feministas negras, latinas e árabes, ela chama a atenção o fato de qualquer tentativa de situar estudos locais em estruturas mais amplas deve considerar as mulheres como "integrantes de coletividades nacionais, étnicas e raciais, bem como situadas em determinados lugares de classe, em diferentes momentos de seus ciclos de vida e da sua sexualidade":

> As mulheres não são apenas indivíduos, nem são apenas agentes da coletividade. As mobilizações em torno dos "direitos reprodutivos" deveriam levar em conta a multicomplexidade e a multidimensionalidade de identidades na sociedade contemporânea, sem perder de vista as dimensões dos diferentes poderes das diferentes coletividades e dos agrupamentos que atuam em seu interior (Yuval-Davis 1997:38).

Ainda assim, um esforço bem-intencionado de enfocar questões de direitos reprodutivos e de "reprodução social" com base em uma perspectiva "multidimensional" pode desafiar seriamente qualquer análise comparativa dos sete estudos do IRRRAG, ou mesmo dentro de cada um deles. Como pode alguém constuir elos entre as estratégias reprodutivas de uma mulher hausa no norte da Nigéria, uma mulher chinesa na área rural da Malásia ou uma mulher imigrante dominicana na cidade de Nova York (todas elas com identidades muito mais ligadas às suas etnias do que a qualquer noção abstrata de nação) e as participantes de países como o Brasil e o Egito, onde o projeto nacionalizante teve um alcance muito mais amplo? Como pode alguém comparar o impacto da participação das mulheres em grupos locais, no que tange à consolidação de noções de direitos sexuais e reprodutivos, quando, em alguns lugares, tais como o Brasil e as Filipinas, as feministas têm uma longa interação com esses grupos ao passo que, em outros lugares, tais como a Nigéria e o México, essa interação está mal começando?

As variações nos contextos políticos e econômicos nacionais entre os sete países também tornam essas comparações mais difíceis. A repressão e a corrupção severas que infestam o atual governo na Nigéria não têm equivalente real nos outros países, embora políticas autoritárias e antidemocráticas também os caracterizem em diferentes graus. Da mesma forma, enquanto as pressões econômicas e o impacto das políticas de ajuste estrutural tornam-se fardos para todas as comunidades pesquisadas, as diferenças de renda entre os países são significativas, com a Nigéria, mais uma vez, de longe, na pior situação, e os Estados Unidos em uma posição de evidente vantagem (veja os números do PIB *per capita* na Tabela 9.1). Enquanto há movimentos transnacionais que promovem um fundamentalismo religioso ubíquo, afetando até certo ponto todos os países, sua influência sobre as políticas públicas é bem maior, no momento, em alguns contextos (Egito, Malásia, Filipinas e Estados Unidos) do que em outros. Essas condições externas limitam seriamente não apenas a habilidade das mulheres para construírem sua própria consciência de direitos, mas também a habilidade de nossas próprias equipes para pesquisar essa questão, além de limitar a capacidade dos movimentos de mulheres para conectar os direitos sexuais e reprodutivos às questões mais amplos da democracia, cidadania e desenvolvimento.

As diferenças entre as legislações nacionais também exercem um impacto diferenciado na noção das mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos e, assim, dificultam a análise comparativa. Apenas para citar um exemplo óbvio, as leis sobre aborto variam enormemente entre os sete países, assim como variam as punições

e seus efeitos práticos sobre as vidas das mulheres. No lado mais severo dessa linha, nas Filipinas (onde a Igreja Católica tem a maior influência sobre as políticas públicas dentre os países pesquisados) as leis penais proíbem o aborto sob qualquer circunstância, mesmo no caso de risco à vida da mulher. Na Nigéria, o perigo à vida da mãe é a única exceção permitida para um aborto legal. Próximo na linha, vem o Brasil, onde o aborto permanece ilegal com duas exceções: perigo à vida da mãe e em casos de estupro; mas, mesmo nessas situações legais, o aborto só pode ser feito em serviços públicos credenciados pelo Ministério da Saúde e só pode ser realizado por médicos. Esses três países, onde as leis de aborto são as mais restritivas, apresentam taxas de mortalidade materna bem mais elevadas do que os outros quatro países onde os estudos foram conduzidos (veja tabelas 9.1 e 9.2). No meio dessa faixa, estão o Egito, a Malásia e o México, cujas leis atualmente permitem o aborto sob certas circunstâncias, incluindo não apenas o risco à vida da mãe, mas à sua saúde, e também em casos de gestações decorrentes de estupro e de diagnóstico de má-formação fetal. Mas nesses três casos, a implementação das leis é incipiente, a disponibilidade de serviços é muito limitada e há muitas falhas na oferta de informações sobre a lei para as mulheres e, tanto na Malásia quanto no México, há carência de provedores de saúde e, no Egito, as penalidades são muito duras para médicos e mulheres que violem a lei (veja Capítulos 2 a 8 e Ross, Mauldin e Miller 1993, tabelas 19 e 20.) Apenas nos Estados Unidos, o aborto é oficialmente um direito constitucional para todas as mulheres e, ainda assim, mesmo lá, há várias leis estaduais e federais que proíbem o financiamento público dos abortos de mulheres pobres e criam barreiras de acesso para menores de idade. Além disso, muitos hospitais públicos, áreas rurais e, cada vez mais, serviços provados nos Estados Unidos — intimidados pelo agressivo movimento antiaborto apoiado pela direita religiosa — não fornecem nenhum serviço de aborto (veja Capítulo 8 e Petchesky, 1990).

Tabela 9.1 Países do IRRRAG, Alguns Indicadores

País	Taxa de Mortalidade Materna 1990[1]	Taxa de Fecundidade Total de 1990 a 1995	Taxa de Mortalidade Infantil 1990 a 1995[2]	Uso de Contraceptivos Modernos 1990 (%)[3]	Uso de Qualquer Método Contraceptivo 1990 (%)[4]	Partos Assistidos por Profissionais de Saúde 1986 a 1990 (%)	PIB per *capita* 1993 (US$)	Gastos Públicos em Saúde 1990 (% do PIB)
Nigéria	1.000	6,4	96	4	6	45	300	1,2
Filipinas	280	3,9	43	25	40	53	850	1,0
Brasil	220	2,5	57	57	66	73	2.930	2,8
Egito	174	4,1/3,6*	57/72,9*	44	45	47	660	1,0
México	110	3,2	35	45	53	45	3.610	1,6
Malásia	80	3,6	14/11,6*	31	48	92	3.140	1,3
Estados Unidos	12	2,1	8 (NYC 25)	69	74	99	24.740	5,3

Fonte: UNDP, Relatório de Desenvolvimento Humano, 1996; WHO e UNICEF, Estatísticas sobre Mortalidade Maternal, 1990 Revisadas (abril, 1996).
(1)Por 100.000 nascimentos vivos (2) Por 1.000 nascimentos vivos (3) Para casais casados, apenas, em uso atual
* Dados da Pesquisa Egípcia em Demografia e Saúde (DHS) ou as estatísticas do Ministério da Saúde da Malásia, que diferem dos dados da ONU sobre mortalidade materna.

Finalmente, não há dúvidas de que as relações de gênero em todos os países ainda são caracterizadas por uma cultura patriarcal ou dominada pelos homens, a despeito de a legislação formal, em quase todos os lugares, apoiar a igualdade entre

homens e mulheres. Mesmo assim, varia enormemente o impacto cotidiano da cultura e da tradição no poder que os homens têm sobre as mulheres e, do mesmo modo, também varia a forma que esse poder assume. Isso se torna particularmente evidente quando olhamos para a composição das famílias e para os significados do casamento e da parceria doméstica nas vidas das mulheres. A noção que uma mulher tem de seus direitos sexuais e reprodutivos e sua liberdade para expressá-los depende fortemente de suas possibilidades de escolha: a opção de deixar um casamento ou de simplesmente não casar pode ser uma opção prática real para ela ou pode ser uma passagem para o ostracismo social e a destituição.

Tabela 9.2 Circunstâncias nas quais o aborto induzido é legal nos países estudados pelo IRRRAG

País	Ilegal (qq circunst.)	Risco à Vida	Risco à Saúde	Estupro / Incesto	Anomalia Fetal	Dificuldades Socioeconômicas	Eletivo
Nigéria		x		x			
Filipinas		x	x		x		
Brasil		x	x	x	x		
Egito		x	x	x	x		
México		x					
Malásia	x						
Estados Unidos							x

Fonte: Rosc. Mauldin e Miller 1993, Tabela 19.

Tanto de um país para outro como no interior de cada um deles, o grau de mobilidade que as mulheres experimentam no casamento diferiram marcadamente. Para as mulheres do meio rural, como nossas entrevistadas na Nigéria, no Egito ou nas Filipinas, não casar era quase impensável por causa da impossibilidade cultural de aceitação de que mulheres tenham e criem filhos fora do casamento. Além disso, o divórcio ou a separação sempre foram encarados como situações dramáticas.[1] As questões mais prementes sobre o casamento são o adiamento da idade de casamento para as mulheres, a garantia do direito de escolha do parceiro e o direito a ser sustentada e apoiada pelo marido. Para as mulheres do Brasil, México e dos Estados Unidos, por outro lado, dadas as particularidades da pobreza urbana e rural nestes países, não casar ou tornar-se mãe solteira (tanto divorciadas, separadas ou solteiras) sem o apoio masculino é mais comum; dentre as entrevistadas dos Estados Unidos, na verdade, essa era a regra. Em lugar de investirem energia e recursos na preparação de suas filhas para o casamento, as mães lhes avisam: "Você não pode depender de homem nenhum".

Ainda assim, a despeito das diferenças entre os contextos políticos e culturais, a pesquisa também revelou semelhanças estarrecedoras — algumas vezes, através

[1] Apenas nas Filipinas, o divórcio ainda é oficialmente ilegal. No entanto, entre as participantes das Filipinas classificadas como "casadas", um bom número o era de forma não-oficial, pois viviam em relações de co-habitação; e várias haviam enfrentado separações definitivas, a despeito das restrições legais e religiosas ao divórcio.

das palavras que faziam eco umas às outras através dos abismos da linguagem, da cultura e dos espaços geográficos. Ao mesmo tempo que somos sensíveis às diferentes nuances entre os países, ficamos também profundamente emocionadas por estes ecos. Sobre o casamento e os seus significados, por exemplo, lembramos de Suzanne, uma afro-americana de 39 anos de idade, da Geórgia rural, que administra um pequeno salão de beleza: "Se eu tivesse que fazer tudo de novo, eu não teria me casado e não teria tido filhos. Eu compraria um carrão preto e sairia dirigindo por aí... [pelos] campos largos, abertos". E, agora, ouça novamente Selma, uma empregada doméstica de 27 anos de idade, do Rio de Janeiro:

> Se eu tivesse que começar tudo de novo, eu não me casaria. Eu namoraria. Pessoalmente, quando eu estou sozinha em casa, eu me sinto melhor. Você tem o seu próprio espaço, liberdade para pensar, para ouvir música. Você fica mais à vontade e sente mais determinação (veja Capítulo 2).

A fantasia de auto-realização de Suzanne se funde com as imagens comerciais da televisão da cultura de consumo norte-americana (você também pode ser rico e "fazer as suas coisas"), às quais até mesmo os grupos mais marginalizados estão suscetíveis. Por se sentir encurralada em uma pequena cidade rural, ela sonha com espaços "largos, abertos" e uma vida livre, sem filhos. A fantasia de Selma, por outro lado, reflete um contexto urbano e, sobretudo, o anseio por um espaço só seu, que vem de passar seus dias trabalhando no espaço de outras pessoas. E, ainda assim, ambas as mulheres — de subculturas que são mais orientadas para a coletividade do que para si próprias — expressam seus anseios por estar sozinhas, por liberdade e autonomia individual dissociada de atividades reprodutivas e sexuais. Da mesma forma, em localidades tão diversas como o Egito, o Nordeste do Brasil e o Norte da Nigéria, nós, repetidas vezes, encontramos mulheres para quem o controle sobre seus corpos significava mobilidade física e, por isso, falaram da liberdade de "ir e vir". E não nos surpreende que tais imagens sejam particularmente evidentes durante os estágios de vida em que elas sofrem maior repressão sexual: a adolescência, a gravidez e os primeiros anos da maternidade e a viuvez. As experiências da vida reprodutiva e sexual, percebemos, parecem criar conexões "transversais" entre as mulheres, independentemente e apesar das diferenças (comparar Eisenstein, 1994 e 1996; Yuval-Davis, 1997).

Oito achados dos estudos nos países

A partir dessa visão geral, pinçamos oito achados específicos que revelam padrões comuns aos diversos países, embora se manifestam cultural e socialmente de formas distintas. Alguns dos achados são surpreendentes, mas outros indicam algumas questões para as quais pesquisadores e ativistas chamam a atenção já há muitos anos. Mas mesmo as mensagens familiares precisam ser repetidas porque a maioria das políticas nacionais e internacionais ainda fracassa em abordá-las seriamente.

1. Em todos os países, as mulheres aspiram a controlar a sua própria fecundidade, a criação de seus filhos e o uso de contraceptivos, embora as barreiras sociais, institucionais e legais as impeçam de serem bem sucedidas. Essa noção de direitos é exercida em consciente transgressão das regras religiosas e da comunidade — cercada de temores de violência e de duras represálias — e em segredo em relação aos pais, maridos, parceiros e às autoridades.

A noção de direitos revelada pels mulheres é mais forte no campo das decisões sobre se e quando elas terão filhos. Sem dúvida, como o estudo no México observou (veja Capítulo 5), isso reflete em parte a legitimação da influência dos programas de planejamento familiar e dos movimentos para a saúde da mulher surgidos nos anos 70. As entrevistadas de todos os países certamente conhecem vários métodos de controle de fecundidade, tanto tradicionais como modernos, ou ambos, e a maioria, de uma maneira ou de outra, tem acesso a eles. Mesmo naquelas áreas de pesquisa onde ainda há um abismo marcante entre as aspirações da mulher quanto ao tamanho de sua família e à realidade de um número grande de gestações indesejadas — mais notadamente entre as mulheres mais velhas das Filipinas — essa noção (não alcançada) de direitos é fortemente evidente.[2] Em outras palavras, nossos estudos confirmam o que os grupos de saúde da mulher vêm afirmando, por anos, em resposta a definições estreitas de "necessidades não-satisfeitas": que não é a falta de vontade ou a falta de acesso a métodos contraceptivos o que impede as mulheres de evitar, com êxito, gestações indesejadas, mas, sim, a ausência de métodos que satisfaçam suas necessidades *sociais* e biológicas, tal *como elas as definem* (Côrrea, 1994; Dixon-Mueller e Germain, 1992; García-Moreno e Claro, 1994).

Em todos os países, as participantes reclamaram sobre os riscos percebidos e os efeitos colaterais dos contraceptivos hormonais disponíveis, sendo essa a razão principal pela qual elas os deixaram de usar. Ainda mais, um número significativo de mulheres foi coagida por barreiras sociais a abandonar seus bravos esforços de regular sua fecundidade: maridos violentos ou que não cooperavam, mães ou outros parentes, provedores de serviços de saúde insensíveis ou inacessíveis e políticas nacionais punitivas em relação ao aborto. Os estudos do Brasil, do México, da Nigéria e das Filipinas relatam histórias de maridos que jogaram fora pílulas, que se recusaram a assinar formulários de consentimento para a esterilização ou que exigiam que as

---

[2] A forma que tais aspirações assumem pode diferir entre os países ou regiões. Por exemplo, em quatro países (Brasil, Egito, México e Filipinas), a maioria das entrevistadas usava métodos para pôr fim às suas gestações mais do que para adiá-las ou espaçá-las; na Malásia, Nigéria e nos Estados Unidos, existe uma cultura de espaçar mais as gestações, tanto entre as populações do estudo quanto nas populações em geral. Enquanto as mulheres da Nigéria, tanto as do estudo como em geral (veja Tabela 9.1), tendem a ter mais filhos que as dos outros países (com exceção das mulheres do estudo das Filipinas), nossos dados qualitativos afirmam que isso corresponde ao seu desejo — isso é, o tamanho ideal de uma família para a maioria das mulheres nigerianas é de 4 a 6 filhos (veja Capítulo 6).

mulheres lhes dessem um filho [homem]. Algumas vezes as entrevistadas foram diretamente ameaçadas com violência, como uma mulher do Nordeste rural do Brasil, cujo marido, ao remexer suas coisas à procura de pílulas escondidas, avisou, ao encontrá-las: "Se eu vir essas pílulas de novo, você me paga".

Há relatos sobre violência doméstica, especialmente durante a gravidez, em quase todas as localidades de nossa pesquisa (comparar Heise, 1995 e Heise, Moore e Toubia, 1995). Para muitas mulheres casadas ou unidas nas Filipinas, no Nordeste do Brasil, no México e nos Estados Unidos, essa violência masculina endêmica — geralmente associada ao alcoolismo — que objetiva constranger a liberdade sexual e reprodutiva das mulheres, era uma parte marcante da vida cotidiana. Para as participantes nos outros países, a violência geralmente esconde-se sob a superfície ou assumiu a forma de conflitos verbais, de ameaças de distúrbios domésticos ou censuras por parte da comunidade ou, particularmente, das mulheres mais velhas ou, ainda, de uma socialização que separa meninos e meninas, incutindo, nas mulheres, os hábitos de obediência e/ou submissão. Esse foi especialmente o caso no Egito e na Nigéria, onde as participantes muitas vezes se optavam por acomodações estratégicas para evitar a oposição dos maridos, parentes e autoridades locais.[3]

As barreiras contra a autonomia das entrevistadas sobre sua fecundidade não vinham apenas dos seus maridos e de membros de suas famílias, mas também de instituições e legislação coercitiva. Entre as participantes latinas e afro-americanas dos Estados Unidos, bem como entre muitas das entrevistadas mexicanas e trabalhadoras domésticas do Brasil, os maridos ou os parceiros não existiam ou estavam fora de consideração — fosse por causa de um divórcio, de uma separação, pela migração, pelas condições inerentes ao trabalho doméstico ou por causa de políticas de bem-estar social que desencorajam as famílias nucleares. Para algumas dessas mulheres, os obstáculos mais sérios para a compreensão de que elas têm o direito de controlar sua fecundidade eram mais institucionais do que domésticos. Isso incluía os esforços dos médicos ou empregadores para impor a esterilização ou para encorajá-las a não terem filhos, bem como o estímulo ao uso de implantes hormonais e as políticas de bem-estar restritivas e antinatalistas dos Estados Unidos. No Egito, as pesquisadoras notaram que, embora os serviços de planejamento familiar fossem fisicamente acessíveis, a insensibilidade e o desrespeito dos médicos dissuadiam as mulheres a buscarem esses serviços, o mesmo sendo verdade para diversas participantes no Brasil, na Malásia e na Nigéria (veja achado 8, abaixo). Nas Filipinas, por outro lado, o controle que a Igreja Católica exerce sobre o planejamento familiar ainda limita severamente o acesso a métodos contraceptivos e a informações

---

[3] Um padrão de violência doméstica está, agora também, se tornando mais visível no Egito. Ver Egito, Conselho Nacional de População, 1995; e Centro de Estudos e Pesquisa da Nova Mulher e Centro El Nadim para a Reabilitação de Vítimas de Violência, 1995.

confiáveis. E, em quase todas as localidades desses países, onde prevalecem leis punitivas ou restritivas ao aborto, a compreensão das participantes sobre o seu direito de limitar as gestações estava sendo duramente afetada e restringida. Assim, a pesquisa confirmou os achados de outros estudos de que "ao se intrometer e limitar os processos de tomada de decisão, a lei encoraja os indivíduos a buscarem serviços clandestinos" — a um grande risco e alto custo (Paxman *et al.*, 1993: 217).

O resultado de tal intimidação torna-se, frequentemente, um subterfúgio para as mulheres: elas se escondem, mentem, fingem, arrumam algum homem na rua para assinar o formulário de requisição de esterilização, fazem abortos ilegais clandestinamente (e sem segurança) ou fazem de conta que foi um aborto natural. No Egito, o desenvolvimento dessas estratégias femininas chegou a tornar-se uma arte, e comunicar a seus maridos qualquer uso de contraceptivos ou realização de abortos, muito mais do que tentar inscrevê-los em um programa de controle de fecundidade que demande a participação masculina, é algo que elas nem cogitam fazer.[4] No Brasil, na Malásia, no México e na Nigéria, bem como nas Filipinas, a maioria das mulheres que estava fazendo uso de contraceptivos ou que relatou já ter feito abortos já o tinha feito ou o estava fazendo sem o conhecimento dos maridos ou dos familiares, usando métodos tradicionais ou ilícitos. Ainda assim, em todos os casos, tanto a intenção quanto a noção de seus direitos de controlar sua fecundidade são claros, mesmo quando existem relações de poder que lhes dificulta o alcance de desses objetivos. Mesmo nas Filipinas, onde as taxas de fecundidade entre as entrevistadas eram mais altas que em qualquer outro lugar pesquisado, as mulheres de todas as idades expressaram suas fortes aspirações de evitar ter "muitas bocas para alimentar". Embora a abstinência sexual fosse seu contraceptivo mais freqüente, nossas participantes filipinas claramente a viam como um *direito* seu de se recusar ou de se evadir dos avanços sexuais do parceiro a fim de reduzir o fardo de ter filhos.

> 2. *Para as mulheres, a base da noção de direitos reprodutivos é a maternidade: justificada pelo fato de que são elas (e não seus maridos ou parceiros) que enfrentam os maiores fardos, as maiores dores e responsabilidades da gravidez e da criação das crianças e que, portanto, caberia a elas o direito de tomar decisões nessas arenas. Essa consciência reflete parcialmente o contexto da migração urbana maciça e da redução dos apoios sociais e familiares nos cuidados com as crianças.*

Embora a presença e a influência dos programas de planejamento familiar, na maioria dos países, possa ser uma parte importante do contexto que legitima esta noção das mulheres sobre seus direitos, não é isso que elas, por si mesmas, invocam

---

[4] Esse achado da equipe de pesquisa do IRRRAG no Egito contrasta violentamente com um estudo recente baseado em dados do DHS egípcio de 1988 que enfatizam uma preferência cultural no Egito por decisões familiares tomadas em conjunto (marido e mulher) (Govindasamy e Malhotra, 1996) (veja Capítulo 3).

como justificativa de seu direito a tomar decisões. Pelo contrário, as mulheres citaram sua responsabilidade pelas crianças como o principal alicerce ético para o seu direito de tomar decisões sobre o aborto, o uso de contraceptivos ou de assumir o controle no que quer que diga respeito às crianças. Mais e mais vezes, ouvimos as palavras *dor*, *sofrimento*, *fardo*, como se a dor pela qual passaram, por causa da maternidade, representasse uma espécie de pagamento que elas efetuaram com seus próprios corpos a fim de ganharem autoridade reprodutiva. Esse tipo de economia *corporal* pode ser a contrapartida da "economia espiritual", que a antropóloga Ruth Behar diz ser "um tema constante no discurso das mulheres do povo no México": "paga-se por tudo nesse mundo" (Behar, 1993: 289, 356). Isso se evidencia nas palavras de Marta, uma viúva yaqui de 40 anos de idade de Sonora, ao dizer para seu marido porque ela resistia às suas tentativas de bater nas crianças:

> Porque isso machuca... Porque eu paguei o preço por eles, porque eles nasceram de mim, foi de mim que eles nasceram, e dói se alguém bate neles. Olhe para você, você pode deixar essa casa a qualquer hora e quem vai continuar sofrendo com essa criança? Não vou ser eu? (veja Capítulo 5).

Os sentimentos de Marta são semelhantes aos de Lai Yin, uma chinesa mãe de quatro filhos da área rural da Malásia, que insistia: "Sou eu quem toma as decisões no que diz respeito ao planejamento familiar... Ele só brinca [com elas], ele não toma conta delas... Ele não sofre, o sofrimento é todo suportado por mim" (veja Capítulo 4).

Mas observe-se que a noção de direito reprodutivo de Lai Yin, como o de tantas outras mulheres que entrevistamos, se estabelece no contexto das dificuldades econômicas e no da sobrevivência (muito pouca comida para se manter, carência de atenção para as crianças), e não que "isso é o que *eu* quero, o que eu preciso para mim ou o que *me* daria prazer". Ilustrando esse eu interconectado e socialmente situado (veja Capítulo 1), o contexto no qual as mulheres apelam para as responsabilidades da maternidade como fundamentos éticos para sua autoridade reprodutiva inclui não apenas a necessidade econômica, mas também a migração urbana, a desagregação das famílias numerosas, a perda do apoio dos parentes para os cuidados com as crianças e para a manutenção da casa e o resultante aumento da sobrecarga das mães biológicas —, tendências que são comuns em todos os países em desenvolvimento de nosso estudo. Entrevistadas na Malásia, no México, no Brasil, no Egito urbano e nas Filipinas enfatizaram a ausência de meios viáveis para cuidarem das suas crianças como uma razão para sua busca pelo controle de sua fecundidade. Isso reflete o bem conhecido fato de que as regras para o tamanho das famílias se relacionam com os valores historicamente mutáveis sobre o que significa criar filhos decentemente; mas são as mulheres, na sua condição de mães que, com mais freqüência, assumem o trabalho de reforçar esses valores (Dixon-Mueller, 1993; Ravindran, 1996; Capítulos 2 a 4).

De algum modo, a tendência das mulheres a se sentir mais confortável justificando suas decisões reprodutivas "autônomas" em termos da sobrevivência econômica de suas famílias mais do que nos de suas próprias necessidades pessoais (muito menos em termos de seu "direito a ter controle sobre seus corpos") pode ser vista como uma forma de acomodação. Em que ponto esse "eu situado" se mistura a essa mãe "sem eu"? E ainda assim, a "economia corporal" delineada nas afirmações de Marta e Lai Yin implica uma clara noção de um eu e um conceito de justiça pelo qual excessivos fardos mentais e físicos legitimam os direitos primários de tomada de decisão. As entrevistadas dos Estados Unidos, por outro lado, particularmente as que dependiam dos benefícios da rede de bem-estar social, expressaram uma postura ética bastante diferente, descrevendo a maternidade não em termos de sacrifícios e dores, mas, sim, em termos de seu direito de ser mães. Como em outras áreas da pesquisa, as norte-americanas também apelaram para suas responsabilidades como mães para justificarem os direitos reprodutivos que elas se atribuíam, mas o fizeram não *vis-à-vis* a seus maridos ou parceiros, mas ao Estado. Conscientes do poder do Estado de definir suas vidas e as vidas de seus filhos, elas viam a maternidade não apenas como uma maneira de se estabelecerem como adultas na comunidade, mas também como uma legítima expressão de cidadania, o que lhes garantia o direito a um apoio público adequado. Como uma mulher dominicana colocou, "direito é poder cuidar de nossas crianças, dar a elas o que elas precisam" (veja Capítulo 8 e Benmayor, Torruellas e Juarbe, 1992).

> 3. *O ponto até onde as entrevistadas desejavam e eram capazes de expressar e exercer seus próprios julgamentos a respeito de sua sexualidade e reprodução variou significativamente de acordo com o ciclo de vida e os grupos etários. Mas os padrões também diferiram entre os países: às vezes, mulheres jovens solteiras revelaram uma maior noção sobre os direitos que se atribuíam e, outras vezes, mulheres mais velhas, que já tinham passado pelo tempo e pelo teste da maternidade, apresentavam maior clareza quanto a isso.*

As diferenças geracionais entre as mulheres quanto à sua consciência de direitos no campo das decisões sexuais e reprodutivas foram evidentes em todos os países. Em parte, essas diferenças refletiram as mudanças socioeconômicas que afetam os sete países em diferentes graus, especialmente os fatos de que mulheres mais jovens estão recebendo mais educação, se casando mais tardiamente e tendo menos filhos do que tiveram suas mães e avós (ONU, 1995). Uma nova ênfase no valor da educação das filhas tornou-se particularmente importante entre as participantes no Egito, na Malásia e na Nigéria urbana, onde encontramos jovens mulheres sem parceiros mais dispostas que a geração de suas mães a defenderem o direito das mulheres de escolherem seus maridos, de trabalharem fora de casa, de decidirem livremente a respeito da contracepção e do aborto e, algumas vezes, de também abandonarem as velhas regras da virgindade pré-marital. Nas Filipinas, onde essas diferenças de geração entre as mães e as filhas

são menos vívidas, as filhas casadas não estavam mais propensas a usar contraceptivos do que suas mães.

Em diversos países — notadamente no Brasil e na Nigéria — as mães pareciam ansiosas por expressar aspirações para suas filhas que elas nunca buscaram para si próprias, incluindo um forte desejo de que suas filhas pudessem ter não apenas mais educação, mas também mais liberdade do que elas tiveram. As ativistas do movimento de saúde de São Paulo foram bastante enfáticas nesse sentido — como Fernanda, que queria que sua filha "ao menos terminasse o segundo grau" e "tivesse uma mente mais aberta" e Maria, que "trabalhou como uma escrava para que elas [suas filhas] pudessem estudar", dizendo para elas: "Vocês não podem depender de marido". O mais surpreendente foi a mãe de São Paulo que inverteu o velho dito maternal que diz: "Cuide de si mesma" e "Seja uma boa menina". Em vez de aconselhar sua filha a guardar sua virgindade e a honra da família, ela falou "Mesmo se você transar, vá com cuidado e use camisinha". Embora tudo isso reflita, sem dúvidas, um contexto de crescente insegurança econômica, bem como uma consciência sobre os riscos de se contrair HIV/aids, também fala das maneiras pelas quais a consciência dos direitos sexuais e reprodutivos é experimentada a cada geração.

Por outro lado, em algumas localidades, notamos que foram as mulheres mais velhas as mais veementes e bem resolvidas a respeito de suas decisões sexuais e reprodutivas. Esse padrão foi especialmente marcante na Nigéria, onde a tradição dá às mulheres mais velhas, particularmente às que já passaram pela menopausa, um maior *status* e uma maior autoridade na comunidade do que têm as mulheres mais jovens, incluindo uma certa liberdade para buscar o prazer sexual sem sofrer estigma. Algumas vezes, o poder das mulheres mais velhas tem conseqüências positivas — por exemplo, o cuidado pós-parto dado às jovens mães nigerianas por suas parentes mais velhas e as lições sobre como resistir à violência no casamento e ao sexo indesejado que as mães ou sogras filipinas dão às suas filhas ou noras. Em outras circunstâncias, no entanto, o poder das mulheres mais velhas é empregado para perpetuar os valores patriarcais e a subordinação sexual das mulheres mais jovens e ainda sem parceiros. Isso se tornou evidente em numerosos e perturbadores exemplos de conflitos entre mães e filhas: mães egípcias que insistiam em arranjar o casamento de suas filhas; mulheres mais velhas no Egito e na Nigéria que continuavam a administrar a MGF e outras práticas tradicionais perigosas; mães filipinas que se recusavam a permitir que suas filhas continuassem na escola; e mães, em todas as localidades, que sonegavam informações sexuais vitais para as suas filhas, comunicando, em vez disso, mensagens de perigo, medo e vergonha.

O que se tornou claro, em praticamente todos os países e em todas as localidades, foi que o estágio do ciclo de vida das mulheres em que elas tinham menos poder foi aquele logo após o casamento e o nascimento do primeiro filho. De fato, percebemos que a noção que as mulheres têm a respeito de seus direitos sexuais e reprodutivos

é fortemente mediada pela maternidade, especialmente entre as participantes mexicanas, egípcias, nigerianas e as mulheres do Nordeste do Brasil e entre as entrevistadas imigrantes e afro-americanas nos Estados Unidos. De alguma maneira, ter filhos se torna tanto um rito de passagem quanto uma fonte de autoridade, após o que as mulheres se sentem mais autorizadas a externar seus pensamentos, afirmar suas opiniões e necessidades a respeito da contracepção e da esterilização, atacar a violência e o abuso masculinos, buscar fontes de satisfação pessoal fora de suas casas ou relaxar o suficiente só para poder "desfrutar do sexo" (veja achado 7). O fato de que muitas participantes somente se tornaram ativas em organizações comunitárias no Brasil e no México e nos grupos de imigrantes de Nova York depois que seus filhos cresceram (ou, ao menos, o suficiente para cuidarem de si próprios ou uns dos outros) também foi significativo. Para elas, assim como para muitas das entrevistadas na Nigéria, a maternidade, como o alicerce ético de auto-atribuição de direitos, significa que sua autonomia sexual e reprodutiva será adiada em suas vidas. Mais que isso, essa ética maternal vem carregada com outros custos: ela aprofunda os conflitos gerais até o ponto em que as ativistas e as mulheres trabalhadoras chegam a depender de suas filhas mais velhas ou avós para assumir seu trabalho em casa; e isso, no futuro, penalizará todas as mulheres que não têm filhos.

> *4. As mulheres estão em diálogo com a religião, mas não a deixam governar nem seu comportamento nem suas razões éticas a respeito do controle da fecundidade. No Brasil, no Egito e nas Filipinas, elas, com freqüência, imaginam um Deus misericordioso que compreende as suas necessidades de se submeter a um aborto, de usar contraceptivos ou de se recusar a fazer sexo com seu marido se não o desejam. No entanto, as autoridades religiosas ainda exercem grande poder sobre as possibilidades de as mulheres se auto-atribuírem direitos reprodutivos e direitos sexuais.*

Que o comportamento das pessoas freqüentemente diverge das crenças morais e religiosas que elas publicamente manifestam, especialmente a respeito de assuntos íntimos como o controle da natalidade e a sexualidade, já é sobejamente sabido e documentado (CFFC, 1994, 1997; Luker, 1984; Petchesky, 1990). Esse padrão foi particularmente evidente, em todos os sete países, em relação ao aborto. Porém, ficamos surpresas e interessadas ao perceber, entre nossas entrevistadas, que uma espécie de moralidade prática, baseada no sofrimento corporal das mulheres e na responsabilidade social pelas crianças, bem como nas pressões econômicas, habitualmente assume a precedência sobre crenças religiosas e os ensinamentos da Igreja Católica ou das autoridades islâmicas. As autoridades da Igreja nas Filipinas devem ficar chocadas ao perceber que, lá, as mulheres pobres dizem: "Isso [o controle da natalidade] não é da conta da Igreja" (veja Capítulo 7). A Igreja no Brasil, por já ter tido, há algum tempo, sua vertente popular com a teologia da libertação, ficaria menos surpresa, mas, sem dúvida, ainda ficaria preocupada ao ouvir nossas entrevistadas justificarem seus procedimentos de aborto em termos de um Deus que

a tudo perdoa e tudo compreende. Essa é uma outra instância em que as palavras das mulheres ecoam umas às outras através da diversidade cultural e geográfica. É certo que as mulheres brasileiras se identificariam com as convicções de Soheir, uma mãe trabalhadora muçulmana da Cairo urbana, quando ela concilia seu aborto com a vontade de Deus, perguntando-se, retoricamente, se Deus gostaria que toda a sua família sofresse se ela tivesse que deixar seu trabalho (veja Capítulo 3).

A pergunta de Soheir exemplifica o mosaico de teologia adaptada e ética situacional que caracteriza a consciência de muitas mulheres sobre suas decisões reprodutivas. Assim como as mulheres brasileiras e filipinas, ela reafirma seus direitos reprodutivos através da invenção de uma divindade benevolente[5] e o faz com base em uma situação econômica difícil que a constrange de todos os lados. Diferentemente das brasileiras e filipinas, no entanto, ela também se acomoda às regras tradicionais de decoro da cultura egípcia, que faz do aleitamento materno no trabalho algo impensável. Em alguns poucos casos, essa negociação com a religião, de fato, leva a uma apropriação de certos aspectos dos ensinamentos religiosos tradicionais que pareçam funcionar a favor das mulheres — por exemplo, as participantes muçulmanas na Malásia e no Norte da Nigéria que baseiam suas noções de direito ao divórcio na lei islâmica ou as entrevistadas cristãs no Sul da Nigéria que citam a Bíblia para apoiarem sua oposição aos rituais da viuvez.

Ao mesmo tempo, a autoridade religiosa opera em diferentes graus, na maioria dos países, para influenciar as políticas públicas e a prática clínica quanto ao aborto e à contracepção. A recente luta legal em relação às regulamentações governamentais que legitimam a MGF em hospitais públicos no Egito e a interferência da Igreja nas políticas e nos programas de planejamento familiar nas Filipinas são os exemplos mais ruidosos desse fato, mas o poder das instituições religiosas é apenas levemente mais sutil em sua influência sobre a legislação e a disponibilidade prática de serviços nos Estados Unidos e na Malásia. Como sugerido no achado 1, tal influência pode constituir-se em uma formidável barreira prática contra a percepção das mulheres em relação ao direito de controlar sua fecundidade.

Os ensinamentos religiosos também avançam profundamente na consciência das mulheres através da difusão das regras tradicionais na família e na comunidade, especialmente acerca de assuntos de sexualidade e de prazer sexual. Isso foi evidente

---

[5] As mulheres pobres do Nordeste do Brasil revelam uma longa história de oposição aos ensinamentos da Igreja Católica ao referirem-se prosaicamente aos seus procedimentos de aborto durante o primeiro trimestre de gestação como uma "negociação com Deus". A teologia da libertação, profundamente entrincheirada entre os pobres do Brasil, fornece uma visão alternativa — a de uma divindade piedosa e bondosa que ajuda as mulheres quando elas atravessam tempos difíceis — que justifica suas trangressões da moralidade do clero (veja Capítulo 2 e Ribeiro, 1994). Nós não temos conhecimento, no entanto, de tal tradição entre as mulheres católicas pobres das Filipinas e entre as mulheres muçulmanas pobres do Egito e, por isso, nossas pesquisadoras ficaram fascinados ao encontrarem esse tema comum entre culturas tão diferentes.

entre as participantes de todos os países. Quando Zenaib diz que, como uma mulher nigeriana hausa (muçulmana), ela nunca deveria desfrutar do sexo por receio de que seu marido pense que ela é uma "depravada", ela reproduz as visões das mulheres católicas entrevistadas nas Filipinas e nas comunidades de imigrantes latinas nos Estados Unidos, bem como as das participantes afro-americanas (que eram protestantes e também profundamente religiosas). Na verdade, as atitudes de fatalismo e de imoralidade inerentes ao prazer sexual feminino reverberam entre algumas das participantes em todos os países e podem ser atribuídas, em parte, ao poder da ideologia religiosa (veja achado 7). Não importa se essas atitudes têm profundas raízes nas tradições patriarcais que antecedem as religiões organizadas e que são, algumas vezes, até mesmo repudiadas pelas autoridades religiosas (como na Nigéria). A confusão entre as participantes egípcias sobre se a MGF era um dever religioso e, de forma semelhante, entre as muçulmanas na Malásia sobre a contracepção, nos relembra que a sanção ou a aprovação de uma religião pode, às vezes, emprestar santidade a tradições que, historicamente, têm muito pouco a ver com religião.

5. *Na maioria das localidades, o poder das mulheres para exercer seus direitos quanto às decisões reprodutivas e sexuais era significativamente maior quando elas tinham renda própria, fosse através de seu trabalho fora de suas casas ou por alguma atividade exercida em seus próprios lares. Ainda assim, em todas as localidades, as mulheres ainda assumem a responsabilidade da "dupla jornada".*

Por um lado, nós poderíamos dizer que o trabalho remunerado de Soheir reflete a penúria das famílias pobres, mas ele também a autoriza, se é que não lhe atribui, o direito de tomar decisões reprodutivas. Em todos os países, nós verificamos que a grande maioria das entrevistadas, em todos os grupos etários, mas principalmente entre as mulheres com menos de 50 anos, buscou trabalhar fora de casa e, quando os maridos (ou, nos Estados Unidos, as autoridades do bem-estar social) lhes fizeram objeções, elas trataram de fazê-lo sub-repticiamente, arrumando trabalhos de meio-expediente ou fazendo algo em suas próprias casas. E a maioria teve êxito, como se pode constatar através das altas taxas de ocupação (incluindo os empregos informais) entre os grupos de entrevistadas listados na tabela 1.1. Embora de forma nenhuma isso lhes tenha garantido "liberdade" ou igualdade, o fato de possuírem renda própria e, em muitos casos, suas próprias habilidades profissionais ou seus pequenos negócios funcionou como uma condição minimamente capacitadora não apenas para que tivessem um aumento de renda, mas para ter um pouco mais de dignidade, respeito próprio e espaço para afirmar suas vontades em relação a questões reprodutivas e sexuais.

Desafiando o mito de que os homens são os principais provedores de suas famílias, as mulheres casadas ou unidas com filhos, em quase todos as áreas da pesquisa, viram a conquista de recursos monetários próprios como uma estratégia crucial para ajudá-las não apenas a manter suas famílias vivas, mas também a negociar conflitos com seus maridos, parceiros e empregadores a respeito da contracepção,

do cuidado com as crianças, da divisão do trabalho em suas casas e com relação a sexo indesejado ou à violência. No Egito urbano, uma esposa empregada, como Zenaib, retira autonomia suficiente de sua condição de costureira profissional para afirmar: "O homem que bate em sua mulher carece de masculinidade" e "Meu marido não tem nada a ver com esse assunto de contracepção". Lucy, nas Filipinas, descobriu que seu trabalho fora de casa lhe deu um pouco de tempo para ir ao cinema e meios para desviar seu marido da bebida por ter como pagar suas dívidas. As trabalhadoras "maquiladoras" no Norte do México, que têm uma forte consciência de si mesmas como trabalhadoras de tempo integral e membros de sindicatos, estavam mais inclinadas do que outras entrevistadas mexicanas a usar métodos contraceptivos mais cedo e a exigir apoio de seus empregadores na obtenção de cuidados para seus filhos, como creches. Na Malásia, onde as mulheres mais jovens agora esperam ter uma boa educação e continuar trabalhando depois de se casar, uma garota chinesa de 16 anos de idade do meio rural disse, com bastante confiança: "É melhor trabalhar depois de se casar. Se você fica em casa, seu marido pode lhe tratar mal. Se você está trabalhando, você não tem medo, você está se mantendo".[6]

No Brasil, Miracéia e outras trabalhadoras domésticas casadas, fortalecidas pelo fato de terem uma remuneração e por sua identidade de trabalhadora, chegaram a ter êxito na imposição de um padrão de igualdade de gênero em suas casas em relação às tarefas domésticas e ao cuidado com as crianças. No entanto, na maioria das áreas, as participantes casadas ainda se enfrentavam a "dupla jornada", realizando, sozinhas, quase todas as tarefas domésticas e os cuidados com as crianças em paralelo a seus trabalhos fora de casa. Tanto no Egito quanto nas Filipinas, as mulheres que entrevistamos consideravam o trabalho fora de casa como um recurso pelo qual elas deveriam "pagar um preço", desde que não relaxassem em suas atividades domésticas. Uma vez que obtiveram gratificação pessoal e coisas de que precisavam através de seus trabalhos, elas sentiam que deviam ganhar esse direito; o trabalho em casa e fora de casa se tornou uma rotina e não uma questão de igualdade de gênero.

Ao mesmo tempo, na maioria das áreas pesquisadas, ter acesso a uma renda independente foi um fator crucial que possibilitou às mulheres restringirem a violência em suas casas e, se a situação se tornasse insustentável, deixarem seus maridos e criarem seus filhos por conta própria. Ironicamente, esse foi o caso mesmo quando o fato de trabalharem fora de casa muitas vezes exacerbou o risco de se depararem com a violência doméstica.[7] Nós ouvimos numerosas histórias de mulheres

---

[6] As histórias das entrevistadas na Malásia também ilustram as formas pelas quais os padrões das mulheres podem ser constrangidos pelo medo que seus pais têm das influências imorais do trabalho na cidade, como no caso de Aini, ou pelo ciúme sexual de um marido, como no de Lia.

[7] De fato, o próprio fato desse risco existir motivou certas mulheres, especialmente na Malásia e nas Filipinas, a esconderem as atividades que lhes geravam essa renda de seus maridos, através de trabalhos clandestinos ou feitos em suas casas (Veja Capítulos 4 e 7).

nas Filipinas, no México e nos Estados Unidos que enfrentaram seus maridos alcoólatras e violentos com facas ou outras armas, que reagiram ou que simplesmente os abandonaram quando a violência se tornou demasiada. No Brasil e também na Malásia, um bom número de entrevistadas havia abandonado os maridos violentos, aparentemente de forma definitiva. O elemento crítico que reforça a consciência de direitos das mulheres em todos esses casos foi a sua confiança em sua capacidade de se sustentar e, algumas vezes, em adição a isso, o apoio de suas mães e sogras. Ao lado de Tisay, nas Filipinas (que, armada com um emprego decente, abandonou seu marido, que lhe batia, e arrumou um namorado com quem ela se recusa a casar), elas poderiam dizer: "As mulheres não merecem sofrer violência dos homens". Para as mulheres em nossa pesquisa, bem como as de outros estudos, as bases da consciência de direitos (a noção de tê-los e a capacidade de exercê-los) incluem recursos humanos tais como uma rede de parentes, bem como recursos materiais ou financeiros (George, 1996; Batliwala, 1994). Tal atribuição de direitos se correlacionou fortemente, entre as nossas entrevistadas, não apenas com o exercício desses direitos, mas na prática de articulá-los em termos de propriedade pessoal e direitos sociais — como as participantes das Filipinas que afirmaram: "Eu reajo, ele não é mais meu dono", ou como Tisay, que ligava seus direitos aos das mulheres como um grupo.

> *6. Em algumas localidades, fazer parte de grupos comunitários ou sindicatos pareceu ser um dos fatores mais fortes a motivarem a consciência de direitos e, sobretudo, a liberdade de expressá-los abertamente; mas este último caso esteve restrito a certas condições locais e políticas.*

A filiação a uma organização, um sindicato ou um grupo comunitário não foi uma variável que o projeto do IRRRAG, como um todo, tivesse originalmente pretendido estudar como um dos fatores que pudessem contribuir para a noção de consciência de direitos reprodutivos e sexuais. Essa variável tornou-se um foco deliberado de estudo apenas nas pesquisas do Brasil, do México e dos Estados Unidos, como reflexo do contexto político desses países e de seus movimentos de mulheres. Na Nigéria, no Egito e nas Filipinas, as conexões das participantes com organizações locais serviram, primariamente, como um mecanismo para a identificação e o acesso às mulheres que seriam entrevistadas. Na Malásia, elas não foram um fator nem na metodologia da pesquisa nem em seus achados. Ainda assim, em vários dos países, tal filiação pareceu fazer a diferença entre uma consciência implícita, manifestada principalmente através de ações, e uma outra que era expressamente articulada em termos de direitos. Mais que isso, em alguns casos, o próprio processo da pesquisa se tornou um veículo dinâmico pelo qual as mulheres (e no Egito e no Brasil, também os homens) começaram a perceber seus direitos sexuais e reprodutivos e suas próprias identidades, sob uma nova luz.

Assim como o fato de terem sua própria renda, a mera participação dessas mulheres em uma organização ou em um sindicato não necessariamente as "libertava",

especialmente sob condições de crescente marginalização e insegurança profissional. Mas ambos os fatos fizeram com que elas se inserissem em um contexto social no qual podiam entender sua situação e a possibilidade de se verem como sujeitos ativos de direitos; com isso, sua identidade constitui-se para além de seus corpos. Essa dinâmica apareceu de maneira mais contundente nas palavras que ecoaram através dos países, como as da ativista do movimento de saúde de São Paulo, que ressaltou: "Quando eu comecei a participar, eu era uma *Maria Ninguém*, que não tinha consciência de nada; uma mulher que cuidava do marido... Aqui no movimento, eu me tornei consciente de que a gente tem que lutar por nossos direitos". Nós ouvimos de Natália, uma mãe solteira zapoteca da área rural de Oaxaca, essa mesma percepção de uma identidade transformada: "Antes [de me juntar à organização de saúde], eu *era ninguém*, por assim dizer. Mas agora não. Hoje em dia todo mundo diz, 'vamos falar com ela que ela sabe'". Da mesma forma, Isabel, nas Filipinas, descobriu sua habilidade de "aprender alguma coisa nova" (para compensar sua educação precária) e ganhou "o sentimento de realização" através da participação na organização de saúde da comunidade.

Da mesma maneira, as participantes nas três áreas de pesquisa dos Estados Unidos, indicaram que pertencer a um grupo organizado lhes forneceu um espaço crítico onde elas puderam superar seu isolamento e conversar umas com as outras sobre assuntos tais como violência, sexualidade e contracepção. Em alguns casos, a expansão da identidade para além da maternidade e o trabalho diário conduziram a percepções de identidade grupal e à possibilidades de ação coletiva. Assim, para uma das mulheres do grupo de costura de Soperton, a lição foi que "As mulheres negras... devem se aceitar e ajudar umas às outras"; e, para uma latina do grupo de saúde, "envolvimento comunitário" significava "[aprender a] lutar pelos direitos de mulheres" (veja Capítulo 8). Embora o estudo egípcio não tenha inquirido sobre o lugar da identidade comunitária ou grupal na determinação da consciência de direitos daquelas mulheres (exceto entre as mulheres muçulmanas sem parceiros), tal correlação é sugerida no caso das entrevistadas de Boulaq-Cairo. Diferentemente das outras áreas de pesquisa do Egito, todas as mulheres de lá já vinham trabalhando em uma organização de base comunitária à época do estudo. Entre todas as participantes egípcias, foram elas que mais clara e consistentemente expressaram suas posições a respeito de assuntos como seus direitos de casar com quem desejassem, de resistir à violência de seus maridos e de tomar decisões sobre sua própria fecundidade, a despeito dos desejos de seus maridos.

Nos estudos de outros países, o processo de pesquisa propriamente dito se tornou uma ocasião para as participantes começarem a questionar suas próprias suposições sobre gênero, sexualidade e reprodução e a experimentarem um clima de apoio para suas demandas. Isso aconteceu mais explicitamente nos Estados Unidos, onde as participantes dos grupos de discussão disseram às pesquisadoras que "ninguém tinha perguntado nossa opinião antes" e expressaram seu desejo de participar de grupos como aquele mais freqüentemente. No estudo das Filipinas, o modelo de pesquisa participativa feminista antecipou desde o início que os achados

do campo serviriam, simultaneamente, como material de pesquisa e de intervenções. Lá, através das entrevistas de acompanhamento, descobriu-se que o fato de terem sido perguntadas sobre certos assuntos pela primeira vez conduziu as participantes a um tipo de *conscientização*; de uma maneira rudimentar, o processo de pesquisa se prestou a algumas das mesmas funções de abertura de novos valores e novas identidades, tal como a participação política no Brasil, no México e nos Estados Unidos.

Os resultados de cada país sugerem que pode haver uma diferença de magnitude entre o tipo de consciência de direitos reforçada pelas atividades geradoras de renda e aquelas associadas à participação política (especialmente em organizações com algum tipo de presença feminista). Embora a renda própria possa dar às mulheres uma maior noção sobre o direito de tomarem suas próprias decisões em relação a assuntos reprodutivos, o ativismo pode leva-las a dar outros passos para a formação de suas identidades como cidadãs e como sujeitos que lutam ativamente por seus direitos, não apenas dentro de suas casas, mas frente aos provedores de saúde e ao Estado. No entanto, algumas formas de organização são claramente muito diferentes de outras no que tange ao tipo de consciência e expressão de direitos que virão a encorajar. No Brasil e no México, uma recente história política de participação em organizações populares e de base — para as mulheres, bem como para os homens — tem gerado uma forma de cidadania ativa através dos movimentos sociais. De forma semelhante, entre sindicalistas de Nova York, a idéia dos direitos das trabalhadoras, veiculada por uma estrutura organizacional, estava bem arraigada e, assim, era mais prontamente transferível para o domínio dos direitos individuais. As mulheres mais velhas, líderes dos grupos tradicionais da Nigéria, no entanto, assim como as jovens estudantes muçulmanas do Egito, são exemplos eloqüentes de que a filiação política pode resultar em uma espécie de investidura que é hierárquica e conservadora e que vem a reforçar a cultura patriarcal. Não é apenas a participação em um grupo, *per se*, mas o tipo de organização e sua ideologia, que podem ser as chaves para a questão da consciência de direitos sexuais e reprodutivos.

> *7. A maioria das entrevistadas manifesta ter uma pequena noção de direito ao prazer sexual, tanto no que se refere a tê-lo quanto no que toca ao direito de mostrar sua necessidade de tê-lo. Isso contrasta forte e freqüentemente com a noção que essas mulheres têm do direito de não serem objeto de violência por parte de seus maridos e de não estarem sujeitas a sexo indesejado. Mas a minoria que manifesta sua determinação de desfrutar do sexo o faz sem se desculpar por isso.*

As mulheres são muito mais contundentes em sua oposição aos perigos envolvidos na sexualidade das mulheres heterossexuais do que o são ao expressarem qualquer direito ao prazer sexual, especialmente fora das fronteiras do casamento heterossexual. Como mencionado acima, as entrevistadas no Brasil, no Egito, no México, nas Filipinas e nos Estados Unidos demonstraram ter uma patente e, algumas vezes, muito bem marcada resistência aos abusos e à violência de seus maridos e,

também, mostraram utilizar-se de táticas subversivas ou indiretas (por exemplo, mentir sobre seus períodos menstruais ou doenças), mas, com freqüência, efetivas, para evitarem fazer sexo sem que o desejem. As participantes malaias e indianas na Malásia e as muçulmanas e cristãs na Nigéria foram as que mais freqüentemente manifestaram sua crença no dever da esposa de obedecer ao seu marido e no direito do marido de ter satisfação sexual quando desejar; ainda assim, um bom número delas deixou seus casamentos quando os abusos se tornaram insuportáveis. E, na Nigéria, onde as mulheres são geralmente responsabilizadas pela disseminação do HIV/aids e outras dsts, Zenaib, uma dona-de-casa muçulmana hausa, argumentou fortemente que "se um homem estiver infectado com aids ou qualquer outra dst, sua esposa deveria ser livre para se recusar a dormir com ele para se proteger".

Apesar disso, quando se tratava de afirmar seu direito ao prazer e à satisfação sexual, apenas um pequeno número de mulheres se manifestou. Embora Zenaib tenha insistido em se proteger dos riscos de infecção, ela também argumentou que uma mulher deveria se considerar satisfeita "em dar prazer ao seu marido e a ter filhos como decorrência do ato", não se importando em desfrutar do sexo. Nas Filipinas, no México e na Nigéria, a visão tradicional de acomodação sexual como um dever das esposas e do prazer sexual como uma prerrogativa dos homens — uma imagem das mulheres como receptáculos passivos ou meros campos aráveis — pareceu estar especialmente consolidada. As descrições de mensagens intimidadoras ou vergonhosas a respeito da menstruação, da puberdade ou dos encontros sexuais (incluindo até mesmo a noite de núpcias) reverberaram em todos os estudos, através de toda a diversidade cultural — mensagens que, embora tenham se originado nas ideologias religiosas e nas tradições patriarcais, com freqüência, eram filtradas através de um doutrinamento de gênero imposto às garotas por suas mães ou outras parentes mulheres. No Egito e na Nigéria, rituais dolorosos tais como a MGF, o *baladi dokhla* e os tabus menstruais reforçam essas mensagens verbais e simbólicas. Algumas entrevistadas, como aquelas que estoicamente suportavam sexo sem o querer nas Filipinas, viam tais tormentos como o preço que se pagava para se ter paz em casa e respeito na comunidade.

Embora as mulheres, em todos as áreas, lamentassem a injustiça desse doutrinamento e, acima de tudo, a falha de suas mães em prepará-las para a vida com informações corretas a respeito do sexo, a maioria ainda expressava reticência sobre tomar a iniciativa sexual e pouca consciência do prazer sexual como uma necessidade básica tanto para as mulheres quanto para os homens. De todas as comunidades pesquisadas, apenas no Egito havia o conceito de que as mulheres, como os homens, têm direito à satisfação sexual no casamento — um conceito endossado pela lei *shari'a* — comumente aceita tanto pelas mulheres quanto pelos homens. E mesmo lá, tomar a iniciativa sexual é algo que as mulheres, habitualmente, só podem pensar em fazer com honra por meios indiretos, através de expedientes de sedução.

Não apenas os tabus religiosos e a rígida socialização de gênero explicam por que tantas de nossas entrevistadas achavam a sexualidade alienante e desagradável. Há que

se considerar também as duras condições de suas vidas cotidianas, que fazem com que o desfrute sexual lhes seja virtualmente impossível. Algumas participantes das Filipinas, como Tasing, com quinze filhos, foram bem claras ao dizer que o constante e penoso trabalho doméstico, tantos filhos e a falta de espaço ou de "seu próprio quarto" faziam o sexo ser algo "cansativo e doloroso". E, sem dúvida, embora a situação de Tasing constitua um caso extremo, suas condições de trabalho árduo, sua fadiga e falta de privacidade são compartilhadas por muitas outras mulheres em todos os sítios de pesquisa. Além disso, pareceu evidente, com base nas experiências relatadas na maioria dos países, que muitos maridos, especialmente nos períodos iniciais do casamento, têm muito pouco conhecimento sobre como dar às mulheres algum tipo de prazer ou mesmo que isso é algo que eles deveriam tentar fazer.

A experiência de Wafa'a, uma mulher casada de meia-idade do Cairo, que relatou que seu marido era "bom pra mim" e "geralmente [se ocupava de] preliminares antes do intercurso" pareceu ser a exceção. Mais típicos foram os relatos em outros países, revelando que o desfrute do sexo no casamento só aconteceu após muitos anos, quando ocorreu — por exemplo, a mulher do sindicato de Nova York que relembrou: "No começo do casamento, ele queria sexo a cada momento do dia... Eu não queria, eu não gostava... Levei anos até que eu conseguisse simplesmente relaxar e poder gostar de sexo". Outras mulheres tiveram maridos ou parceiros que permaneceram cruéis e insensíveis, como Gabriela, uma empregada de padaria em Sonora: "Eu acho que ele é como todos os homens, eles só se preocupam com sua própria satisfação, e eles a querem o tempo todo, a cada noite, e você... você se enche disso... eles te perseguem tanto com sexo que você nem tem a chance de gostar disso".

Dado esse padrão constante de assédio e negação sexual, as poucas e fortes vozes que ouvimos a favor do prazer sexual das mulheres foram as mais marcantes de todas. Em praticamente todos os casos, essas tenderam a ser ou de mulheres jovens sem parceiros ou de mulheres mais velhas, que já estavam além da idade de ter ou criar filhos. Embora fossem minoria, elas emergiram em quase todos os países. Muitas das mulheres jovens sem parceiros afirmaram seu direito a ter muito mais informação sobre sexo do que suas mães tiveram, e algumas mães — como as progressistas ativistas de saúde de São Paulo — concordavam com isso. As mulheres jovens urbanas do Norte da Nigéria rejeitavam o padrão duplo da virgindade apenas para as mulheres, e uma até anunciou, desafiante: "Toda vez que eu tenho vontade de dormir com meu namorado eu vou até ele". Mas a maioria dos estudos constatou que as participantes estavam mais propensas a abraçar seus direitos ao prazer sexual em idades mais avançadas, presumivelmente depois de já terem provado ser boas esposas e mães (veja achado 3) — por exemplo, as mulheres que já tinham passado da menopausa no Norte rural da Nigéria que insistiram: "Nós não somos velhas demais para fazer sexo e por que haveríamos de desistir de qualquer coisa?... Os homens velhos ainda fazem sexo". E em outras palavras também repetidas através dos continentes, nós ouvimos uma das nigerianas mais velhas da área rural advogando os direitos iguais das mulheres

de tomarem a iniciativa do sexo com base em que "*O corpo é dela, ela deve ser livre para ter controle sobre ele*"; e uma trabalhadora da agricultura no Nordeste do Brasil, na casa dos quarenta anos, argumentou, quase com as mesmas palavras, que uma mulher "não precisa pedir permissão nenhuma; *o corpo é dela, e ela faz o que quiser com ele*".

Praticamente o único apoio aberto à sexualidade lésbica que nós ouvimos em qualquer dos estudos veio de uma outra trabalhadora brasileira da agricultura, também em seus quarenta anos: "Isso é uma questão de escolha. Se alguém se sente bem com um homem, que fique ao lado dele. Se eu gosto de mulher, isso é problema meu... Todo mundo tem o direito de escolher o que é bom para si".[8] Embora os estudos tenham incitado muito poucas manifestações por parte das participantes, seja de uma forma ou de outra, sobre sexualidade lésbica, e apenas as mulheres do sindicato de Nova York tenham levantado o assunto da masturbação, não faltaram mulheres que estavam conseguindo e, em alguns casos, escolhendo, viver sem homens. Isso foi verdadeiro para a maioria das entrevistadas nos Estados Unidos, bem como no Brasil e no México. Na Malásia, uma sociedade na qual o casamento é quase uma regra universal, foi particularmente surpreendente ouvir Yati, uma mulher malaia urbana na casa dos vinte anos, declarar sem qualquer desculpa: "Eu nunca me preocupei em não me casar porque eu sinto que eu posso sobreviver por minha conta... sem um homem". No caso de Yati, bem como no de outras mulheres em nosso estudo que são voluntariamente solteiras, divorciadas ou separadas, incluindo muitas que estavam criando filhos, sobreviver sem um homem tornava-se possível por elas terem alguma habilidade ou algum meio viável de ganhar sua vida (veja achado 5). O contexto estrutural foi crítico aqui, assim como o foi na determinação de outros aspectos da consciência de direitos dessas mulheres.

> 8. *As entrevistadas de todos os países reclamaram da baixa qualidade, da inacessibilidade e dos altos custos da saúde reprodutiva e dos serviços de planejamento familiar; elas se ressentiam, sobretudo, do tratamento desrespeitoso e abusivo que recebiam dos profissionais de saúde. Serviços públicos podem estimular a formação da consciência de direitos das mulheres, e, para muitas delas, é mais fácil articular demandas institucionais do que individuais.*

Durante os anos 90, dezenas de estudos, usando diferentes métodos e indicadores, tentaram avaliar a "qualidade dos cuidados" de saúde reprodutiva e os serviços de planejamento familiar em diversos países a partir da "perspectiva das usuárias" (veja Bruce, 1990; Aitken e Reichenbach, 1994; INDRA/HAIN, 1996; Hardon e Hayes, 1997; Jain e Bruce, 1994; RHM/WHO, 1997; e *Estudos sobre Planejamento Familiar*, Vols. 22-28). O projeto do IRRRAG não foi expressamente

---

[8] É possível que esse discurso notadamente feminista não seja uma coincidência completa, mas reflita a influência, sobre esse grupo de trabalhadoras da agricultura em Pernambuco, das organizadoras feministas do SOS Corpo, no Recife.

lançado para investigar as perspectivas de nossas entrevistadas sobre a qualidade dos cuidados e do fornecimento de serviços (comparar INDRA/HAIN, 1996 e Hardon e Hayes, 1997). Ainda assim, nossas indagações a respeito de como as mulheres vivenciam os processos de decisão sobre ter filhos, contracepção, aborto e problemas ginecológicos, invariavelmente levantaram uma lista de reclamações sobre injustiças sofridas em suas más experiências nos serviços de saúde. Se a participação política e a conquista de uma renda própria ajudam a garantir os direitos das mulheres, os sistemas e serviços de saúde nos sete países — todos inadequados e insensíveis às mulheres pobres — certamente não o fazem.

Na maioria das localidades, particularmente no Brasil, no Egito, no México, na Nigéria e nos Estados Unidos, as participantes repetiram suas, agora familiares, queixas sobre a qualidade insatisfatória, a inacessibilidade e os altos custos dos serviços hospitalares e clínicos. Isso foi tão mais verdadeiro quanto a presença de programas de planejamento familiar nesses países vem sendo, sem dúvida, um fator positivo para a formação da noção do direito de as mulheres controlarem sua própria fecundidade. Em todos os países, os problemas de acesso foram um reflexo direto da privatização dos serviços de saúde, registrada em cada capítulo, e da rápida redução tanto dos recursos públicos quanto da percepção governamental do direito à saúde como um direito social. Onde os serviços de saúde reprodutiva, planejamento familiar, obstetrícia e tratamento das dsts são incrivelmente inacessíveis e dispendiosos, como na Nigéria, as mulheres continuam utilizando-se de curandeiros locais, parteiras, farmácias ou métodos tradicionais. Nas Filipinas, como mencionamos anteriormente, a despeito da existência de um programa de planejamento familiar patrocinado pelo governo há muito tempo, a oposição da Igreja Católica ainda faz com que muitas mulheres, especialmente aquelas das áreas rurais, se vejam impedidas de receber métodos e informações à qual elas têm direito moral e legal.

Ainda assim, mesmo onde os serviços públicos e de baixo custo estão disponibilizados, como na maior parte do Egito e da Malásia, nossos estudos constataram que o uso de métodos tradicionais de contracepção, aborto e parto parece ser uma escolha consciente por parte de muitas das entrevistadas. Freqüentemente, essa decisão é produto de um aconselhamento inadequado e dos efeitos colaterais desagradáveis ou não-tratados que elas experimentam ou que esperam experimentar, bem como da persistência de restrições legais e culturais ao aborto.[9] Mas, de longe, a barreira mais importante aos serviços de saúde de qualidade,

---

[9] No Brasil, no Egito, na Malásia e nas Filipinas, muitas das entrevistadas já tinham tentado métodos modernos de contracepção em uma ou outra ocasião, mas descontinuaram seu uso ou os estavam usando irregularmente. As razões para isso foram, principalmente, os efeitos colaterais físicos que elas experimentaram, combinados com a oposição de seus maridos e familiares (veja achado 1), embora esses problemas fossem claramente associados ao aconselhamento de má qualidade, pela ausência de acompanhamento e pelo a nalfabetismo (incapacidade de ler as instruções das embalagens).

foi o tratamento desumano e inferiorizante que as participantes, em todos os países, recebiam dos profissionais de saúde. Certamente houve exemplos de mulheres que receberam um aconselhamento sensível nos serviços e que estavam usando métodos não-permanentes de contracepção com êxito, como Lai Yin e Karuthama, na Malásia. Na Cidade do México, nossa pesquisa encontrou exemplos extraordinários de mulheres que sabiam o que queriam e como negociar com o formidável mundo dos hospitais públicos e com as facilidades derivadas do planejamento familiar, colocando-se frente a frente com médicos e maridos, de forma a se certificarem de que suas necessidades seriam atendidas. No entanto, essas foram exceções. De maneira geral, as mulheres foram desencorajadas e alienadas por tratamentos insensíveis e, com freqüência, abusivos e preferiram desistir dos serviços médicos, em lugar de se submeterem a tais abusos. Atitudes e práticas indiferentes por parte dos profissionais de saúde, geralmente enraizadas em preconceitos de gênero, classe, étnicos ou raciais, operam como uma barreira *de facto* a esse acesso, chegando mesmo a destruir a confiança em todos os serviços públicos.

As histórias de abuso por parte de profissionais de saúde reprodutiva não vieram apenas do Sul global, conforme atestam as mulheres afro-americanas da área rural que utilizaram implantes Norplant. Quando tentaram retirar os implantes por causa de efeitos colaterais, as equipes das clínicas locais lhes disseram que suas queixas sobre sangramento excessivo, perda de peso e palpitações eram "inconveniências" e não "problemas médicos" e que, portanto, não garantiam a remoção por intermédio do Medicaid, a menos que elas pagassem US$ 300,00 para reembolsar o Estado. As histórias das entrevistadas no Brasil e no México sobre tratamentos abusivos recebidos de médicos e práticos — incluindo sarcasmo, rudeza e mesmo assédio sexual contra elas e outras mulheres — são verdadeiramente chocantes, como confirmam os numerosos relatos de esterilização involuntária, especialmente no México. Porém, enquanto as pesquisadoras vocalizam as legítimas preocupações dos movimentos em prol da saúde das mulheres a respeito de uma cultura médica que privilegia métodos cirúrgicos e invasivos (veja Capítulo 2), a fúria palpável das mulheres nesses estudos se focaliza menos em métodos particulares do que nos aspectos humanos da assistência. Algumas vezes, as entrevistadas claramente queriam a laqueadura de trompas, uma inserção de DIU ou uma cesariana (como a indômita Emília, na cidade do México); no entanto, mais que qualquer coisa, elas queriam ser levadas a sério, queriam ser ouvidas e tratadas com respeito. Na Nigéria, no Egito, nas Filipinas e na Malásia, as mulheres pareceram menos propensas a protestar verbalmente contra abusos dos serviços, preferindo "votar com seus pés", se recusando a voltar à clínica ou ao hospital, ainda que isso pudesse prejudicar sua própria saúde.

Embora serviços de baixa qualidade e inacessíveis pareçam ser a realidade para quase todas as populações de nosso estudo, essa inadequação é mais severa em algumas localidades do que em outras. Uma olhada nas diferentes taxas de

mortalidade materna, na proporção de nascimentos com assistência profissional, nas taxas totais de fecundidade e nas taxas de uso de contraceptivos entre nossos sete países oferece a evidência mais afiada dessas diferenças nacionais (veja Tabela 9.1). Além disso, a realização de abortos ilegais ou legalmente restritos, embora seja um problema em todos os sete países (Tabela 9.2), apresenta conseqüências mais adversas em termos de morbi-mortalidade materna para as mulheres em alguns dos países.[10] O aborto permanece um assunto delicado em muitas das localidades da pesquisa, abordado pela maioria das entrevistadas com muita cautela e, freqüentemente, com uma grande discrepância entre o que se dispõem a dizer publicamente e o que fazem na prática. Como enfatizado antes, a reticência dessas mulheres é o resultado imediato e pragmático de leis punitivas e de sanções religiosas e culturais, reforçadas pela condenação das equipes de profissionais de saúde. Mais do que isso, as atitudes negativas das entrevistadas em relação ao aborto parecem ser, muitas vezes, motivadas pelo temor do que elas já ouviram sobre o que muitas mulheres sofreram ou morreram, tanto quanto por sentimentos morais ou religiosos.

O efeito de longo prazo de tais restrições, no entanto, assim como os efeitos dos abusos nas clínicas, pode acabar estimulando a consciência de direitos das mulheres, ao invés de suprimi-la. Nós percebemos que os encontros públicos objetivando a discussão de assuntos tais como o aborto ou a esterilização involuntária traziam à tona a raiva das entrevistadas e as tornavam conscientes das injustiças perpetradas pelos profissionais de saúde e pelas instituições. De forma crescente, elas estão se dispondo a se levantarem contra o preço desnecessário que as mulheres têm que pagar em sofrimento ou mortes só porque lhes é negado o acesso a procedimentos legais e seguros de aborto. As participantes dos grupos focais de São Paulo e do Nordeste do Brasil — que se enraivecem contra os médicos que "não estão nem aí" quando vêem mulheres sangrar até a morte, todos os dias, por causa de abortos auto-induzidos e que as repreendem "se você é pobre", mas não se você é rica — diferem das participantes do Egito e da Nigéria em um aspecto crítico: elas pertencem a grupos comunitários organizados que lhes fornecem uma estrutura na qual a raiva pode ser canalizada em direção a uma ação coletiva (veja achado 6). Apesar disso, muitas de nossas entrevistadas, organizadas ou não, pareceram achar mais fácil articular sua percepção dessas injustiças e se atribuírem direitos em relação às

---

[10] De acordo com estatísticas recentes, o aborto inseguro é responsável por um terço de todas as mortes maternas e por "800.000 hospitalizações anuais" na América Latina, e as taxas de aborto têm crescido mais rapidamente no Brasil, especialmente no Nordeste (Singh e Sedgh, 1997). No Egito, onde há menos disponibilidade de dados confiáveis dos hospitais sobre essas complicações, não é menos conhecido que os "hospitais do país... atendem a um número crescente de casos de complicações pós-aborto" (Huntington *et al.*, 1995). Ver também Berquó, 1993; Khattab, 1992; Germain *et al.*, 1992; e Younis *et al.*, 1993 a respeito da excessiva e desnecessária morbidade provocada por serviços de saúde reprodutiva de baixa qualidade.

instituições públicas do que em relação aos seus parceiros e familiares, aqueles com quem elas têm que conviver. Talvez a negociação dos conflitos públicos a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos acabe tornando mais fácil para essas mulheres a negociação de seus conflitos privados em suas casas.

Resumo

Mais uma vez, os achados das pesquisas do IRRRAG delineiam o quadro de tremenda resistência e coragem das mulheres que não se conformam pacientemente com os magros recursos e com as intransigentes barreiras culturais e sociais à sua liberdade sexual e reprodutiva, mas que, pelo contrário, desafiam a tradição de passividade feminina: manobrando em volta, subvertendo, curvando e, algumas vezes, desafiando diretamente essas barreiras. Não se enquadrando nem na imagem de vítimas nem na de resolutas guerreiras feministas, elas expressam uma consciência de direitos sexuais e reprodutivos, em algumas questões mais fortemente do que em outras e em contextos minados por obstáculos — dos maridos, pais, médicos e outros membros das equipes de saúde, das autoridades religiosas e do Estado. A maioria das nossas entrevistadas mostrou uma clara noção sobre seu direito de tomar suas próprias decisões a respeito do casamento (quando e com quem), de sua fecundidade (número e época de terem filhos), da contracepção, de sua recusa à violência doméstica e a fazer sexo quando não desejam, do cuidado com as crianças e do trabalho (se e quando devem trabalhar fora de casa ou buscar recursos econômicos por sua própria conta). Embora se ressintam da falta de responsabilidade masculina em relação à contracepção segura e ao cuidado com as crianças, elas "preferem confiar em seus próprios recursos e no seu controle das coisas do que confiar na cooperação dos homens". A esse respeito, elas parecem estar dispostas a ir longe para manter o sigilo, a segurança e a autonomia, a fim de evitar os riscos constantes de violência doméstica, de discórdia conjugal, de vergonha pública ou de abusos clínicos. A confiança de nossas entrevistadas egípcias em métodos de aborto arriscados e auto-induzidos, ou das nigerianas, nas parteiras locais para assistir os partos, representam um tipo de resistência e, até mesmo, uma moralidade contra-hegemônica, ainda que sejam resistência e moralidade em que a mulher paga um preço com seu próprio corpo.

Isso sugere que as acomodações estratégicas e as negociações realizadas não apenas significam condições de opressão; elas também ajudam a perpetuar essas condições e sempre fixam o seu preço. Quando uma mulher se recusa a retornar a uma clínica ou a um hospital para as consultas de acompanhamento porque suas queixas foram desconsideradas ou condenadas e sua linguagem, sua etnia ou seus hábitos foram tratados com desprezo, ela está clamando por sua dignidade; mas ela também se expõe a riscos adicionais de infecção, a gestações não-desejadas, a abortos inseguros e, assim, à morbi-mortalidade reprodutiva. Quando uma mulher

se rende a práticas tradicionais inseguras, tais como a MGF, que causa danos à sua integridade corporal (ou à de sua filha), com o objetivo de adquirir maior mobilidade e respeito, ela não apenas compromete sua saúde e seu prazer sexual, mas também acaba sustentando um contexto cultural no qual as noções de vergonha e honra se ligam à virgindade feminina (Côrrea, 1994). Quando uma mulher argumenta "Sou eu quem tem que decidir, porque sou eu quem suporta as dores e as responsabilidades da maternidade", ela está, com a mais absoluta certeza, afirmando uma demanda ética (conseqüencialista) em nome de sua própria auto-atribuição do direito de tomar as decisões reprodutivas. No entanto, sua posição se enfraquece por não poder exigir que os outros sujeitos também envolvidos no bem-estar das crianças — o Estado, os maridos ou parceiros — compartilhem essas responsabilidades. Em outras palavras, ela ainda considera como correta a "naturalidade" das divisões tradicionais de gênero e define a maternidade como a essência daquilo que ela é.

As duras realidades com as quais tantas das mulheres em nossos estudos estão tentando negociar demonstram, inequivocamente, que conhecer seus direitos pode estar longe de ter a habilidade de efetivamente exercê-los. Isso nos obriga a perguntar o que é que capacita as mulheres a passarem da noção à ação, de uma negociação estratégica a uma demanda por justiça social? O que as motiva a enfrentar as condições estruturais que governam suas estratégias cotidianas e que fazem os próprios termos nos quais essas estratégias se baseiam tão profundamente injustos? O fato de tantas mulheres, em todos os países, participarem rotineiramente da "epidemia clandestina" dos abortos inseguros, por exemplo, reflete uma percepção das circunstâncias, que podem ser injustas ou opressivas, mas também são, apenas, "uma parte da vida": a pobreza, a falta de cuidados e de atenção para com as crianças, maridos raivosos que as ameaçam com retaliações violentas, leis e códigos religiosos punitivos que se opõem ao aborto legal, a indisponibilidade de métodos contraceptivos seguros e aceitáveis e a falta de uma assistência à saúde humanizada.

Todos os estudos do IRRRAG tentaram situar as percepções e as tomadas de decisões das mulheres dentro de um contexto mais amplo, o das condições sociais, econômicas e culturais que restringem essas mesmas decisões. Alguns desses estudos — especialmente os realizados no Brasil, no México urbano e nos Estados Unidos — apontaram para uma complexa interface entre as oportunidades político-organizativas nos grupos comunitários e sindicatos e o comprometimento com uma ação coletiva. Para que a nossa pesquisa vá além da revelação de certos elementos e possa se constituir em subsídios para transformação social, nós precisamos apoiar as mulheres na conexão de sua percepção das injustiças — ainda que articuladas ou implícitas através das negociações diárias dos conflitos reprodutivos e sexuais — com as demandas por mudanças sociais e econômicas. Com base nessa dupla perspectiva, podemos mobilizar ações mais fortes e melhor fundamentadas para redirecionar as políticas e transformar as sociedades.

Recomendações para as políticas e as ações

Os achados das pesquisas do IRRRAG sugerem algumas ações práticas para (a) pesquisadores/as e grupos de pesquisa; (b) movimentos de saúde e dos direitos das mulheres e (c) forumuladores/as e patrocinadores/as de políticas tanto nos governos nacionais quanto nas organizações internacionais.[11]

1. Os/as pesquisadores e os grupos de pesquisa interessados na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como um aspecto de desenvolvimento deveriam valorizar o *processo*, pelo menos, tanto quanto valorizam os resultados da pesquisa (Benmayor, 1991; Khanna, 1996). Deveriam considerar a utilidade de empregar o enfoque da pesquisa participativa feminista. A equipe das Filipinas descreveu a dinâmica desse processo à medida que ele se desenrolou, mas a mesma experiência foi mais ou menos repetida em todos os estudos:

> As mulheres sabiam que o que elas relatavam seria publicado e exibiram um certo orgulho ao saberem que suas palavras seriam, por sua vez, debatidas em fóruns locais e internacionais. Em algumas instâncias, esses debates foram, para elas, ocasiões de se vestirem com suas melhores roupas. Por sua vez, a organização local das mulheres pode usar sua participação na pesquisa para fortalecer a sua presença e credibilidade na comunidade, ao mesmo tempo que as integrantes das organizações adquiriram valiosas habilidades interpessoais, organizacionais e de pesquisa (comunicação não-publicada).

Assim, o processo de pesquisa propriamente dito pode se tornar uma maneira de convalidar a experiência das mulheres, as suas trocas de idéias e o seu engajamento em ações que visam à garantia dos direitos das mulheres.

2. Nós encorajamos outros pesquisadores e grupos de pesquisa-ação a fazerem o acompanhamento dos estudos do IRRRAG nas áreas onde o desenho de nossa pesquisa apresentou lacunas ou onde nossos achados apontaram para a necessidade de mais dados. Em particular, nós precisamos de mais investigação, com urgência:

Em diferentes grupos sócio-econômicos. Como e quando as mulheres de classe média, em diferentes estágios de vida, expressam sua consciência

[11] Nosso propósito, aqui, não é cobrir cada implicação possível para as políticas e as ações que emerjam dos estudos do IRRRAG, porém, mais do que isso, é ressaltar aquelas que, até agora, em nosso ponto de vista, têm recebido pouca atenção e poucos recursos.

de direitos nos domínios da reprodução e da sexualidade, e como os padrões por elas manifestados se comparam àqueles manifestados pelas mulheres pobres e das classes trabalhadoras?

Em relação aos homens. O que as mulheres vêem como direitos seus em relação ao apoio e à responsabilidade por parte de seus parceiros homens, filhos e irmãos sobre suas tarefas reprodutivas e sexuais e suas decisões? De que maneiras elas — e também os homens em suas comunidades — gostariam de ver o envolvimento dos homens, ou não?[12] *

Em relação às parentes, amigas e conhecidas. De que forma as mães, sogras, irmãs e outras parentes mulheres, amigas, colegas de trabalho, parteiras e enfermeiras reforçam ou inibem a aquisição dessa noção de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e meninas? Quem dentre elas exerce uma maior influência?

Em relação à sexualidade. Até que ponto a consciência de direitos sexuais, em estágios diferentes das vidas das mulheres e em diferentes grupos étnicos e de classe, abrange o direito ao prazer sexual, dentro e fora do casamento, e o direito de ser lésbica?

Em relação ao trabalho. Será que as pesquisas vindouras validarão a hipótese (veja Capítulo 7) de que alguns tipos de trabalho geradores de renda têm mais possibilidade do que outros de garantir às mulheres seu direito de tomar decisões e de ser sujeitos nos domínios da reprodução e da sexualidade?

Em outros países e outras regiões. Será que outros estudos semelhantes, que usem os métodos e a estrutura do IRRRAG, levantarão os mesmos resultados em países e regiões não incluídos originalmente em nosso projeto — por exemplo, países da Europa Oriental e Ocidental, do Caribe, da América Central, da Ásia Oriental e da África Oriental e Meridional?

---

[12] O projeto do IRRRAG pretende dar continuidade ao presente estudo com uma segunda pesquisa que abordará essas questões sobre os homens em algumas das comunidades pesquisadas.

* Este segundo estudo já foi concluído. Os resultados do estudo brasileiro estão publicados em Portella, Ana Paula; Medrado, Benedito; Diniz, Simone e de Mello e Souza, Cecília. (2004). Homens: Sexualidade, Direitos e Construção da Pessoa. Recife: SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia/Instituto Papai. (Nota das Editoras brasileiras)

3. Os/as defensores/as e ativistas da saúde da mulher, em programas de desenvolvimento que promovem a saúde e os direitos sexuais das mulheres e meninas, deveriam enfatizar não apenas o direito e os meios de elas se protegerem dos perigos das dsts/RTIs, mas também seu direito ao prazer sexual e à diferentes formas de expressão sexual. Para contrabalançar as mensagens tradicionais de vergonha e a hegemonia cultural e social dos fundamentalistas religiosos, tais programas deveriam fornecer às mulheres de todas as idades imagens positivas sobre seus corpos, bem como as idéias de que o prazer erótico é parte natural e desfrutável da vida e de que as orientações sexuais diversas e os modelos diferentes de famílias são particularidades intrínsecas às sociedades humanas.

4. Os/as ativistas e defensores da saúde da mulher, em seus trabalhos educativos, deveriam dedicar mais atenção às diferenças de gerações entre as mulheres e ao lugar que as mulheres mais velhas ocupam como mantenedoras, informantes e mediadoras dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente em relação às mulheres mais jovens sem parceiros. Embora saibam que as mulheres mais velhas percebem sua acomodação às regras e práticas tradicionais como sua única fonte de dignidade e respeito, os grupos de mulheres precisam desenvolver estratégias sensíveis, porém efetivas, para fornecer fontes alternativas de respeito para as mulheres mais velhas, bem como para melhorar a comunicação entre as diferentes gerações de mulheres. Tais estratégias devem incluir a organização de grupos de discussão multigeracionais sobre a sexualidade feminina, o prazer sexual e seus riscos;[13] o desenvolvimento de materiais educativos feministas, direcionados para as mulheres mais velhas como mantenedoras do *status quo*, abordando as conseqüências sociais e para a saúde, tanto para elas mesmas quanto para suas filhas, de práticas tradicionais tais como a MGF, o casamento precoce, a preferência pelas crianças do sexo masculino etc., e apresentando alternativas realistas; e a inclusão de mulheres mais velhas, bem como de mulheres jovens e meninas, para os movimentos de saúde e dos direitos das mulheres.

---

[13]As discussões sobre sexualidade e prazer sexual têm se tornado um dos focos principais dos grupos de saúde das mulheres e dos programas de planejamento familiar que buscam ajudar as mulheres a negociarem o sexo seguro e a integrar as estratégias de prevenção de HIV/dst em suas práticas de saúde reprodutiva (veja, por exemplo, Zeidenstein e Moore, 1996 e Becker e Leitman, 1997). Nossa preocupação, aqui, é que o foco de muitos programas para jovens não deveriam se desviar da importância de trazer para essa conversa as mulheres mais velhas, que desempenham seu papel na formação das atitudes e opções das mais jovens.

5. Os programas e os projetos que buscam envolver os homens na responsabilidade pela saúde reprodutiva e sexual deveriam, primeiramente, descobrir o que as mulheres desejam e precisam dos homens e, também, se um envolvimento precipitado dos homens nesse processo pode ter conseqüências adversas para o bem-estar e a garantia dos direitos das mulheres. Em particular, os programas de "envolvimento masculino" não deveriam absorver fundos e recursos vitais dos programas que objetivam garantir os direitos de mulheres e meninas nem deveriam, sob qualquer circunstância, prejudicar a confidencialidade que as mulheres buscam em suas decisões e ações em relação à fecundidade e à sexualidade (Berer, 1996; Helzner, 1996). Tais programas, ao contrário, devem colocar sua prioridade no aconselhamento de homens e meninos para prevenir atitudes culturais negativas, abusos e violência cujos alvos são as mulheres e meninas, os quais estão entre os obstáculos mais sérios à autonomia das mulheres e à garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, eles deveriam se concentrar no aumento da responsabilidade de homens e meninos, aliviando a de mulheres e meninas, em todos os estágios de seus ciclos de vida, em relação às tarefas cotidianas domésticas e aos cuidados de atenção às crianças (veja a Plataforma de Ação do FWCW, parágrafos 28, 125-6, 176-7 e 283; e o Programa de Ação da ICPD, parágrafo 4.11).

6. Em vista dos achados do IRRRAG de que a participação política freqüentemente contribui para a consciência de direitos das mulheres em relação à sexualidade e reprodução, os governos, os/as patrocinadores/as e as agências intergovernamentais deveriam encorajar o trabalho das organizações de mulheres tanto através da locação de recursos quanto através da criação de um clima político aberto e incentivador. Tal apoio levará a cabo o objetivo do Programa do Cairo de "encorajar a expansão e o fortalecimento das comunidades de base, dos grupos de mulheres ativistas e daqueles baseados nas comunidades" (Programa do ICPD, Parágrafo 4-12) e poderá focalizar especificamente as organizações de saúde e de direitos das mulheres que estejam trabalhando na direção da implementação dos documentos do Cairo e de Beijing. Nesse mesmo sentido, os governos, os/as patrocinadores/as, as agências internacionais e os grupos de mulheres deveriam trabalhar para aumentar a participação das mulheres em sindicatos e outras associações na esfera pública que expandam a noção de direitos de seus integrantes como mulheres, cidadãs e membros da sociedade civil.

7. Os governos, as organizações intergovernamentais e os grupos em prol dos direitos e da saúde das mulheres deveriam promover diálogos ecumênicos sobre assuntos relativos aos direitos sexuais e reprodutivos e deveriam trabalhar para dar mais espaço à voz de teólogos alternativos e feministas nos debates públicos acerca dessas questões. Dever-se-ia dar apoio a grupos como Catholics for a Free Choice, Sisters in Islam e Women Living Under Muslim Laws (Católicas pelo Direito a Decidir, Irmãs no Islã e Mulheres que Vivem sob Leis Islâmicas) para que eles possam trabalhar mais intimamente com mulheres rurais e urbanas e, assim, convalidar a autoridade e os julgamentos éticos das mulheres nessas questões, frente às hierarquias religiosas, e colocá-las em contato com interpretações que não se baseiem em correntes do pensamento religioso.

8. Os achados do IRRRAG confirmam, mais uma vez, que as mulheres continuam se submetendo a abortos mesmo sob condições de extremo risco e ilegalidade e que essa persistência resulta de uma noção ética de direitos baseada na necessidade prática. Os governos e as instituições religiosas deveriam reconhecer a legitimidade das decisões das mulheres, tornando os abortos seguros, legais e menos necessários (porque seriam oferecidos como uma alternativa final a uma grande variedade de métodos contraceptivos, fornecidos em clínicas sensíveis e cuidadosas). Isso deveria ser feito não apenas com base nas preocupações de saúde pública (para reduzir a morbimortalidade materna resultante de abortos inseguros), mas também por respeito à integridade moral e à personalidade das mulheres, por sua posição como mães e responsáveis por suas famílias e por suas necessidades, como sujeitos morais, de negociarem seus direitos reprodutivos abertamente e com segurança, mais do que através de subterfúgios sigilosos.

9. Os serviços públicos de saúde, bem como os particulares, têm a responsabilidade, ao garantir uma "assistência de qualidade" a todos os pacientes, de se certificarem que os provedores desses cuidados sejam sensíveis e respeitem a dignidade das mulheres, sua capacidade de tomar decisões e sua diversidade étnica. Todos os provedores deveriam desenvolver, como parte de sua capacitação profissional, a compreensão sobre os contextos e perspectivas de suas pacientes, sob o ponto de vista de gênero, idade, orientação sexual, etnia e cultura; deveriam também ser proibidos de impor suas visões morais e religiosas no desempenho de suas funções

de profissionais de saúde. Deveriam respeitar as decisões de seus pacientes, bem como fornecer um aconselhamento cuidadoso, informações abrangentes e acesso real à ampla variedade de serviços de saúde reprodutiva, sem coerção, de acordo com os parágrafos 7.3, 7.6, 7.7 e 7.13 do Programa de Ação do ICPD. Tal sensibilidade deveria, conjuntamente com os recursos especificados na recomendação 10, ser parte essencial de qualquer definição programática de "necessidades não-satisfeitas".

10. O contexto estrutural e as condições que possibilitam o usufruto dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres deveriam ser ligados programaticamente ao planejamento familiar e aos serviços de saúde reprodutivos e sexuais. Os governos, os/as patrocinadores/as e as organizações intergovernamentais deveriam implementar imediatamente as previsões do Programa de Ação do ICPD e da Plataforma de Ação de Beijing, que estabeleceram os objetivos estratégicos para o incremento do desenvolvimento econômico e social das mulheres (por exemplo, o ICPD, Parágrafo 3.18 e o FWCW, Objetivos Estratégicos A.1-A.3 e B.1-B.3). Especificamente, isso significa a realização de políticas e programas que afirmem os elos críticos entre a noção dos direitos que as mulheres se atribuem em relação às decisões reprodutivas e sexuais tomadas de forma responsável e efetiva e o seu acesso, independentemente de maridos ou parceiros, a recursos econômicos e sociais, incluindo emprego, profissionalização, crédito, educação e outros meios vitais de assegurar uma vida decente para si próprias e seus filhos. Tais recursos deveriam ser levados em conta pelos demógrafos e pelos responsáveis pela elaboração das políticas de saúde reprodutiva nas definições programáticas de "necessidades não-satisfeitas".

11. A respeito da luta pela garantia dos direitos humanos das mulheres, os achados da pesquisa do IRRRAG apóiam fortemente o princípio da indivisibilidade dos direitos econômicos, sociais, culturais, políticos e civis, bem como a necessidade de definir esses direitos através de um diálogo democrático e inclusivo. Nossos estudos mostram um elo direto entre a habilidade das mulheres de exercerem efetivamente seus direitos sexuais e reprodutivos e a ampla variação das condições que os possibilitam e que se distribuem dos mais altos níveis de poder estatal e legal às mais íntimas relações da cozinha e do quarto de dormir. As agências

governamentais e intergovernamentais e as ONGs deveriam considerar esses achados em seus esforços para divisar indicadores confiáveis para a medição dos progressos na implementação dos princípios dos direitos reprodutivos, como estabelecidos nos documentos do Cairo e de Beijing. As mulheres de nossa pesquisa, através de suas palavras e ações, enumeraram diversos indicadores cruciais, incluindo o acesso a recursos financeiros e profissionais; a serviços públicos humanizados e que respondam às suas demandas; a informações que possam ampliar suas possibilidades de escolha; à confidencialidade, especialmente frente a seus maridos e parceiros; a oportunidades para envolverem-se em grupos de mulheres; e a procedimentos seguros de aborto. As políticas de implementação dos princípios dos direitos sexuais e reprodutivos que honram os compromissos assumidos no Cairo e em Beijing deveriam abraçar o que dizem essas mulheres.

BIBLIOGRAFIA

Abdullahi Ahmed, A. (1994) 'Towards an Islamic Reformation: Islamic Law in History and Society Today', in Norani Othman (ed.), *Shari'a Law and the Modern Nation State: A Malaysian Symposium*, Sisters in Islam, Kuala Lumpur.

Abramowitz, M. (1996) *Regulating the Lives of Women: Social Welfare Policy from Colonial Times to the Present*, South and Press, Boston.

Abu-Lughod, L. (1994) *Writing Women's Worlds*, University of California Press, Berkeley.

Ackerman, S. E. and R. L. M. Lee (1990) *Heaven in Transition: Non-Muslim Religious Innovation and Ethnic Identity in Malaysia*, Forum, Kuala Lumpur.

Acosta Diaz, F. (1992) 'Hogares más pobres con jefaturas femininas', *Demos*, Nº 5.

Adamchak, D. and A. Adebayo (1987) 'Male Fertility Attitudes: A neglected Dimension in Nigerian Fertility Research', *Social Biology*, Vol. 34, Nº 1.

Adebanjo, C. O. (1992) 'Female Circumcision and Other Dangerous Practices to Women's Health', in M. Kisekka (ed.), *Women's Health Issues in Nigeria*, Tamaza, Zaria, Nigeria.

Adekunle, A. O. and O. A. Ladipo (1992) 'Reproductive Tract Infections in Nigeria: Challenges for Fragile Health Infrastructure', in A. Germain *et. al., Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*, Plenum, New York and London.

Adetunji, J. (1997) 'The quest for Healthy Childbearing in a Nigerian Community', texto apresentado no Seminar on Cultural Perspectives on Reproductive Health, organizado pelo IUSSP Committee on Reproductive Health and University of Witwatersrand Department of Community Health, Rustenburg, South Africa (June).

Africa Leadership Forum, Federal Ministry of Health and Social Services (1992) 'Conclusions, Recommendations, Summary Report and Papers', procedimentos da Farm House Conference on Population, Gateway Hotel, Ota, Nigeria (November).

Afshar, H. (ed.) (1991) *Women, Development & Survival in the Third World*, Longman, London.

Argawal, B. (ed.) (1988) *Structures of Patriarchy*, Zed Books, London.

AGI (Alan Guttmacher Institute) (1993) 'Sexuality Transmitted Diseases in the United States', *Facts in Brief*, AGI, New York

AGI (1994a) Teenage Reproductive Health in the United States', *Facts in Brief*, AGI, New York.

AGI (1994) *Clandestine Abortion*: A Latin American Reality. AGI, New York.

AGI (1997) 'Special Tabulations of NSFG 1995', *Facts in Brief*, AGI, New York.

Aitken, I. and L. Reichenbach (1994) 'Reproductive and Sensual health services: Expanding Access and Enhancing Quality', in G. Sen, A. Germain and L. C. Chen (eds), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Akhter, F. (1990) 'Issues of Women's Health and Reproductive Rigths'. Texto apresentedo no Sixth International Women and Health Meeting, Manila, Philippines.

Akhter, F. (1994) 'Resist Reduction of "Population" Issues into Women's Issues', Peoples Perspectives, N° 8, March.

Alvarez, S. E. (1990) *Engendering Democracy in Brazil: Women's Movements in Transition Politics*, Princeton University Press, Princeton, NJ.

Amim, S. and S. Hossain (1995) 'Women's Reproductive Rights and the Politics of Fundamentalism: A View from Bangladesh', *American University Law Review*, Vol. 44, N° 4.

Antoniello, P. (1994) 'Pilot Study: Low Income Women in Appalachia', texto não publicado, Brooklyn College, Brooklyn, NY.

APPRR (Asia Pacific Population Research Reports) (1995), *Family Planning Policy and its Implementation in Eight Countries in Asia*, Research Reports N° 1, January 1995.

Arilha, M. and R. M. Barbosa (1993) 'The Brazilian Experience with Cytotec', *Studies in Family Planning*, Vol. 24, N° 4 (July-August). Versão revisada, 'Cytotec in Brazil: "At Least It Doesn't Kill"', *Reproductive Health Matters*, N° 2 (Nov.)

Aromasodu, M. O. (1982) "Traditional Practices Affecting the Health of Woman in Pregnancy and Childbirth', in *Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children*, WHO Regional Office, Alexandria, Technical Publication, Vol. 2, N° 2.

Askiah, A. (1993) 'The Reproductive Rights of Muslim Women: The Malaysian Case', Kuala Lumpur, não publicado.

Aslam, A. (1993) 'Beyond the Holy War', *Populi*, September 1993.

Atsenuwa, A. (1995), 'Effects of Structural Adjustment Programme on Women', texto apresentado no Fórum de ONGs da African Regional Preparatory Meeting for the Fourth World Conference on Women, Dakar, Senegal (Nov.)

Ávila, M. B. (1993) *Direitos Reprodutivos: Uma Invenção das Mulheres*. Reconcebendo a Cidadania, SOS CORPO, Recife.

Ávila M. B. (1993a.) 'Modernidade e Cidadania Reprodutiva', *Revista de Estudos Feministas*, Vol. 1, N° 2.

Badiani R. *et al.* (1996) *Avaliação Qualitativa Projeto Mulher-AIDS-Prevenção*, Clínica de Natal, RN, BEMFAM, Rio de Janeiro.

Badiani, R. *et al.* (1997) *Sexual Health and STD/HIV Prevention in a Salvador Clinic: A Qualitative Evaluation of Integrated Clinical and Educational Projects – Final Report*, BEMFAM, Rio de Janeiro.

Badran, H. (1995) *Women Headed Households*, National Population Council and National Council for Motherhood and Childhood, Cairo.

Badran M. (1994) 'Gender Activism: Feminists and Islamists in Egypt', in V. M. Moghadam (ed.), *Identity Politics and Women*, Westview Press, Boulder/San Francisco/Oxford.

Bahey El Din, A. (1997) 'Equality before the law: The Case of Egyptian Women', texto apresentado na Women, Law and Development Conference, New Woman Research and Study Centre, Cairo.

Bandarage, A. (1997) *Women, Population and Global Crisis*, Zed books, London.

Bankole, A. (1995) 'Desired Fertility and Fertility Behavior among Yoruba of Nigeria: A Study of Couple Preference and Subsequent Fetility', *Population Studies*, Vol. 49.

Barbosa, R. M. and W. V. Villela (1996) 'A Trajetória Feminina da AIDS' in Parker and J. Galvão (eds), *Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil*, ABIA/IMS-UERJ/Relume-Dumara, Rio de Janeiro.

Barr, C. (1995). 'Philippine Elite Prospers But Poor Still Scraping By, *Christian Science Monitor*, 9 February, 1995.

Barros F. C. *et al.* (1991) Epidemics of Cesarian Sections in Brazil, *Lancet*, Vol. 338, N° 20.

Barroso, C. and S. Corrêa (1995) 'Public Servants, Professionals, and Feminists: The Politics of Contraceptive Research in Brazil, in F. D. Ginsburg and R. Rapp (eds), *Conceiving the New World Order*, University of California Press, Berkeley.

Barsted, L. (1992) 'Descriminalization of abortion in Brazil: Tem Years of Feminist Struggles', Revista *Estudos Feministas*, Vol. 0, N° 0 *[sic.]*

Basu, A. (ed.) (1995) *The Challenge of Local Feminisms: Women's Movements in Global Perspective*, Westview Press, Boulder, CO.

Batliwala, S. (1994) 'The Meaning of Women's Empowerment: New Concepts from Action', in G. Sen, A. Germain and L. C. Chen (eds), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Becker, J. And E. Leitman (1997) 'Introducing Sexuality within Family Planning: The Experience of Three HIV/STD Prevention Projects from Latim American and the Caribbean', *Quality/Calidad/Qualité* N° 8, Population Council New York.

Behar, R. (1993) *Translated Woman: Crossing the Border with Esperanza's Story*, Beacon Press, Boston.

Bell, D. (1985) 'Unionized Women in State and Local Government', in R. Milkman (ed.), *Women, Work, and Protest*, Routledge, New York.

BEMFAM/DHS (1997) *Brazil National Demographic and Health Survey* (PNDS 1996), BEMFAM, Rio de Janeiro, and Macro International, Calverton, Maryland.

Benítez, R. (1990) 'Hacia el Siglo XXI', *Demos*, N° 3.

Benmayor, R. (1991) 'Testimony, Action Research, and Empowermet: Puerto Rican Women and Popular Education' in S. B. Gluck and D. Patai (eds), *Women's Words: The Feminist Pratice of Oral History*, Houtledge, New York and London.

Benmayor, R., R. M. Torruellas, and A. L. Juarbe (1992) *Responses to Poverty Among Puerto Rican Women: Identity, Community, and Cultural Citizenship*. Centro de Estudios Puertorriqueños, Hunter College, New York City.

Berer M. (1996) 'Men', Introdution to *Reproductive Health Matters*, N° 7, Special Issue on 'Men' (May).

Berquó, E. (1993) 'Contraceptiona and Caesareans in Brazil: An Example od Bas Reproductive Health Practice in Need of Exemplary Action', *Revista Estudos Feministas*, Vol. 1, N°2.

Berquó, E., M. J. O. Araújo and S. Sorretino (1995) *Fecundidade, Saúde Reprodutiva e Pobreza na América Latina. Volume 1 – O Caso Brasileiro*, Cebrap/Nepo-Unicamp, São Paulo.

Boland R. (1997) *Promoting Reproductive Rights: A Global Mandate*, International Program/ Center for Reproductive Law and Policy, New York.

Boland R., S. Rao and G. Zeisdenstein (1994) 'Honoring Human Rights in Population Policies: From Declaration to Action', in G. Sen, A. Germain and L. Chen (eds), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Brabin, L. *et al.* (1995) 'Reproductive Tract Infections and Abortion Among Adolescent Girls in Rural Nigeria', Lancet, Vol. 345 (February).

Brazil Ministry of Health (1996) Program on STDs/AIDS, *Boletim Epidemiológico* AIDS, Vol. IX, N° 3, Semana Epidemiológica 23 a 25 (June-August).

Briggs, N. (1993) 'Maternal Health – Illiteracy and Maternal Health: Educate or Die', *Lancet*, Vol. 341 (April).

Brito de Martí, E. (1995) 'Liberación, despenalización o legalización?', in A. Ortiz-Ortega, (ed.), *Razones y pasiones en torno del aborto*, EDAMEX and Population Council, Mexico City.

Bronfman, M. (1990) 'Evaluación y tendencias recientes', *Demos*, N° 3.

Bruce, J. (1990) 'Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework', *Studies in family Planning*, Vol. 21, N° 2.

Bruschini, C. (1994) 'O Trabalho da Mulher no Brasil: Tendências Recentes', in H. Saffioti and M. Munoz-Vargas (eds), *Mulher Brasileira é Assim*, Rosa dos tempos, Rio de Janeiro.

Bunch, C. (1990) 'Women´s Rights as Human Rights', Health and *Human Rights Quaterly*,Vol.12, N° 4.

Bunch C. (1995) 'Beijing, Backlash, and the Future of Women´s Human Rights', *Health and Woman Rights*, Vol. 1, N° 4.

Cairo Demographic Centre (1992) *Quality of Family Planning Services in Egypt*, CDC, Cairo.

Cantú Gutiérrez, J. J. and J. Moreno Neira (1990) 'Cotinuidad y cambio en ciertos patrones migratorios en el plano nacional', in *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, Vol. III, Mexico City.

Carloto, C. (1992) 'Uma análise Psico-Social do Processo de Participação das Mulheres no Movimento Reivindicatório Urbano: Necessidades, Limites e Dificuldades', dissertação de mestrado, não publicada, Psicologia Social, PUC, São Paulo.

Carnegie Corporation of New York (1994) *Starting Points: Meetings the Needs of Our Youngest Children*, Carnegie Corporation, New York City.

Cavanagh, J., D. Wysham and M. Arruda (1994) *Beyond Bretton Woods: Alternatives to the Global Economic Order*, Pluto Press/Transnational Institute/Institute for Policy Studies, London and Boulder, CO.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (1994) 'US HIV & AIDS Cases Reported Through December 1994'. *HIV/AIDS Surveillance Report*, Vol 6, N° 2, Hyattsville, MD.

CDC (1995) 'HIV/AIDS Prevention: Women, Children and HIV/AIDS', Document N° 253, Public Health Service, Hyattsville, MD.

Center for reproductive Law and Policy and International Federation of Women Lawyers/ Kenya Chapter (CRLP/IFWL) (1997) *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their*

Preproductive Lives – Anglophone Africa, Center for Reproductive Law and Policy, New York.

Center for Women's Global Leadership (1995) 'From Vienna to Beijing: the Cairo Hearing on Reproductive Health and Human Rights', Rutgers University, New Brunswick, NJ.

CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria) (1993) *As Mulheres no Congresso Revisor*, CFEMEA, Brasília.

CFEMEA (1994) *Guia dos Direitos da Mulher*, CFEMEA, Brasília.

CFFC (Catholics for a free Choice) (1994 & 1997) 'Catholics and Reproduction: World View', Catholics for a free Choice, Washington, DC.

CFFC (Catholics for a Free Choice) (1995) The Vatican and the Fourth World Conference on Women', Washington, DC.

Chee H.L. (1988) 'Babies to Order', in B. Agarwal (ed.), *Structures of Patriarchy: State, Community and Household in Modernising Asia*, Kali for Women, New Delhi.

Chiwuzie et al. (1995) 'Safe Motherhood: Causes of Maternal Mortality in a Semi-urban Nigerian Setting', *World Health Forum*, Vol. 16.

Cisler, L. (1970) 'Unfinished Business: Birth Control and Women's Liberation', in R. Morgan (ed.), *Sisterhood Is Powerful*, Vintage, New York.

Citeli, M. T. (1994) 'Mulheres e Direitos Reprodutivos na Periferia: Releitura Feminista de um Movimento e Saúde em São Paulo', dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo.

Clarke, S. C. and S. J. Ventura. (1994) 'Birth and Fertility Rates for States: United States 1990', National Center for Health Statistics Series 21, N° 52, Hyattsville, MD.

Cohen, S. (1995) 'Encuestas de opinión pública sobre aborto', in A. Ortiz Ortega, (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto*, EDAMEX and Population Council, Mexico City.

Collins, P. H. (1990) *Black Feminist Thought: Knowledge, Counciousness, and the Politics of Empowerment* , Unwin Hyman, Boston, MA.

Comité Promotor para la Maternidad sin Riesgos en México (1993) 'De Cairo a Beijing', *Maternidad sin Riesgos*, N° 1, México City.

Comittee on Women, Population and the Environment (1994-97) *Political Environments*, Nos. 1-5, Population and Development Program , Hampshire College, Amherst, MA.

Cook, R. (ed.) (1994) *Human Rights of Women: National and International Perspectives*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

Cook, R. (1995) 'Human Rights and Reproductive Self-determination', *American Unversity Law Review*, Vol. 44, N°4, April.

Copelon, R. (1994) 'Recognizing the Egregious in the Everyday: Domestic Violence as Torture', Columbia Human Rights Law Review, Vol. 25, N° 2, Spring.

Copelon, R. And R. Petchesky (1995) 'Toward an Interdependent Approach t Reproductive and Sexual Rights as Human Rights: Reflections on the ICPD and Beyond', in M. A. Schuler (ed.), From Basic Needs to Basic Rights, Women, Law & Development International, Washington DC.

Corrêa S. (1994) *Population and Reproductive Rights: Feminist Perspective from the South* , Zed Books, London.

Corrêa S. and R. Petchesky (1994) 'Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective', in G. Sen, A. Germain and L. Chen (eds), *Population Policies Reconsidered*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Cosío Villegas, D. (1974) *El presidencialismo en México*, Editorial Era, Mexico City.

Craske, N. (1993) 'Women's Political Participation in *Colonias Populares* in Guadalajara, México',in S. A. Radcliffe and S. Westwood (eds), *Viva: Women and Popular Protest in Latin America, Routledge, London.*

Curi, M. And A. Molina (1993) 'The Dominican Community of Lower Washiington Heights: A Community Health Needs Assessment', texto não publicado, New York.

Dairiam, S. (1995) 'The Struggle for Women's Rights in Malaysia: A Review and Appraisal of Women's Activism in the Eighties and Nineties', *Canadian Woman Studies*, Vol. 15, Nos. 2 and 3.

DaMatta, R. (1987) *A Casa e a Rua*, Guanabara, Rio de Janeiro.

DANIDA (Danish Development Association) (1994) *Health Situation in Egypt*, DANIDA, Cairo.

Daniel, H. And R. Parker (1993) *Sexuality, Politics and AIDS in Brazil*, Famer Press, London.

Davis, A. (1990) 'Racism, Birth Control and Reproductive Rights', in M. G. Fried (ed.), *Abortion to Reproductive Freedom: Transforming a Movement*, South End Press, Boston.

DAWN (1995) *Markers on the Way: The DAWN Debates on Alternative Development*, DAWN's Platform for the Fourth World Conference on Women, Beijing, September.

Daykin, D., H. Eu, and E. Zimmerman (1994) *Neighborhood Profile N° 5: Washington Heights/ Inwood, Manhattan Community District 12*, United Way, New York City.

De Barbieri, T. ([1994]Forthcoming) 'Cambio sociodemográfico, políticas de población y derechos reproductivo en México' in A. Ortiz Ortega, (ed.), *Derechos Reproductivos en México?*, Colegio de México and Editorial Porrúa, México City.

De Oliveira, O. (1988) 'Unidades domésticas y famílias censales', *Demos*, N° 1.

Desai, S. (1994) 'Women's Burdens: Easing the Structural Constraints', in G. Sen, A. Germain and L. Chen (eds), *Population Policies Reconsidered*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Desser, N. A. (1993) Adolescência, Sexualidade e Culpa: Um Estudo sobre a Gravidez Precoce nas Adolescentes Brasileiras, Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro.

DHS/Macro International (1996) 'A profile of Teenage and Young Adult Women in Nigéria: Findings from the 1990 Nigeria Demographic and Health Survey', África Populatin and Health reports, Macro Internatinal Inc., Bureau for Africa, Calverton, Maryland, USA.

Diniz, C. S. G. (1996) 'Assitência ao Parto e Relações de Gênero: Elemento para uma Releitura Médico-Social', dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Dixon-Mueller, R. (1993) *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*, Praeger, New York.

Dixon-Mueller, R. and A. Germain (1992) 'Stalking the Elusive "Unmet Need" for Family Planning', Studies in Family Planning, Vol. 23, N° 5.

D' Oliveira, A. F. P. L. (1996) 'Gênero e Violência nas Práticas de Saúde: Contribuição ao Estudo da Atenção Integral à Saúde da Mulher', dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Easton, Adam (1997) 'Manila Seeks Death Law for Abortions', *Guardian* (UK), 5 December 1997.

Eaton, S. (1992) Women Workers, Unions and Industrial Sectores in North America, International Labour Organisation, Geneva.

Echols, A. (1989) *Daring to be BAD: Radical Feminism in America*, 1967-75, University of Minnesota Press, Minneapolis.

Egypt, Central Agency for Public Mobilization and Statistics (CAPMAS) (1991), *Yearbook* 1991, Cairo.

Egypt, Institute of National Planning (1994) 1994 *Yearbook* , Institute of National Planning, Cairo.

Egypt, National Population Council (1992) *Demographic and Health Survey* (EDHS), Cairo.

Egypt, National Population Council (1995) *Demographic and Health Survey* (EDHS), Cairo.

Eisenstein, Z. (1978) *Capitalist Patriarchy and the Case for Socialist Feminism*, Monthly Review Press, New York.

Eisenstein, Z. (1988) The Female Body and the Law, University of California Press, Berkeley.

Eisenstein, Z. (1994) *The Color of Gender: Reimaging Democracy*, University of California Press, Berkeley.

Eisenstein, Z. (1996) *Hatreds: Racialized and Sexualized Conflits in the 21st Century*, Routledge, New York and London.

El Baz, S. (1994) 'Women's Work in Egypt', texto apresentado ao Gender Task Force do Fórum de ONGs do Egito, preparatório para a ICPD, Cairo.

El Hamamsy, L. et al (1996) *Early Marriage and Reproduction in Two Egyptian Villages*, National Population Council, Cairo.

El Mouelhy, M. (1987) 'Maternal Mortality in Egypt' , texto não publicado, Cairo.

El Mouelhy, M. (1993) 'Women's Lives and Health in Egypt', *Reproductive Health Matters*, N° 1 (May).

Elabor-Idemudia, P. (1994) 'Nigeria: Agricultural Exports and Compensatory Schemes: Rural Women's Production Resources and Quality of Life', in P. Sparr (ed.) *Mortgaging Women's Lives*, Zed Books, London.

Elias, C. (1991) *Sexually Transmitted Diseases and the Reproductive Health of Women in Developing Countries*, Population Council Working Paper, N° 5, Population Council New York.

Elson, D. (1987) 'The Impact of Structural Adjustment on Women: Concepts and Issues', texto preparedo para o Women and Development Programme, Human Resource Development Group, Commonwealth Secretariat, London.

Elu, M. C. (1970) *Mujeres que hablan*, Mexico City: Asociación Mexicana de Población.

Emembolu, J. O. (1990) 'The Early Marriage and Its Sequelae – Vesicovaginal Fistula: Social Implications and Prevention', texto apresentado no Workshop on Vasicovaginal Vistula, Kano, Nigeria.

Engels, F. (1972) *The Origin of the Family, Private Property and the State*, International Publishers, New York.

Esu-Williams, E. (1991) 'Rural Women's Perceptions of their Health: A Study in Cross River State in Nigeria', Relatório preparado para o Women in Nigeria-Cross River State, University of Calabar, Nigeria.

Eviota, E. Uy (1993) *The Political Economy of Gender: Women and Sexual Division of Labour in the Philippines*. Zed Books, London.

Faria, V. E. (1989) 'Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade: Conseqüências não Antecipadas e Efeitos Perversos', Ciências Sociais Hoje, ANPOCS, Vertice, São Paulo.

Fatawi Al Azhar (1995), Vol. 9, N° 26, Cairo (opiniões legais do the Fatwa Council of Al Azhar University).

Faúndes, A. And J. G. Cegatti (1991) 'A Operação Cesária no Brasil: Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Propostas de Ação', *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 7, N° 2 (April-June).

Federal Republic of Nigéria (1988) *National Policy on Population for Development, Unity, Progress and Self-Reliance*, Lagos, Nigeria.

Federal Research Division (1991) 'Nigeria: A Country Study', Library of Congress website (June 1996) [http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/ngtoc.html].

Fernández Vega, C. (1995) 'Música e inversión Estranjera', *La Jornada* (México City), 15 October.

FETAPE (1994) 'Acordo Coletivo de Trabalho – Sertão de São Francisco', Ms. Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Estado de Pernambuco, Petrolina.

Feyisetan, B. J. and A. R. Pebly (1989) 'Premarital Sexuality in Urban Nigeria', *Studies in Family Planning*, Vol. 20, N°6.

Feyisetan, B. J. and M. Ainsworth (1995) *Contraceptive Use and the Quality, Price, and Availability of Family Planning in Nigeria*, Living Standards Measurement Study Working Paper, N° 108, World Bank, Washington, DC.

FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (1996), *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, Síntese de Indicadores*, 1993. FIBGE, Rio de Janeiro.

Figueroa Perea, J. G. (1991) 'Anticoncepción quirúgica, ducación y elección anticonceptivo', in *Memórias de la IV revolution Nacional de Investigación, Demográfica em México*, Instituto Nacional de Estadistia, Geografia e Informática y Sociedad Mexicana de Demografia, Mexico City.

Figueroa Perea, J. G. (1994) 'The Introduction of New Methods of Contraception: Ethical Perspectives', Reproductive Health Matters, N° 3 (May).

Figueroa Perea, J. G. , Y. P. Palma Cabrera, and R. Aparício Jimenez (1993) 'Uma aproximación regional a la dinámica Del uso de métodos anticonceptivos', in Secretaría de Salud, *El entorno de la regulación de la fecundidad em México*, México City.

FLACSO/CEPIA (1993) *Mulheres Latinoamericanas em dados*, Instituto de la Mujer, Santiago.

Foust, D. (1993) 'The Boom Belt', *Business Week*, 27 September 1993.

Freedman, L. P. (1995) 'Reflections on Emerging Frameworks of Health and Human Rights', *Health and Human Rights* , Vol. 1, N° 4.

Freedman, L. P. (1996) 'The Challenge of Fundamentalisms', *Reproductive Health Matters*, N° 8, November.

Freedman, L. P. and S. l. Isaacs (1993) 'Human Rights and reproductive Choice', *Studies in Family Planning*, Vol. 24, N° 1, January, February.

Fried M. G. (ed.) (1990) *From Abortion to Reproductive Freedom: Transforming a Movement*, South End Press, Boston.

Fried S. T. (1994) *The Indivisibility of Women's Human Rights: A Continuing Dialogue*, Center for Womens Global Leadership, Rutgeres University, New Brunswick, NJ.

Ganga, P. (1993) 'Fertility Trends and Differentials' in Report of the Malaysian Family Life Survey – II, 1988, National Population and Family Development Board, Malaysia and rand Corporation, Kuala Lumpur.

García, B. (1993) ' La feminización en la actividad económica', Demos, N° 5.

García-Moreno, C. and A. Claro (1194) 'Challeges from the Women´s Health Movement: Women´s Rights versus Population Control', in G. Sen, A. Germain and L. C. Chen (eds), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Garfield, R. and D. Abramson (eds) (1994) *Washington Heights/Inwood: The health of a Community*, Columbia University Health of the public Program, new York City.

George, A. (1996) 'Gender Relations in Urban Households in Bombay: Challenges for HIV/STD Prevention', texto apresentado na conferência 'Reconceiving Sexuality: International Perspectives on gender, sexuality and Sexual Health', Rio de Janeiro, April.

Germain, A. and R. Kyte (1995) The Cairo Consensus: *The Right Agenda for the Right Time*, International Women´s Health Coalition, New York.

Germain, A. et al (eds) (1992) *Reproductive tract Infections: Global Impact and Priorities for Women´s Reproductive Health*, Plenum Press, New York.

Giddings, P. (1984) *When and Where I Enter ... The Impact of Black Women on Race and Sex in America*, Willian Morrow, New York.

Ginsburg, F. D. and R. Rapp (eds) (1995) *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, University of California Press, Berkeley.

Gogna, M. and S. Ramos (1996) ' Lay Beliefs, Gender and Sexuality: Unacknowledged Riscks for sexually Transmitted Diseases', texto apresentado na Conference on Reconceiving Sexuality – International perspectives on Gender, sexuality and Sexual Health, Rio de Janeiro, Brazil (April).

Gôle, N. (1996) *The Forbdden Modern: Civilization and Veiling*, University of Michigan Press, Ann Arbor, MI.

Gonçalves R. B. M. (1992) 'Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades', *Cadernos CEFOR*, N° 1, Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, São Paulo.

Gordon, D. (1996) *Fat and Mean*, Basic Books, New York.

Gordon L. (1974) *Woman's Body, Woman´s Right: Birth Control in America*, 2nd edn. Penguin Books, New York.

Government of Malaysia (1985) *Fifth Malaysia Plan*, 1986-1990, Kuala Lumpur.

Government of Malaysia (1990) *Sixth Malaysia Plan*, 1991-1995, Kuala Lumpur.

Government of Malaysia (1995) *Seventh Malaysia Plan*, 1996-2000, Kuala Lumpur.

Government of the Philippines (1990) *Census of the Philippines* 1990, manila.

Govindasamy, P. and A. Malhota (1996) 'Women´s Position and family Planning in Egypt', *Studies in Family Planning*, Vol. 27, N° 6.

Greenhalgh, S., (ed.) (1995) Situating *Fertility: Anthropology and Demographic Inquire*, Cambridge University Press, Cambridge.

Greenhalgh, S. (1996) 'The Social Construction of population Science: An Intellectual, Institutional, and Political History of Twentieth-century Demography', *Comparative Studies in society and History*, Vol.38, N° 1 (January).

Grupo CERES (1981) *Espelho de Vênus: Identidade Social e Sexual da Mulher*, Brasiliense, São Paulo.

Guimarães, K. (1996) 'Nas raízes do Silencio: A representação Cultural da Sexualidade Feminina e a Prevenção do HIV/AIDS', in R. Parker and J. Galvão (eds), Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil, ABIA/IMS – UERJ/Relume-Dumara, Rio de Janeiro.

Gutiérrez. F. J. (1992) 'Algunos Retos Actuales', Demos, N° 5.

Hardon, A. and E. Hayes (eds) (1997) reproductive Rights in Pratice: A Feminist Report on the Quality of Care, Zed Books, London.

Hathi, D. (1996) Speaking Out on Norplant', *Political Environments*, N° 4 (Committee on Women, Population and the environment), Summer/Fall.

Heilborn, M. L. (1996) 'O Traçado da Vida: Gênero e Idade em dois Bairros Populares do Rio de Janeiro', in F. Madeira (ed.), *Quem Mandou Nascer Mulher*, Rosa dos tempos, Rio de Janeiro.

Heise, L. L. (1995) 'Violence, Sexuality, and Women's Lives', in R. G. Parker and J. H. Gagnon (eds), *Conceiving Sexuality*, Routledge, New York and London.

Heise, L., K Moore and N. Toubia (1995) *Sexual Coercion and Reproductive Health* : A Focus on Research, Population Council, New York.

Hellman, J. A. (1994) *Mexican Lives*, The New Press, New York.

Hellman, J. A. (1995) 'The Riddle of New Social Movements: Who They Are and What they Do`, in S. Halesbosky and R. Harris (eds), *Capital, Power, Inequality in Latin America*, Westview, Boulder.

Helzner, J. F. (1996) 'Men's Involvement in Family Planning', *Reproductive Health Matters*, N° 7 (May).

Hernández Bringas, H. (1990) 'Fatalidades han augmentado 150% en 25 años', *Demos*, N° 3, México City.

Hernández Tellez, J. and E. Hernández Carballido (1995) 'Golpeará la crisis con mas fuerza a las mujeres', *La Doble Jornada*, March.

Hill, C. E. (1986) 'Anthropological Studies of the American South', *Current Anthropology* 18.

Hill, C. E. (1988) *Community Health Systems in the Rural South*, Westview Press, Boulder, CO.

Hine, D. and K. Wittenstein (1981) 'Female Slavery Systems: The Economics of Sex', in F. Steady (ed.), *The Black Woman Cross-Culturally*, Schenkman, Cambridge, MA.

Hodgkinson, E. (1995) 'The Philippines: Economy', in *The Far East and Austrasalia* 1995, Europa Publications, London.

Hodgson, D. and S. C. Watkins (1997) 'Feminists and Neo-Malthusians: How Sturdy Are Their Alliances?, *Population and Development Review*, Vol. 23, N° 3 (September).

Huntington, D., L. Nawar and D. Abdel-Hady (1997) 'Women's Perceptions of Abortion in Egypt', *Reproductive Health Matters*, N° 9.

Huntington, D. et al. (1995) Improving the Medical Care and Counseling of Post-abortion Patients in Egypt', *Studies in Family Planning*, Vol. 26, N° 6.

Hussaiana A. (1996) 'Wifeism and Activism: The Nigerian Women's Movement', in A. Basu (ed.), *The Challenge of Local Feminisms: Women's Movements in Global Perspective*, Westview Press, Boulder, CO.

IAC (Inter-African Committee on Traditional Practices) (1993) 'No Return to the History of Oppression of Women in Nigeria', *IAC Newsletter*, N° 14 (July).

Ikeji, N. (1996) 'The Emergence of the Silent Majority: Women NGOs Bridging the Health and Development Gap in Nigeria', texto apresentado na Nigerian National Conference on International Health (June).

INDRA/HAIN (Institute for Development Research Amsterdam/Health Action Information Network) 1996 *Gender, Reproductive Health and Population Policies: Proceedings from the Zimbabwe Networking Workshop*, June 1995, Amsterdam.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografia e Informática) (1992) *XI Censo general de población y vivienda*, INEGI, Mexico City.

INEGI and UNIFEM (1995) *La Mujer mexicana, um balance estadístico a final del siglo veinte*, INEGI, Mexico City.

IPPF Open File (1993) 'Nigerian Islamic Leaders Advocate Family Planning, FHS News *Update*, Vol.2, Nos. 1 and 2 (Dec.).

Irwin, K. et al. (1995) Urban Rape Survivors', *Obstetrics and Gynecology* Vol. 85, N° 5 (March).

Isiugo-Abanihe, U. C. (1994) 'Reproductive Motivation and Family-Size Preferences among Nigerian Men', *Studies in Family Planning*, Vol. 25, N° 3 (May/June).

Ityavyar, D. A. (1984) 'Traditional Midwife Practice, Sokoto State, Nigeria', *Social Science and Medicine*, N° 18.

Jain, A. and J. Bruce (1994) 'Reproductive Health Approach to the Objectives and Assessment of Family Planning Programs', in G. Sen, A. Germain and L. C. Chen University Press, Cambridge, MA.

Jamilah A. (1994) 'Economic Development and Women in the Manufacturing Sector', in Jamilah Ariffin (ed.), *Readings on Women and Development in Malaysia*, Population Studies United, Kuala Lumpur.

Jimenéz Ornelas, R. (1993) 'Cincuenta años de mortalidad o el resultado de la desigualdad social', *Demos*, N° 6.

Johan, A. M. T. (1993) 'Country Situation on Abortion – Malaysia', texto apresentado ao International Planned Parenthood Federation, East and Southeast Asia and Oceania region, Kuala Lumpur.

Johnson, B. C. A. (1982) '*Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children*, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Alexandria, Technical Publication, Vol. 2, N° 2.

Jones, G. W. (1994) *Marriage and Divorce in Islamic Southeast Asia*, Oxford University Press, Kuala Lumpur/Oxford.

Jones, J. (1990) 'The Political Implications of Black and White Women's Work in the South, 1890-1965', in Louise A. Tilly and Patricia Gurin (eds)., *Women, Politics, an Change*, Sage Foundation, New York.

Ju S. H. (1983) 'Chinese Spirit-Mediums in Singapore: An Ethnographic Study', *Contributions to Southeast Asian Ethnography*, N° 2 (Aug.)

Jusidisman, C. (1997) 'Óptica de gênero: Mujeres en las elecciones federales de 1997', *Fem*,Vol. 21, N° 175 (October).

Kabeer, N. (1994) *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*, Verso, London.

Kanidah, N. (1993) 'Status of Maternal Health Services in Malaysia', texto apresentado no Technical Meeting on Maternal Health, SEAMEO-TROPMED, 25-27 May, Kuala Lumpur.

Kaplan, T. (1990) 'Community and Resistance in Women's Political Cultures', *Dialectical Anthropology*, N° 15.

Kats, N. L. (1995) 'Mexican Doctores' Tactics Criticized', *Dallas Morning News*, July 2.

Kelly, J. (1984) *Women, History and Theory*, University of Chicago Press, Chicago.

Khalipah Mohd, T. (1992) 'Marriage Trends Among Peninsular Malaysian Women', in *Report of the Malaysian Family Life Survey – II*, 1988, National Population and Family Development Board, Malaysia and Rand Corporation, USA, Kuala Lumpur.

Khanna, R. (1996) 'Research and Intervention: A Woman-centred Approach', texto apresentado na conferência 'Reconceiving Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health', Rio de Janeiro, 14-17 April.

Khattab, H. (1992) *The Silent Endurance: Social Conditions of Women's Reproductive Health in Egypt*, UNICEF, Cairo.

Khattab, H. (1992) *The Silent Endurance: Social Conditions of Women's Reproductive Health in Rural Egypt*, UNICEF and the Population Council, Amman, Jordan.

Kisekka, M. (1992) 'Women's Organized Health Issues in Nigeria, Tamaza, Zaria, Nigeria.

Kishor, S. (1995) 'Autonomy and Egyptian Women: Findings from the 1988 Egypt Demographic and Health Survey', *Demographic and Health Surveys Occasional Papers 2*, Macro International, Calverton, MD.

Kolbert, K. (1990) 'A Reproductive Rights Agenda for the 1990s', in M. G. Fried (ed.), *From Abortion to Reproductive Freedom: Transforming a Movement*, South End Press, Boston.

Korayem, K. (1991) 'The Egyptian Economy and the Poor in the Eighties', Institute of national Planning Memo N° 1542, Cairo.

Krasner, M. I., T. E. Heisler and P. Brooks (eds) (1994) *New York City Community Health Atlas*, United Hospital Fund of New York, New York City.

Kuhn, A. and A. Wolpe (1978) *Feminism and Materialism*, Routledge and Kegan Paul, London.

Lamas, M., et al. (1995) 'The Growth of Popular feminism in Mexico', in A. Basu (ed.), *The Challenge of Local Feminisms: Women's Movements in Global Perspective*, Boulder, Westview Press.

Langer. A. et al. (1997) 'Improving Post-Abortion Care in a Public Hospital in Oaxaca, México', *Reproductive Health Matters*, N° 9 (May).

Langer, A., R. Lozano and M. Hernandéz (1993) 'Niveles, tendencies y diferenciales', *Demos*, N° 6.

Leal, O. F. (1994) 'Sangue, fertilidade e práticas Contraceptivas', in P. C. Alves and M. C. Minayo (eds), *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*, Editora Fiocruz, Rio de janeiro.

Leal, O. F. and B. Lewgoy (1995) 'Pessoa, Aborto e Contracepção', in O. F. Leal (ed.), *Corpo e Significado: Ensaios de Antropologia Social*, editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Leary, V. (1994) 'The Right to Health in International Human Rights Law', *Health and Human Rights*, Vol. 1, N° 1.

Leete, R. (1996) *Malaisya's Demographic Transition: Rapid Development, Culture and Politics*, Oxford University Press, Kuala Lumpur/Oxford/Singapore/New York.

Leete, R. and B. A. Tan, (1993) 'Contrasting Fertility Trends Among Ethinic Groups in Malaysia', in R. Leete and I. Alam (eds), *The Revolution in Asian fertility: Dimensions, Causes, and Implications*, Clarendon Press, Oxford.

Lerner, S. And J. Freedman (1994) 'Abortion and Health Care Reform', *Journal of the American Medical Women's Assossiation* Vol. 49, N° 5 (September-October).

Logan, K. (1990) 'Women's Participation in Urban Protest', in J. Foweraker and A. L. Craig (eds), *Popular Movements and Political Change in Mexico*, Lynne Rienner, Boulder.

López Austin, A. (1984) *Cuerpo humano e ideologia: las concepciones de los antiguos Nahuas*, Universidad nacional Autónoma de México, Mexico City.

López, I. (1993) 'Agency and Constraint: Sterelization and Reproductive Freedom Among Puerto Rican Women in New York City', *Urban Anthropology*, Vol. 22, N° 3-4.

Lugones, M. (1990) 'Playfulness, "World" – Travelling , and Loving Perception', in Gloria Anzaldúa (ed.)., *Making Face, Making Soul/Haciendo Caras*, Aunt Lute Foundation Books, San Francisco, CA.

Luker, K. (1984) *Abortion and the Politics of Motherhood*, University of California, Berkeley.

Macías, A. (1982) *Against All Odds: The Feminist Movement in Mexico 1700 to 1940*, Greenwood Press, Westport, CT.

MacLeod, A. E. (1991) *Accommodating Protest: Working Women, the New Veiling, and Change in Cairo*, Columbia University Press, New York.

Madunagu, B. (1997) 'Womens Movements, Partnerships and Alliances: Experiences from Nigeria', texto apresentado na 8th International Women and Health Meeting, Rio de Janeiro, Brazil (March).

Makinwa-Adebusoye, P. (1992) sexual Behavior, Reproductive Knowledge and Contraceptive Use Among Young Urban Nigerian', *International Family Planning Perspectives*, Vol. 18, N° 2.

Malaysia Department of Statistics (1991) Vital Statistics Times Series Malaysia (1911-1985), Kuala Lumpur.

Malaysia Department of Statistics (1992, 1993 and 1995) *General Report of the Population Census*, Vol. 1, Kuala Lumpur.

Malaysia Ministry of Health (1992) *Petunjuk-petunjuk Bagi Pangesanan dan Penilaian Strategi Kesihatan Untuk Semua Menjelang Tahun 2000* (indicators for Monitoring and Evaluation of health Strategy for All by the Year 2000), Kementerian Kesihatan Malaysia, Kuala Lumpur.

Marcos, S. (1991) 'Gênero y Preceptos de Moral en el México Antiguo: los Textos de Sahagun', *Concilium*, N° 6.

Marcos, S. (1992) 'Indigenous Erotism and Colonial Morality in México: The Confession Manuals of New Spain', in *Numen*, Vol. XXXIX, N° 2.

Marcos, S. (1994) 'Género y Revindicaciones Indígenas', *La Doble Jornada*, December.

Marshall, T. H. (1975) *Social Policy in the Twentieth Century*, Hutchinson, London, 4th rev. Edn.

Martine, G. (1996) 'Brazil's Fertility Decline, 1965-95: A Fresh Look at Key Factors', *Population and Development Review*, vol. 22, N° 1 (March).

Massolo, A. (1989) Mujer y política urbana: la desconocida de siempre, la siempre presente', texto delivered at the Foro nacional sobre Mujer y Políticas Públicas, Mexico City.

Megahed, H. (1994) 'Egyptian Women in Parliamentary Commitees', texto apresentado na Conference on Egyptian Women at the Challenges of the Twenty-first Century, national Council for Motherhood and Chilhood, Cairo.

Mehrun Siraj (1988) 'Marriage and Divorce: The Law Applicable to Muslins', in *Women and the Law, Papers from a Seminar on Family Law*, University Women´s Association, University of Malaysia, Kuala Lumpur.

Mello e Souza, C. (1989) 'Gender, Class and Domestic Work: The Servant-Employer Relationship in Brazil', *Interchange*, Institute of International Education, Vol. 11, N° 1.

Mello e Souza, C. (1994) 'C-Sections as Ideal Births: The Cultural Construction of Beneficience in Brazil', *Cambridge Quartely of Healthcare Ethics*, Vol. 3, N° 3.

Mies, M. (1986) *Patriachy and Accumulation on a World Scale*, Zed Books, London.

Mies, M., V. Bennholdt-Thomsen, and C. von Werlhof (1988) *Women: The Last Colony*, Zed Books, London.

Minayo, M. C. S., (ed) (1995) *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80*, Hucitec/Abrasco, São Paulo/Rio de Janeiro.

Mishel, L., J. Bernstein and J. Schmitt (1996) *The State of Working America 1996-97*, M. E. Sharp, Armonk, NY.

Moghadam, V. (1993) *Modernizing Women: Gender and Social Change in the Middle East*, Lynne Rienner Publishers, Boulder, CO.

Molyneux, M. (1985) 'Mobilization without Emancipation? Women's Interests, the State, and revolution in Nicaragua', *Feminist Studies*, Vol, 11, N° 2.

Morsy, S. (1993) *Gender, Sickness, and Healing in Rural Egypt*, Westview Press, Boulder, CO.

Morsy, S. (1995) 'Deadly Reproduction among Egyptian Women: Maternal Mortality and the Madicalization of Population Control', in F. D. Ginsburg and R. Rapp (eds), *Conceiving the New World Order*, University of California Press, Berkeley.

Mossa'ad, N. (1996) *Women and Parliamentary Elections*, Ed. Wadoula Badran, Cairo University, Faculty of Economics and Political Science/Ebert Foundation, Cairo.

Mothercare (1993) 'Mothercare Nigeria Maternal Healthcare Project Qualitative Research', Working Paper N° 17B, John Snow, Inc., Arlington, VA.

Muñoz, H. And M. H. Suaréz (1990) 'Educación y empleo: Ciudad de México, Guadajara y Monterrey', *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, Bk. III, Instituto nacional de Estadística, Geografia e Informática y Sociedad Mexicana de Demografia, México City.

Musallan, B. F. (1983) *Sex and Society in Islam: Birth Control before the Nineteenth Century*, Cambridge University Press, New York/Cambridge.

Nagata, J. (1984) *The Reflowering of Malaysian Islam: Modern religious Radicals and Their Roots*, University of British Columbia Press, Vancouver.

Naguiib, N.G. (1994) 'Gender Inequalities and Demographic Bahavior: The Case of Egypt', texto apresentado at the Population Council Symposium on Family, Gender, and Population Policy, Cairo, 7-9 February.

National Center for HIV, STD and TB Prevention (1996) *The Challenge of STD Prevention in the United States*, National Prevention Center, Washington, DC.

National Commission on Children (1993) *Just the Facts: A Summary of Recent Information on American's Children and Their Families*, National Commission of Children, Washington DC.

National Food and Nutrition Research Institute (1993) *Fourth National Nutrition Survey*, NFNRI, Manila.

National Task Force on Vesico Vaginal Fistula (Nigeria) (1994) 'Facts on Vesico-Vaginal Fistulae (VVF) in Nigeria', ABU Press Ltd.,Zaria, Nigeria.

Nawar, L., C. B. Lloyd and B. Ibrahim (1994) 'Women's Autonomy and Gender Roles in Egyptian Families' texto apresentado at the Population Council Symposium on Family, Gender and Population Policy, Cairo, 7-9 February.

NCRFW (National Commission on the Role of Filipino Women) (1995) *Filipino Women: Issues and Trends*, NCRFW and Asian Development Bank, Manila.

NDHS (Nigeria Demographic and Health Survey) (1992) Lagos: federal Office of Statistics and Columbia, MD: Institute for Resource Development/Macro International, INC.

Nelson, B. J. and N. Chowdhury (eds) (1994) *Women and Politics Worldwide*, Yale University Press, New Haven.

New Women Research and Study Centre (1996) *The Feminist Movement in the Arab World: Intervention and Studies from Four Countries*, New Women Research and Study Center, Gysa, Egypt.

New Women Research and Study Centre and El Nadin Centre for Rehabilitation of Victims of Violence (1995) *Violence Against Women: Results of a Fieldwork in Preparation for the Fourth World Conference on Women, Beijing*, New York Research and Stud Centre, Giza, Egypt.

Ng, C. (1989) 'Women in Development: Malaysia', Asian Development Bank, Country Briefing Paper, Kuala Lumpur.

Ng, C and Chee H. L. (1996) 'Women in Malaysia: Present Struggles and Future Directions', *Asian Journal of Women's Studies*, Vol. 2 (May).

Norani Othman (1994) 'The Sociopolitical Dimensions of Islamisation in Malaysia: A Cultural Accomodation of Social Change?', in Norani Othman (ed.), *Shari'a Law and the Modern Nation-State: A Malaysian Symposium*, Sisters in Islan, Kuala Lumpur.

Norazah Zulkifli, S. *et al.* (1996) 'Country Report on Gender, Sexuality and Reproductive Health: Malaysia', texto apresentado at the Asia and Pacific Regional Network on Gender, Sexuality, and Reproductive Health, Cebu City, Philippines, 8-13 January, Social Development Research Centre, De LaSalle University, Philippines.

Nunes, M. J. R. (1994) 'De Mulheres, sexo e Igreja', in A.Costa and T. Amado (eds), *Alternativas Escassas: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina*, Ed. 34, São Paulo.

NYCDCP (New York City Department of City Planning) (1992a) *The Newest New Yorkers: an Analysis of Immigration into New York City during the 1980s*, Publication No. DCPO 92-16, NYCDCP, New York City.

NYCDCP (1992b) *Total Population by Selected Hispanic Origin or Descent: New York City, Boroughs and Community Districts*, NYCDCP, New York City.

NYCDOH (New York City Department of Health) (1993) *Family Planning: Creating a Public Policy Agenda for New York City*, Proceedings of a Symposium Sponsored by the New York City Department of Health and the Columbia University School of Public Health.

Obermeyer, C. M. (1992) 'Islam, Women and Politics: The Demography of Arab Countries', *Population and Development Review*, Vol.18, N° 1.

Obermeyer, C. M. (1994) 'Religious Doctrine, State Ideology, and Reproductive Options in Islam', in G. Sen and R. C. Snow (eds), *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Obermiller, P. J. (1994) *'The Question of Appalachian Identity' in The History and Culture of Appalachia and Appalachian Ohio: A Resource and Training Manual for Directores and Teachers of Adult Basic and Literacy Education Programs*, Part I, editado por Gini Coover and Bruce Kihre, Rural Action, Inc., Athens, OH.

Okafor, C. and R. Rizzuto (1994) 'Women's and Health-care Providers' Views on Maternal Practices and Services in Rural Nigeria', *Studies in Family Planning*, Vol. 25, N° 6 (Nov./Dec.).

Okagbue, I. (1990) 'Pregnancy Termination and the Law in Nigeria', *Studies in Family Planning*, Vol. 21, N° 4 (July/Aug.).

Olusanya, O. (1989) 'Biosocial Factores in Maternal Mortality: A Study from Nigerian Mission Hospital', *West African Journal of Medicine*, Vol. 8, N° 3.

Omran, A. (1992) *Family Planning in the Legacy of Islam*, Routledge, New York and London.

Ong, A. (1987) *Spirits of Resistence and Capitalist Discipline: Factory Women in Malaysia*, State University of New York Press, Albany.

Ong, A. (1994) 'State versus Islam: Malay Families, Women's Bodies and the Body Politic in Malaysia', in *Women's Reproductive Rights in Muslim Communities and Countries: Issues and Resources*, Women Living Under Muslin Laws, August, Cairo.

Oni, G. A. (1985) 'Effects of Women's Education of Postpartum Practices in Ilorin, Nigeria', *Studies in Family Planning*, Vol.21, N° 2 (March/Apr.).

Ortiz Ortega, A. (1996) 'The Feminist Demand for Legal Abortion: A Disrupture of Mexican State and Catholic Church Relations (1871-1995)', tese de doutourado, Yale Unversity, New Haven, CT.

Orubuloye, I. O. (1995) 'Patterns of Sexual Behavior of Hight Risk Populations ad the Implications for STDs and HIV/AIDS Transmission in Nigeria' in R. G. Parker anf G. H. Gangnon (eds), *Conceiving Sexuality*, Routledge, New York.

Orubuloye, I. O. (1996) 'Sexual Networking in Nigéria: Its Social and Behavioral Context', texto apresentado na Conference on Reconceiving Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, Rio de Janeiro, Brazil (April).

Orubuloye, I. O. et al (1992) 'Sexual Networking and the Risk of AIDS in Southwest Nigeria', in T. Dyson (ed.), *Sexual Behavior and Networking: Anthropological and Socio-Cultural Studies on the Transmission of HIV*, Editions Derouauz-Ordina, Liège, Belgium.

Otto, D. (1995) 'Linking Health and Human Rights: A critical Legal Perspective', *Health an Human Rights*, Vol. 1, N° 3.

Oyebola, D. D. O. (1980) 'Antenatal Care as Practiced by Yoruba Traditional Healers/ Midwives of Nigeria' *East African Medical Journal*, Vol. 57, N° 9.

Oyebola, D. D.O. (1981) 'Yoruba Traditional Healers' Knowledge of Contraception, Abortion and Infertility, *East African Medical Journal*, Vol. 58, N° 10.

Pamplona, F. Et al. (1993) 'Marginalización y desarollo social en México', *Demos*, N° 6.

Parés Pombo, M. D. (1990) *Crisis e identidades colectivas en América Latina*, Universidad Autónoma Metropolitana, Mexico City.

Parker R. and R. M. Barbosa (eds) (1996) *Sexualidades Brasileiras*, Relume Dumara, ABIA, IMS/UERJ, Rio de Janeiro.

Patai, D. (1991) 'US Academics and Third World Women: Is Ethical Research Possible?', in S. Gluck and D. Patai (eds), *Women's Words: The Feminist Practice of Oral History*, Routledge, New York/London.

Pateman C. (1988) *The Sexual Contract*, Standford University Press, Standford, California.

Paxman, J. M. et al. (1993) 'The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America', *Studies in Family Plainning*, Vol. 24, N° 4.

Pearce, T. O. (1995) 'Women's Reproductive Practices and Biomedicine: Cultural Conflicts and Transformations in Nigeria', in F. Ginsburg and R. Rapp (eds), *Conceiving the New World Order*, University of California Press, Berkeley.

Perez, A. (1995) *Family Planning Survey*, Department of Health, Manila.

Pessar, P. (1990) 'Dominician International Migration: The Role of Households and Social Networks' in R. W. Palmer (ed.), In *Search of a Better Life: Perspectives on Migration from the Caribbean*, Praeger, New York.

Petchesky, R. P. (1981) 'Reproductive Choice in the Contemporary United States: A Social Analisys of Female Sterilization ', in K. Michaelson (ed.), *And the Poor Get Children*, Monthly Review Press, New York.

Petchesky, R. P. (1987) 'Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction', in M. Stanworth (ed.), *Reproductive Technologies*, Polity Press and the University of Minnesota, Cambridge and Minneapolis.

Petchesky, R. P. (1990) *Abortion and Women's Choice: The State, Sexuality and Reproductive Freedom*, 2nd (revised) edn, Northeastern University Press, Boston.

Petchesky, R. P. (1995a) 'From Population Control to reproductive Rights: Feminist Pault Lines', *Reproductive Health Matters*, N° 6, November.

Petchesky, R. P. (1995b) 'The Body as Property: A Feminist Re-Vision', in F. Ginsburg and R. Rapp (eds), *Conceiving the New World Order*, University of California Press, Berkeley.

Petchesky, R. P. (1997) ' Spiralling Discourses of Reproductive Rights', in J. Tronto, K. Jones and K. Cohen (eds), *Women Transforming Politics*, New York University Press, new York.

Petchesky, R. P. 'Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping an International Practice', in R. G. Parker, R. M. Barbosa and P. Aggleton (eds), *Framing the Sexual Subject.*

Petchesky, R. P. And J. M. Wiener (1990), *Global feminist Perspectives on Women's Reproductive Rights and Reproductive Health*, Reproductive Rights Education Project, Hunter College, New York.

Peters, J. and A. Wolper (eds) (1995) *Women's Rights, Human Rights: International Feminist Perspectives*, Routledge, New York/ London.

Philippines DECS (Department of Education, Culture and Sports) (1995) *Research and Statistics*, DECS, Manila.

Philippines DOH (Department of health) (1991), *Philippines Health Stadistics*, DOH, Manila.

Philippines NSO (National Statistics Office) (1989) *Functional Literacy and Mass Media Survey*, NSO, Manila.

Phillipinnes NSO (national Statistics Office) (1989) *Functional Literacy Education and Mass Media Survey*, NSO, Manila.

Philippines NSO (National Statistics Office) (1989) *Functional Literacy Education and Mass Media Survey*, NSO, Manila.

Philippines NSO (1991) *Survey of Overseas Workers*, NSO, Manila.

Philippines NSO (1992) *Labor Force Survey 1991*, NSO, Manila.

Philippines NSO (1994a) *National Demographic Survey 1993*. NSO Manila.

Philippines NSO (1994b) *National Safe Motherhood Survey 1993*, NSO, Manila.

Pitanguy, J. (1994) 'Feminist Politics and Reproductive Rights: The Case of Brazi', in G. Sen and R. C. Snow (eds), *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*, Harvard School of Public Health, Boston.

Pitanguy, J. and R. Petchesky (1993) 'Women and Population: A Feminist Perspective', *Conscience*, Vol. XIV, N° 3 (Autumn), Catholics for a Free Choice, Washington, DC.

PMMN (Prevention of maternal Mortality Network) (1992) 'Barries of Treatment of Obstetric Emergencies in Rural Communities of Westr Africa', *Studies in family Planning*, Vol. 23, N° 5 (Sept./Oct.).

POPCOM (National Commission on Population) (1994) *The Phillipines: Country Repçort on Population*, prepared for the International Conference on Population and Development, POPCOM, September 1994.

Population Council (1993) 'Prevention of Morbidity and Mortality from Unsafe Abortion, prepared for the International Conference on Population, Population Council, New York.

Population Reference Bureau (1996), *Country Profile: Phillipines*, PRB, Washington DC.

Portella, A. P. (1993) *Relatório de Pesquisa: Perfil da Trabalhadora Doméstica no Brasil*, Sindicato das Domésticas/SOS CORPO, Recife.

Quarles, B. (1989) *The Negro in the Civil War*, Da Capo, New York.

Quintas, F. (1987) *Sexo e Marginalidade: Um Estudo sobre a Sexualidade Feminina em Camadas de Baixa Renda*, Ed Vozes, Petrópolis.

Rashidah A. (1993) 'Changing Population Policies and Women's Lives in Malaysia', *Reproductive Health Matters*, N° 1, (May).

Rashidah A. (1996) 'The Women's Movement in Malaysia', comunicação oral.

Rashidah A./ARROW (1995) 'Challenges After Cairo', *Arrows for Change*, Vol. 1, N° 1, April.

Rashidah A., R. Raj-Hashim, and G. Schimtt (1995) *Battered Women in Malaysia: Prevalence, Problems and Public Attitudes*, Summary Report of Women's Aid Organisation, Malaysia's National Research on Domestic Violence, Kuala Lumpur.

Ravindran, T. K. S. (1993) 'The Politics of Women, Population and Development in India', *Reproductive Health Matters*, N° 1, May.

Ravindran, T. K. S. (1996) 'Factors Contributing to Fertility Transition in Tamil nadu: A Qualitative Investigacion', Report Prepared for UNDP Project on Strategies and Financing for Woman Resouce Development, não publicado.

Renne, E. (1993) 'Gender Ideology and fertility Strategies in an Ekiti Yoruba *Village'Studies in Family Planning*, Vol. 24, N° 1 (March).

Reproductive Health Matters (1993-97), Nos. 1-10, London.

RHM/WHO (Reproductive Health Matters for the World Health Organization) (1997) *Beyond Acceptability: User's Perspectives on Contraception*, Reproductive Health Matters, London.

Ribeiro, L. (1994) 'Anticoncepção e Comunidades Eclesiais de Base', in A. O Costa and T. Amado (eds), *Alternativas Escassas: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina*, Fundação Carlos Chagas, São Paulo.

Richburg, K. (1995) 'The Philppine Economy: can Success Be Trusted?'*Washington Post*, 17 October 1995.

Rivas, M. And A. Amuchástegui (1996) *Voces e historias sobre el aborto*, Population Council/ EDAMEX, Mexico City.

Rodrique, J. M. (1990) 'The Black Community and the Birth Control Movement', in E. C. DuBois and V. L. Ruiz (eds), *Unequal Sisters*, Routledge, New York.

Rollins, J. (1985) *Between Women: Domestics and Their Employers*, Temple University Press, Philadelphia.

Romany, C. (1994) 'State Responsability Goes Private: A Feminist Critique of the Public/ Private Distinction in International Human Rights Law', in R. J. Cook (ed.), *Human Rights of Women*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

Rasaldo R. (1991) 'Cultura y Verdad', *Nueva propuesta de anâlisis social*, CNCA/Grijalbo, Col. Los Noventa, N° 77, Mexico City.

Ross, J. A., W. P. Mauldin and V. C. Miller (1993) *Family Planning and Population: A Compendium of International Statistics*, UNFPA/Population Council, New York.

Ross, L. J. (1996) 'African American Women and Abortion: 1800-1970', in S. M. James and A. T. A. Busia (eds), Theorizing Black Feminisms: *The Visionary Pragmatism of Black Women*, Routledge, New York.

Rosiah Omar (1994) *The Malay Woman in the Body: Between Biology and Culture*, Penerbit Fajar Bakti, Kuala Lumpur.

Ruddick, S. (1989) *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace*, Ballantine, New York.

Rudie, I. (1994) *Visible Women in East Coast Malay Society: On the Reproduction of Gender in Ceremonial, School and Market*, Scandinavian University Press, Oslo.

Safa, H. and F. C. Butler (1992) 'Production, Reproduction and the Polity: Women's Strategic and Practical Gender Issues', in Alfred Stepan (ed.), *Americas: New Interpretative Essays*, Oxford University Press, New York and Oxford.

Sagrario Floro, M. (1994) 'The Dynamics of Economic Change and Gender Roles: Export Cropping in the Philippines', in P. Sparr (ed.) *Mortgaging Women's Lives: feminist Critiques of Estructural Adjustment*, Zed Books, London.

Sanday, P. R. (1981) *Female Power and Male Dominance: On the Origins of Sexual Inequality*, Cambridge University Press, Cambridge, London.

Scheper-Hughes, N. (1992) *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*, University of California Press, Berkeley.

Schuler, M. A. (ed.) (1995) *From Basic Needs to basic Rights: Women's Claim to Human Rights*, Women, Law and Development International, Washington, DC.

Scott, J. (1990) *Domination and the Arts of Resistance*, Yale University Press, New Haven, CT.

Secretaría de Salud (1994) *Mortalidad 1993*, Secretaría de Planeación, Dirección de Estadística e Informática, Mexico City.

Seif El Dawla, A. (1996) Personal Communication Regarding Observations in the Psychiatric Clinic in Ain Shams University Press, Cambridge, MA.

Sen, A. (1981) *Poverty and Famines*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Sen, A. (1984) *Resources, Values and Development*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Sen, G. (1997) *Women and the New World Economy: Feminist Perspectives on Alternative Economic Frameworks*, Zed Books, London.

Sen, G., and R. C. Snow (eds) (1994) Power *and Decision: the Social Control of Reproduction*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Sen, G., A. Germain and L. C. Chen (eds) (1994) *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Shapiro, Thomas M. (1985) *Population Control politics: Women, Sterilization and Reproductive Choice*, Temple University Press, Philadelphia.

SIDA, ETS (1995) *Boletín*, Vol. I, N° 3, CONASIDA and Secretaria de Salud, México City.

SIDA, ETS (1996) *Boletín*, Vol. II, N° 1, CONASIDA and Secretaría de Salud, México City.

Singh, S. And G. Sedgh (1997) 'The Relationship of Abortion to Trends in Contraception and Fertility in Brazil, Columbia and Mexico', *International Family Planning Perspectives*, Vol. 23, N° 1 (March).

Singh, S. et al. (1997) 'Estimating the Level of Abortion in the Philippines and Bangladesh', *International Family Planning Perspectives*, Vol. 23, N° 3.

Soares, V. *et al* (1997) Brazilian Feminism and Women's Movement: A Two-Way Street', in A. Basu (ed.) *Women's Movement in Global Perspective: The Challenge of Local Feminisms*, Westview Press, Boulder/São Francisco/Oxford.

Souza, J. (1980) 'Paid Domestic Service in Brazil', *Latin America Perspectives*, N° 7.

Sparr, P. (ed.) (1994) *Mortgaging Women's Lives: feminist Critiques of Structural Adjustment*, Zed Books, London.

Srinivas, K. R. and Kanakalama (1992) 'Introducing Norplant: Politics of Coercion', *Economic and Political Weekly* (18 July).

Stepan, A. (ed.) (1989) *Democratizing Brazil: Problems of Transition and Consolidation*, Oxford University Press, Oxford/New York.

Stephen, L. (1995) 'Women's Rights Are Human Rights: The Merging of Feminine and Femnist Interests Among El Salvador's Mothers of the Disappeared', *American Ethnologist*, Vol. 22.

Sternbach, N. S. et al (1992) 'Feminisms in Latin America: From Bogotá to San Bernardo', *Signs*, Vol. 17, N° 2 (Spring).

Suárez, E. (1992) 'Desigualdades entre el varón y la mujer', *Demos*, N° 5.

Tahzib, F. (1983) 'Epidemiological Determinants of Vesicovaginal Fistulars', *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 90.

Tambiah, Y. (1995) 'Sexuality and Human Rights', in M. Schuler (ed.), From *Basic Needs to Basic Rights*, Women, Law and Development International, Washington, DC.

Tan, P. C. and S. T. Ng (1995) 'Current and Emerging Family Patterns in Malaysia', texto apresentado em Bengkel Maklumat Kependudukan: Ke Arah Perancangan [A Population Information Workshop: Towards Planning], Pembangunan Berkesan, Port Dickson, 15-17 August.

Tarrés, M. L. (ed.) (1992) *La voluntad de ser: Mujeres en los noventa*, College of Mexico, Mexico City.

Tervalon, M. (1998) 'Black Women's Reproductive Rights', in N. Worcester and M. H. Whatley (eds), *Women's Health*, Kendal Hunt Publishing, Iowa City.

Tey N. P. (1993) 'Patterns of Contraceptive Use and Policy Implications', in *Report of Malaysia Family Life Survey – II, 1988*, National Population and Family Development Board, Malaysia and Rand Corporation, Kuala Lumpur.

Tey N. P. *et al* (1995) *Contraceptive Choice in the Rural Areas of Peninsular Malaysia: Determinants and Change*, Faculty of Economics and Administration, University of Malaya, Kuala Lumpur.

Toubia, N. (1995) *Female Genital Mutilation: A Call for Global Action*, RAINBO (Research Action Information Network for Bodily Integrity of Women), New York.

Transparency International (1997) 'Corruption Perception Index', University of Goettingen, Germany, website [http://www.transparency.de](July).

Trinh, T. M. (1990) 'Not You/Like You: Post-Colonial Women and the Interlocking Questions of Identity and Difference', in G. Anzaldúa (ed.), *Making face, Making Soul/Haciendo Caras*, Aunt Lute Foundation Books, San Francisco, CA.

Trottier, D. a. et al. (1994) 'User Characteristics and Oral Contraceptive Compliance in Egypt', *Studies in Family Planning*, Vol. 25, N°5.

UN (United Nations) (1994) *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Report of the International Conference on Population and Development, UN Doc A/Conf. 171/13, 18 Oct.

UN (United Nations) (1995a) Beijing Declaration and Platform for Action, Adopted 15 September by the Fourth World Conference on Women, reprinted in *Women's Studies Quartely*, Vol. XXIV, Nos. 1-2, Spring/Summer 1996.

UN (United Nations) (1995b) *The World's Women 1995: Trends and Statistics*, United nations, New York.

UNPD (United Nations Development Programme) (1995) *Human Development Report 1995*, Oxford University Press, Oxford/New York.

UNPD (United Nations Development Programme) (1997) *Human Development Report 1997*, Oxford University Press, New York/Oxford.

UNFPA (United Nations Population Fund) (n.d.) *Quality of Family Planning Services*, Evaluation Report N° 8, UNFPA, New York.

UNFPA (1996) *Programme Country Profile, Philippines*. UNFPA, New York.

United States Women of Color Delegation to the International Conference on Population and Development (1994) 'Statement on Poverty, Development, and Population Activities', National Black Women's Health Project, Washington, DC.

Unuigbe, J. A. et al. (1988) 'Abortion Related Morbidity and Mortality in Benin City, Nigeria: 1973-1985', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, Vol. 26.

US Department of Commerce, Bureau of the Census (1991) *Current Population Reports*, Series P-60, Washington, DC.

US Department of Commerce, Bureau of the Census (1993) *Income Poverty, and Valuation of Noncash Benefits*, Washington, DC.

US Department of Commerce, Bureau of the Census (1996) *Current Population Reports*, Series P-60, Washington, DC.

US DOL (Department of Labor), Women's Bureau (1996) 20 *Facts on Women Workers*, Washington, DC, September, 1996.

US State Department, Bureau of Public Affairs (1994) *Background Notes: Philippines*, Washington, DC, December, 1994.

US State Department, Bureau of Public Affairs (1995) *Background Notes: Philippines*, Washington, DC, December, 1995.

Ventura, S. *et al.* (1997) 'Births and Deaths: United States, 1996', *Monthly Vital Statistics Report*, Vol. 46. N° 1 (Supplement 2). Public Health service, Hyattsville, MD.

Victoria, C. (1995) 'As Imagens do Corpo: Representações do Aparelho Reprodutor Feminino e Reapropriações dos Modelos Médicos', in O.F. Leal (ed.), *Corpo e Significado: Ensaios de Antropologia Social*, Editora da Universidade/UFRGS, Porto Alegre.

Vieira, E. M. and N. J. Ford 91996) 'Regret After Female Sterilization Among Low-income Women in São Paulo, Brazil', *International Family Planning Perspectives*, Vol. 22, N° 1 (March).

Viqueira, J. P. (1984) 'matrimonio y sexualidad en los confesionarios en lenguas indígenas', *Revista Cuicuilco*, N° 12.

Ward, M. C. (1986) *Poor Women, Powerful Men: America's Great Experiment in Family Planning*, Westview Press, Boulder, CO.

Wasserheit, J. N. and K. K. Holmes (1992) 'Reproductive tract Infections: Challeges for International Health Policy, Programs and Research', in A. Germain *et al.* (eds), *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*, Plenum, New York and London.

Wazir-Jahan, K. (1992) *Women and Culture: Between malay Adat and Islam*, Westview Press, Boulder, Colorado.

Westhoof, C. F. (1994) 'Abortion Training in Residency Pregrams', Jornal *of the American Medical Women's Association*, Vol. 49, N°5 (September-October).

Westoff, C. F. et al. (1994) *Marriage and Entry into Parenthood*, Demographic and Health Surveys, Comparative Studies, N° 10, Macro International, Calverton, MD.

WGNRR (Women's Global Network for Reproductive Rights) (1980-97) Newsletter, Nos. 33-56, Amsterdam.

WGNNR (1993) 'Population and Development Policies: Report on the International Conference "Reinforcing Reproductive Rights"', *Newsletter,* N° 43 (April-June), Amsterdam.

WHO (World Health Organization) (1995) *Women's Health Profile: Phillipines*. Women's Health Series, Vol. 7. regional Office for the Western Pacific, WHO, manila.

WHO (World Health Organization) (1997) *Health Alert,* Vol. XI, April 1-15, 1997.

WHO/UNICEF (World Health Organization and United nations Children's Fund) (1996) *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality* (April), WHO, Geneva.

Williams, P.J. (1991) *The Alchemy of Race and Rights*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Women Against Fundamentalism (1995) *WAF Journal*, N° 7, November.

Women in Nigeria (WIN) (1991) 'Maternal health Project', resultados das discussões em grupo em Zaria, Nigeria, não publicados.

World Bank (1995) *World Development Report 1995*, Oxford University Press, Oxford/ New York.

World Bank (1997) 'Women in Agriculture Project, Nigeria', The World bank Website, [http://www.worldbank.org/html/edi/sourcebook/sbxw0701.htm].

Younis, N. et al. (1993) 'A Community Study of Gynaecological and Related Morbididies in Rural Egypt', *Studies in Family Planning*, Vol. 24, N°3 (May/June).

Yuval-Davis, N. (1997) *Gender and Nation,* Sage Publications, London.

Yuval-Davis, N. and F. Anthias (eds) (1989) *Woman-Nation-State*, MacMillan, London.

Zaalouk, M. (1985) 'The Impact of Male Labour Migration on the Structure of the Family and the Women Left Behind in the City of Cairo', texto apresentado na First International Conference on Arab and African Women, Cairo, 25-28 February.

Zeidenstein, S. and K. Moore (eds) (1996) *Learning About Sexuality: A Practical Beginning*, Population Council, New York.

Zulficar, M. (1994) *Women in Development: A Legal Study*, UNICEF, Amman, Jordan.

Zulficar, M. (1995) *The Egyptian NGO Platform Document to the Fourth World Women's Conference in Beijing*, national Committee for Population and Development, Cairo.

SOBRE AS COLABORADORAS

Adriana Ortiz Ortega é feminista com Ph.D. em Ciências Políticas, consultora técnica de organizações internacionais em assuntos de gênero e saúde reprodutiva. Foi coordenadora nacional da equipe mexicana do IRRRAG.

Adriane Martin-Hilber tem mestrado em Saúde Pública. É consultora de várias organizações internacionais de desenvolvimento, meio ambiente e saúde da mulher. De 1995 a 1997, foi a gerente do programa internacional do IRRRAG em Nova York.

Aida Seif El Dawla é professora-assistente de Psiquiatria na Faculdade de Medicina na Universidade Ain Shams, no Cairo. É membro-fundadora do Centro de Pesquisas da Nova Mulher e do Centro El Nadim para a Reabilitação de Vítimas de Violência e coordenadora do IRRRAG-Egito.

Aileen May C. Paguntalan trabalha com organizações de pesquisa e defesa dos povos indígenas e dos direitos das mulheres. Está fazendo seu mestrado em Antropologia na Universidade das Filipinas.

Amal Abdel Hadi é médica, membro-fundadora do Centro de Pesquisa da Nova Mulher e diretora do programa para a mulher do Instituto do Cairo para os Direitos Humanos. É ativista da força-tarefa Egípcia contra a Mutilação Genital Feminina.

Ana Amuchástegui Herrera é pesquisadora-palestrante no Departamento de Educação e Comunicação da Universidade Autônoma Metropolitana-Xochimilco, na Cidade do México.

Ana Paula Portella é pesquisadora e educadora do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, no Recife, Brasil, desde 1991. Possui formação em Psicologia e Ciência Política. Coordenou a equipe do IRRRAG no Brasil de 1996 a 2003 e atualmente é Coordenadora de Pesquisas do SOS Corpo.

Cecília de Mello e Souza trabalha no campo da Saúde Reprodutiva desde 1988 e obteve seu doutorado em Antropologia na Universidade da Califórnia, Berkeley, em 1993. É professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Brasil.

Chee Heng Leng ensina Saúde Comunitária na Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde, na Universidade Putra Malásia. Ativamente envolvida nas questões das mulheres, foi membro-fundadora do Coletivo Desenvolvimento da Mulher e da Sociedade de Ação para Todas as Mulheres, na Malásia.

Dianne Jntl Forte é editora da seção de Saúde, Reprodução e Sexualidade da Enciclopédia de Estudos da Mulher e ex-diretora de programas internacionais do Projeto Nacional de Saúde da Mulher Negra, nos Estados Unidos.

Grace Osakue é educadora e diretora de uma escola na cidade de Benin, onde trabalha como coordenadora nacional do IRRRAG-Nigéria. Envolvida em movimentos de mulheres desde 1984, é co-fundadora da Iniciativa para o Poder das Meninas, um grupo dedicado a garantir direitos para adolescentes.

Karen Judd tem doutorado. em Antropologia e fez sua pesquisa de campo em Belize. Escritora e editora especializada nos direitos econômicos e humanos das mulheres, atualmente trabalha na cidade de Nova York como consultora de comunicações para ONGs e fundações que atuam na área de gênero e políticas públicas.

Lourdes L. Arches é química, com profissionalização em Ciências Naturais e membro da WomanHealth (Saúde da Mulher), Filipinas.

Maria Teresa Guia-Padilla está completando seu mestrado em Antropologia na Universidade das Filipinas e está envolvida em pesquisa, documentação e ativismo desde o final dos anos 70.

Marta Rivas Zivy é pesquisadora-palestrante no Departamento de Educação e Comunicação da Universidade Autônoma Metropolitana-Xochimilco, na Cidade do México.

Mercedes Lactao Fabros é a coordenadora nacional da WomanHealth, nas Filipinas, organização nacional que trabalha com questões de saúde e direitos da mulher. Foi coordenadora nacional da equipe do IRRRAG nas Filipinas.

Nadia Abdel Wahab é médica e chefe do Departamento de Medicina Geriátrica do Hospital Palestino, no Cairo. É membro-fundadora do Centro de Pesquisas da Nova Mulher. É ativista nos movimentos de base comunitária que visam a saúde e os direitos reprodutivos no Egito.

Rashidah Shuib é professora-associada de Educação Médica, na Universidade Sains, Malásia. É chefe do Programa de Diplomas de Enfermagem 354 e ativista de organizações locais, nacionais e internacionais de planejamento familiar e temas de interesse das mulheres.

Rita Raj foi fundadora e co-diretora da ARROW (Centro de Pesquisa e Recursos para as Mulheres da Ásia do Pacífico) e co-coordenadora da equipe do IRRRAG na Malásia. Após muitos anos trabalhando com planejamento familiar e saúde reprodutiva, agora estuda medicina tradicional chinesa.

Rosalind Pollack Petchesky é professora de Ciência Política e de Estudos da Mulher no Hunter College, da Universidade da Cidade de Nova York e é uma MacArthur Foundation Fellow. Desde 1977, é ativista do movimento, baseado nos Estados Unidos, em prol da saúde e dos direitos reprodutivos. Fundou o IRRRAG em 1992.

Simone Grilo Diniz é médica com mestrado em Medicina Preventiva. Trabalha como pesquisadora e ativista no Coletivo Feminista Sexualidade Saúde, em São Paulo, Brasil, e foi coordenadora do IRRRAG-Brasil, de 1992 a 1996.

A despeito do debate sobre a linguagem, chegamos a um consenso de que as mulheres devem ter controle sobre quando, se e com quem terão filhos, além de terem acesso às condições que tornam possível esse controle. Todas as participantes concordaram que, para a maioria das mulheres, que é pobre e marginalizada, atingir a autodeterminação reprodutiva requer, em última análise, mudanças fundamentais, não somente na qualidade e disponibilidade dos serviços públicos, mas também nas condições estruturais e nas políticas públicas que sustentam uma ordem social e econômica injusta. No entanto, persistiriam tensões na linguagem e no que se refere ao conteúdo dos direitos reprodutivos. Em 1992, as equipes de alguns países ainda relutavam em aceitar que a liberdade de orientação sexual fosse inerente à agenda de saúde e direitos reprodutivos e, portanto, uma dimensão a ser investigada pela pesquisa. Em função do trabalho das feministas lésbicas e de ativistas da aids, e também à luz da pandemia mundial do HIV/aids e de sua crescente incidência entre mulheres heterossexuais, o conceito de *direitos sexuais* foi posteriormente inscrito no documento de Beijing (veja acima). Embora ainda em estágio inicial, esse conceito tem lugar destacado na agenda de muitas organizações de mulheres e do campo da saúde reprodutiva, e tanto suas dimensões negativas (ausência de abuso e risco sexual) quanto positivas (liberdade para o prazer sexual) foram incorporadas por todas as equipes do IRRRAG.

Em anos recentes, numerosos estudos e revistas especializadas têm examinado, no contexto internacional, as diversas perspectivas feministas sobre a reprodução, estabelecendo uma base analítica sólida para pesquisas empíricas e interculturais.[11] A partir desses estudos, a pesquisa do IRRRAG tentou: (a) coletar dados etnográficos

---

[11] Veja Correa, 1994; Dixon-Mueller, 1993; Gisnburg e Rapp, 1995; Greenhalgh, 1995; Hartmann, 1995; Sen, Germain e Chen, 1994; Sen e Snow, 1994; *Reproductive Health Matters*, 1993-1997; e *WGNRR Newsletter*, 1987-1997. Quando o IRRRAG surgiu, não tínhamos conhecimento de nenhum outro esforço similar de colaboração em pesquisa no plano internacional. Posteriormente, tivemos a satisfação de ver o aparecimento de vários projetos que, embora organizados em marcos institucionais muito distintos, tinham objetivos similares de pesquisa e, em alguns casos, de ação. Por exemplo, o GRHPP (Projeto de Políticas Populacionais, Saúde Reprodutiva e Gênero, antes conhecido como INDRA-HAIN), com base em Amsterdã e Manila e envolvendo onze países em várias regiões do mundo, vem utilizando métodos qualitativos para pesquisar as perspectivas da usuária sobre os diferentes tipos de serviços de saúde reprodutiva e planejamento familiar. O Centro Internacional de Pesquisas sobre a Mulher tem contratado estudos em muitos países, abordando, do ponto de vista etnográfico, como as mulheres vivenciam a sexualidade e negociam o sexo seguro como proteção ao HIV/aids. O Projeto de Estudos da Mulher (da Saúde da Família Internacional) tem implementado programas de pesquisa qualitativa em oito países, abordando as necessidades e perspectivas das mulheres em relação aos programas e métodos de planejamento familiar. Muitas redes internacionais — Mulheres Vivendo sob Leis Islâmicas, Mulheres e as Leis na África Meridional, ARROW e RAINBO (Rede de Informação, Ação e Pesquisa sobre a Integridade Corporal, voltada essencialmente para a mutilação genital feminina) — acrescentaram substancial item de pesquisa a seu trabalho de *advocacy*. Além disso, a revista *Reproductive Health Matters* publica um compêndio de pesquisas e análises similares, normalmente relativas a um só país, em dois volumes por ano.

organizarem pelos direitos humanos nas décadas de 70, 80 e 90 (Bunch, 1990; Freedman e Isaacs, 1993, Corrêa e Petchesky, 1994; Obermeyer, 1994). Contudo, esses esforços somente agora começaram a gerar novas formas de luta e novas linguagens que têm repercussão nos níveis locais e nos grupos de base.

No entanto, a falta de confiança nos mecanismos formais para a garantia de direitos legais não significa que as pessoas sejam passivas ou relutantes para apresentar demandas e realizar ações vigorosas com o intuito de conseguir o que acreditam ser um direito ou uma necessidade para si próprias e para seus filhos. Essas demandas podem estar baseadas nos princípios fundamentais de justiça e eqüidade, mesmo que ainda não tenham sido concretizadas em termos legais. Além disso, as estratégias eficazes para consegui-las podem incluir não somente as formas públicas ou institucionais — tais como ações legais, pressões políticas ou greves —, mas também protestos coletivos menos formais, medidas de auto-ajuda e mesmo formas mais sutis de resistência individual ou subversão "privada". Ao encarar os direitos e as estratégias para garanti-los dessa forma abrangente, chegamos a uma compreensão que é politicamente mais dinâmica e mais aberta em relação ao chamado reino do privado, ou pessoal, do que os modelos convencionais de direitos humanos.

Consciência de Direitos (Sense of Entitlement)

Antes mesmo de compreender melhor o conteúdo dos direitos e das possíveis respostas às suas violações, estávamos conscientes da necessidade de adotar uma terminologia mais flexível, que levasse em conta não somente as formas cotidianas com que a mulher expressa seu senso de necessidade, justiça ou autodeterminação em relação a seu corpo, mas também as maneiras informais, e mesmo sub-reptícias, de que lança mão. Para captar a percepção de nossas entrevistadas quanto às suas necessidades e demandas (em relação aos maridos, pais, profissionais de saúde ou o Estado), além dos parâmetros jurídicos, adotamos o conceito de *consciência de direitos* (*entitlement*). Através dessa noção, esperamos lançar luzes sobre o componente subjetivo dos direitos (aquilo a que as mulheres *sentem e/ou compreendem* que têm direito) e, portanto, nossa pergunta fundamental na pesquisa seria: quando, onde e em que circunstâncias surge nas mulheres essa percepção de que há prerrogativas masculinas em relação às decisões e escolhas nas áreas reprodutiva e sexual?

É importante distinguir a forma pela qual a equipe do IRRRAG interpreta a noção de *entitlement* (consciência de direitos) da forma mais habitual com que o conceito é utilizado no discurso das políticas públicas. O termo "*entitlement*" surgiu, na Europa, depois da Segunda Guerra Mundial, no contexto de consolidação do Estado de Bem-Estar Social, como um reconhecimento da idéia de que todo indivíduo possuiria "direitos naturais" e que os governos teriam o dever de garantir às pessoas em situação social e econômica desvantajosa o pleno usufruto destes direitos (Marshall, 1975). O Estado do Bem-estar Social, uma concessão feita para assegurar a estabilidade social e

apresentar mais reivindicações a seus empregadores, a recusar certas condições de trabalho e, quando necessário, a procurar o sindicato para levar uma reclamação trabalhista à Justiça. Com isso, não queremos romantizar as difíceis condições de trabalho enfrentadas por nossas entrevistadas. O isolamento, o trabalho prolongado da doméstica que vive no emprego e o longo tempo de transporte das diaristas tornam difícil o encontro das trabalhadoras domésticas para discutir as questões do trabalho, organizar-se em torno delas e até mesmo criar uma identidade profissional. No entanto, para muitas das entrevistadas, foram precisamente essas condições desumanas e semelhantes à escravidão que as levaram ao sindicato e a desenvolverem um forte sentido de injustiça e à compreensão dos direitos e da cidadania.

É significativo que a maioria das ativistas do sindicato das trabalhadoras domésticas seja composta por trabalhadoras que vivem no local de trabalho, trabalham para a mesma família por mais de dez anos e que, por isso, provavelmente abriram mão de constituir suas próprias famílias. Ao contrário das não-ativistas, as ativistas demonstram uma forte identidade profissional e um compromisso com sua ocupação e continuam a trabalhar como domésticas orgulhosamente, mesmo ocupando cargos de direção no sindicato. A luta coletiva se fundiu com seu projeto de vida pessoal, a ponto de a atividade sindical tornar-se seu principal meio de auto-realização. Por outro lado, as não-ativistas, na faixa de idade de 25 a 35 anos, percebem o serviço doméstico como algo árduo, mas temporário, como um trabalho para se fazer enquanto se luta por algo melhor. Para elas, o trabalho doméstico é uma etapa passageira num projeto pessoal de ascensão social, durante a qual procuram melhores oportunidades de emprego e tentam avançar nos estudos e na capacitação, para dele escaparem. Mais ainda, se têm filhos, sonham com uma vida diferente para eles. Isso fica claro nos comentários de Cila (31 anos) sobre sua filha:

> Eu desejo um futuro maravilhoso para minha filha. Vou lhe dizer uma coisa que eu também digo aos meus amigos. Não quero nunca que minha filha seja uma trabalhadora doméstica. Nunca, jamais, jamais. Vou fazer qualquer coisa, com ou sem ele [seu marido]... para que ela seja alguém. Mas, uma doméstica, nunca!, porque isso eu já vi. E sei que é a profissão mais triste do mundo — a mais sofrida e discriminada.

As mulheres do MSZL (São Paulo) têm ainda maior propensão a projetar nas suas filhas a percepção de si como sujeito de direitos no campo do trabalho, como um modo de "ser alguém" na vida. A maioria destas mulheres esteve no mercado de trabalho remunerado por breve período ou realizou trabalhos esporádicos em casa. Como observou Maria, 61 anos, líder do movimento: "Quando eu tava criando minhas filhas, comecei a costurar, trabalhava como uma escrava pra elas poderem (*sic*) estudar. Eu dizia a elas que elas não podiam depender de marido". Embora muitas tivessem trabalhado na indústria ou no setor de serviços antes do casamento, elas enfrentaram numerosos obstáculos para continuar a trabalhar fora de casa depois de casadas, tais como oposição dos maridos, falta de creches e políticas

Não é fácil, porém, o caminho do ativismo. As ativistas enfrentam a resistência dos maridos, familiares e vizinhos, que as acusam de violar as normas de gênero. Assim, não é de surpreender que, nos três locais de pesquisa, a maioria das ativistas tenha iniciado sua participação comunitária depois que seu trabalho reprodutivo havia diminuído, no estágio em que o casamento e a maternidade já não eram preocupações centrais; no Rio, as ativistas eram na maioria solteiras. Normalmente, após os 40 anos, com menos trabalho com as crianças e com a casa, as mulheres ficam livres para atividades externas. Com isso, podem iniciar um processo de contato com novas idéias e de questionamento do passado, o que inclui a forma como sua sexualidade foi construída e inibida.

Os dados da pesquisa sugerem que o gênero é um mediador importante na percepção das noções de público e privado. As respostas das mulheres questionam análises antropológicas a respeito da dinâmica entre os espaços público e privado, que associam o primeiro a aspectos negativos, como relações impessoais, o estranho suspeito, desconfiança e perigo, e o segundo a um ambiente positivo de intimidade, lealdade, confiança e proteção (da Matta, 1987). Nos três locais da pesquisa encontramos o inverso, as mulheres associavam o mundo "público" do trabalho ou da organização a valores como liberdade, mobilidade, *empoderamento*, autodescoberta, crescimento pessoal, sociabilidade e relacionamentos importantes. E, do contrário, descreviam o mundo "privado" em termos negativos: aprisionante, violento, opressivo, fonte de exaustão, dor e sofrimento.

Sexualidade, casamento e família

O corpo desconhecido e silenciado

A falta de informação sobre funções corporais, sexualidade e reprodução constitui um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento da consciência de direitos e do sentido de autonomia sobre o próprio corpo. Nos três grupos pesquisados, essa ausência de informação está intrincadamente associada à socialização de gênero, realizada em primeira instância pelas mulheres mais velhas da família.[16] As mulheres da zona rural e as mais idosas compartilham uma noção do corpo como sendo uma entidade desconhecida, sobre a qual não se deve falar. O conselho dado às jovens solteiras para "cuidarem de seus corpos" significava proteger o corpo virginal, mantê-lo intocado e puro, livre de vergonha. O único momento em que havia uma limitada

[16] Um dos primeiros estudos qualitativos feministas sobre histórias de vida reprodutiva e sexual das mulheres brasileiras foi realizado pelo Grupo CERES (1981) no início dos anos 70 e apresentou extensa análise do silêncio em torno do corpo da mulher. Para análises mais recentes sobre como a mulher brasileira lida com a sexualidade e o corpo, ver Desser, 1993; Guimarães, 1996; Heilborn, 1996; Parker e Barbosa, 1996; Quinta, 1987; e Victora, 1995.

a perda da virgindade era a única circunstância que levava à perda do *status* de trabalhadoras rurais, demonstrando até onde sexualidade e produção estão intimamente ligadas. Quando adolescentes e jovens adultas, nossas entrevistadas mais velhas que cresceram no Nordeste viviam constantemente sob a ameaça "de se perderem". Mesmo as primeiras tentativas de buscar prazer corporal, como as aproximações dos meninos, um beijo, uma carícia, provocavam enorme ansiedade e medo de perder a honra. Inês, uma vendedora paulista de 45 anos, recordava um incidente em que seu namorado começou a abraçá-la "um pouco mais forte e, aí, eu pensei, meu Deus! será que ainda sou virgem?" De modo similar, uma das mulheres mais velhas de um grupo focal de São Paulo descreveu as circunstâncias que provocaram seu casamento:

> Eu tava namorando um rapaz há algum tempo. Um dia ele beijou minha testa; eu não esperava e na hora quase morri... [Pensei] Tenho que me casar logo com esse filho-da-mãe, se quiser acabar, não posso, pois ele vai contar a todo mundo que me beijou... Papai vai me matar e eu não vou aceitar ser beijada e desonrada.

Assim, para essas mulheres, o toque masculino no corpo da mulher definia a honra feminina e terminava por determinar seu futuro. O casamento com o homem que a tinha "desonrado com um beijo" era a única forma de preservar sua moralidade.

A maioria das entrevistadas demonstrava raiva pela falta de informação e pelo silêncio sobre sexualidade e reprodução que as haviam cercado. Além de ter inibido sua vida sexual, percebiam que a falta de conhecimento tinha solapado sua capacidade de tomar decisões com base em informações confiáveis sobre sua saúde reprodutiva. As histórias pessoais revelam a angústia, a solidão e a impotência sentidas por muitas mulheres durante o parto; algumas não tinham a menor idéia do que esperar e ninguém com quem conversar sobre o assunto. Os homens, especialmente no campo, muitas vezes eram tão mal informados sobre a reprodução quanto as mulheres e, portanto, pouco podiam ajudá-las. João, um ativista do movimento de saúde de 61 anos, disse que "nunca tinha tido nenhuma explicação sobre doenças ou sobre o corpo porque isso era tabu. Ninguém nunca falava disso na fazenda".

Entretanto, quando se trata dos filhos, nossos dados mostram uma sensibilidade notavelmente distinta da vivenciada pelas próprias entrevistadas, quando eram adolescentes e jovens adultas. No Brasil, cada vez mais as questões relacionadas à sexualidade e às decisões sobre a reprodução deixam de ser consideradas pelos jovens como assuntos proibidos e passam a ser vistas como "parte da vida".[17] Não há

---

[17] Os dados de várias pesquisas de opinião pública recentes confirmam os testemunhos de nossas entrevistadas de que as atitudes dos pais brasileiros, especialmente das mães, em relação à importância da orientação sexual para os jovens, sofreram dramáticas mudanças. De acordo com os resultados de um estudo de 1994, conduzido pelo Instituto Data Folha em São Paulo e três outras capitais de estado, um número crescente de pais apóia a orientação sexual na escola ou através dos centros de saúde, embora não se sintam, eles próprios, capazes de fornecer essa informação a seus filhos.

O controle da fecundidade

A despeito das mudanças sociais documentadas na pesquisa, que mostram que a reprodução ocupa um lugar menor na vida das entrevistadas, a maioria das mulheres raramente busca algum método contraceptivo antes do primeiro filho. Somente as trabalhadoras domésticas mais jovens, encorajadas a evitar a gravidez por seus namorados e temerosas de represálias por parte dos pais e dos empregadores, caso fiquem grávidas, relatam o uso de métodos contraceptivos antes do casamento e do primeiro filho. Em geral, as mulheres das três regiões passam de uma atitude passiva frente à gravidez a um crescente esforço para controlar a fecundidade. A cada filho que nasce, aumentam seus esforços e suas preocupações. A princípio, elas utilizam a pílula anticoncepcional de forma inconsistente; uma vez alcançado o limite físico, fazem grande esforço para conseguir a esterilização. Portanto, o padrão comum é o uso dos métodos para controlar a fecundidade — sobretudo a esterilização e a pílula, apoiadas freqüentemente pelo aborto — como meios de evitar a gravidez, no lugar de espaçá-la ou adiá-la.

Os resultados da pesquisa confirmam as diferenças regionais na taxa de fecundidade total e nas taxas de mortalidade materna e infantil, discutidas anteriormente. Assim, as entrevistadas de Pernambuco tinham uma média de 8 gestações para 6 filhos sobreviventes, enquanto as médias de São Paulo e do Rio de Janeiro eram significativamente inferiores: 4,1 e 3,1, 3,4 e 3,1, respectivamente. Ou seja, as mulheres no grupo pernambucano interrompem duas vezes mais gestações (ou perdem os bebês) e criam o dobro de crianças do que as de São Paulo e do Rio de Janeiro. Comparando com outras regiões, as mulheres do Nordeste estão pagando com o corpo, com angústia ou com a vida por causa da maior pobreza e do menor acesso a serviços de saúde e planejamento familiar.

Como era esperado, encontramos uma correlação inversa entre a idade e o número de filhos, especialmente nas áreas urbanas do Sudeste, onde as mulheres que tinham tido cinco ou mais filhos estavam nas coortes de idade mais velhas (final dos 40 a 60). Este padrão não se mantinha em Pernambuco, onde muitas mulheres na faixa dos 30 tinham cinco ou mais filhos. No entanto, para a maioria das entrevistadas mais jovens da zona rural, a fecundidade mais baixa é uma resposta direta às necessidades de subsistência. Como foi sugerido anteriormente, o declínio geral da fecundidade no Brasil é função das condições econômicas, da maior participação da mulher na força de trabalho, da urbanização e de um novo *ethos* disseminado pela mídia, que tem maior impacto sobre as gerações mais jovens. Contudo, é importante ressaltar que atualmente um número crescente de mulheres de todas as idades está pronta a declarar abertamente: "Não quero mais ter filhos",[21] sente que tem o direito de regular a

---

[21] Em 1986, o principal argumento para a ligação de trompas no Brasil era "motivos de saúde". Em 1992, esse motivo tinha perdido terreno, em vários estados, para "já tive todos os filhos que queria" (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1995:99).

enfaticamente a favor da idéia de que a sexualidade é saudável e positiva e de que seus corpos lhes pertencem.

Enquanto as atividades nas organizações comunitárias e o trabalho facilitam o desenvolvimento da consciência de direitos, as tarefas e responsabilidades da reprodução são obstáculos à sua concretização. Todas as mulheres de nosso estudo haviam começado a participar das tarefas da reprodução social como filhas pequenas e continuavam engajadas neste trabalho, bem depois da menopausa ou da esterilização, como mães, avós, tias ou trabalhadoras domésticas. A sua experiência indica a complexidade do trabalho reprodutivo e a inadequação do conceito de *idade reprodutiva* como sendo biologicamente determinada, pois, para um grande número de brasileiras, a reprodução biológica acaba na esterilização e não na menopausa.

A despeito da idealização cultural da maternidade, na prática, o lugar de mãe traz para a mulher prejuízos materiais, sociais, políticos e de saúde. Como esposas, mães e trabalhadoras, sua vida cotidiana é caracterizada por uma sobrecarga de trabalho prejudicial à sua saúde, particularmente à saúde reprodutiva. Esse problema é mais grave para as trabalhadoras rurais, cujas condições socioeconômicas são as mais precárias e, além disso, elas têm mais filhos, mais gestações e perdas de bebês e menor acesso à assistência à saúde. De forma perversa, os problemas de saúde das mulheres mais velhas justificam a manutenção de tais arranjos para as meninas, que assumem as obrigações domésticas de suas mães doentes. Assim, a vida doméstica é marcada por um esforço não recompensado e pela desigualdade de gênero em todos os estágios do ciclo de vida das mulheres. Especialmente as mulheres de Pernambuco e de São Paulo se sentem desvalorizadas e exploradas por seus filhos e maridos, com pouca margem de negociação para tomar decisões. Embora as mulheres indiquem que seus filhos são o que há de mais importante para elas, suas descrições da vida cotidiana e das relações familiares são permeadas pela solidão da maternidade, pela opressão do trabalho doméstico e pelo risco muito constante de violência e abuso conjugal. O trabalho reprodutivo e a falta de creches limitam a mobilidade das mulheres e, para algumas, a possibilidade de participar dos movimentos sociais e de trabalhar fora de casa. A maioria das mulheres de São Paulo abandonou o mercado formal de trabalho depois de ter filhos e a maior parte das trabalhadoras domésticas do Rio de Janeiro desistiu de relacionamentos sexuais e da oportunidade de criar os próprios filhos. Assim, não é acidental que, entre as pesquisadas, as ativistas fossem principalmente as mulheres sem filhos ou com filhos maiores, que estavam livres de obrigações com crianças. Também não causa surpresa que muitas de nossas entrevistadas casadas se recordem com nostalgia dos tempos de solteira e que ser mãe solteira esteja se tornando uma alternativa para as brasileiras.

Uma combinação de barreiras — oposição do marido, tabus religiosos, uma cultura médica hostil e serviços médicos inadequados — inibe as mulheres pesquisadas de fazerem uso regular de contraceptivos, como um meio de adiar ou espaçar o nascimento

de filhos. Na medida em que a sobrecarga da reprodução biológica e social aumenta com a idade, as mulheres se tornam mais ativas em controlar a fecundidade e a sexualidade, suportando os efeitos colaterais da pílula e os riscos para a saúde do aborto ilegal, abandonando maridos abusivos e, em alguns casos, encontrando relacionamentos mais satisfatórios. A esterilização, entendida como uma solução definitiva para os problemas reprodutivos, é o exemplo típico do padrão que associa o controle da fecundidade ao fim da possibilidade de ter filhos. O sistema de saúde constrói para as mulheres esta "solução final", num contexto de poucas alternativas, que o próprio sistema ajuda a criar.

Os sofrimentos da reprodução são agravados pelo fato de as mulheres não terem acesso à informação sobre seu corpo, sua sexualidade e reprodução, o que só aumenta sua vulnerabilidade e seu temor. Todas as mulheres que encontramos ao fazer este estudo reconhecem a importância da orientação sexual e da informação médica para que elas próprias e suas filhas possam exercer seus direitos sexuais e reprodutivos. Sob muitos aspectos, esta ânsia por conhecimentos sobre sexo e reprodução é uma transgressão das noções tradicionais de feminilidade derivadas dos ensinamentos da Igreja Católica que exaltam a virgindade e a maternidade. Seja recorrendo ao Deus pessoal e caridoso da religião popular ou argumentando em favor do direito de tocar e ter prazer com seu corpo, muitas das entrevistadas estão claramente rompendo com as normas religiosas estabelecidas, relacionadas à reprodução e à sexualidade. Se não para si próprias, certamente para suas filhas, se não pelas palavras, seguramente pelas ações, essas mulheres estão exigindo poder de decisão sobre sua vida sexual e reprodutiva. Aqui ocorre uma interseção entre gênero e inserção sócio-econômica para motivar a indignação das mulheres pesquisadas contra os insultos e danos sofridos no sistema público de saúde. Gradualmente, à medida que passam a agir como sujeitos nos campos da sexualidade e da reprodução, as brasileiras envolvidas nos movimentos sociais estão transformando uma ética de sofrimento e penitência em direitos e cidadania.

religiosas e médicas, de diferentes compreensões de mundo baseada na classe social e, sobretudo, de todas as normas tradicionais de gênero relacionadas à MGF.

O tema da circuncisão provocou acalorados debates entre as mulheres nos grupos de discussão. Sabendo que algumas das pesquisadoras eram médicas, foram levantadas questões a respeito da correção ou incorreção da prática da circuncisão. Em um dos grupos focais, uma mulher que não tinha sido circuncidada alegou que essa prática torna a mulher frígida sexualmente. Outras responderam que "é melhor ser frígida do que desejar o marido", pois "uma mulher circuncidada tem menos desejo e, [assim], não ficará na dependência do marido satisfazê-la. Ela será mais forte". Em outras palavras, é melhor cortar fora a parte do corpo que poderia deixá-la na dependência sexual de seu marido do que ser vulnerável e carente. Encontramos, com freqüência, esse padrão pelo qual as mulheres convertem uma violência física e emocional em um mecanismo de *empoderamento*.

Os homens apresentaram uma posição muito diferente sobre a MGF. Alguns disseram que era uma *sunna* (ensinamento do Profeta), enquanto outros afirmaram que era *haram* (proibido pela religião). Porém, em ambos os casos, os homens pareciam pensar sobre o assunto de forma mais abstrata, em termos dos ensinamentos religiosos, enquanto os referenciais das mulheres eram mais sociais (o *status* das filhas na comunidade ou a posição das esposas diante dos maridos). A atitude indulgente de alguns homens entrevistados sobre uma questão que tão diretamente envolve a sexualidade das mulheres pode ser explicada por sua confiança no fato de que a circuncisão é uma tradição que as próprias mulheres assumem o compromisso de implementar.

O casamento e as relações sexuais

Escolha de parceiro

As decisões relativas ao casamento afetam toda a vida de uma pessoa, especialmente em uma sociedade em que é muito difícil para as mulheres (cristãs e muçulmanas) conseguirem o divórcio e na qual este é visto como uma vergonha para a família. Por esse motivo, na maioria dos casamentos, os pais, especialmente as mães, ainda cumprem um papel decisivo na escolha do parceiro. Soheir, como muitas das outras mães entrevistadas, quer dar alguma margem de escolha às suas três filhas, mas também deseja manter o controle da decisão:

> Não escolhi meu marido. Éramos da aldeia, e não pessoas esclarecidas. Minhas filhas têm instrução, e devo perguntar a elas antes de aceitar um marido [para elas], mas ele também precisa ser adequado. Não quero que nenhuma delas escolha um mau marido e se arrependa no futuro — como eu.

ritual foi o das mulheres de El Sakakini, Cairo.[25] Como as mulheres de Boulaq e do Delta que tinham passado pelo BD, estas eram donas-de-casa de baixa renda, sem instrução, que haviam migrado do Alto Egito com suas famílias. Essa forte adesão ao BD pode refletir a necessidade que as mulheres deslocadas para uma comunidade estranha têm de provarem sua honra, definirem sua identidade e evitarem que suas tradições e valores sejam desgastados pela "cidade". As defensoras do BD argumentam que, embora seja uma experiência cruel e dolorosa, e da qual elas próprias tenham terríveis lembranças, ainda é melhor passar pelo ritual de modo a evitar os mexericos e andar de cabeça erguida entre os futuros parentes.

Contudo, um número significativo de mulheres casadas, em todos os locais da pesquisa, que tinha passado pelo ritual do BD, não desejaria o mesmo para suas filhas e acreditava que as coisas estavam mudando. Aparentemente, suas filhas têm a mesma opinião, pois a maioria das entrevistadas solteiras preferia o *dokhla* comum. O único grupo rigidamente contra o BD foi o das estudantes islâmicas integristas. Todas assumiram a posição de que era *haram*, em termos religiosos, porque expõe os genitais da mulher, os quais não podem ser vistos por ninguém, nem mesmo pela mãe ou irmã. A esmagadora maioria dos homens também preferia uma noite de núpcias normal. Achava que era mais digno para a mulher, que a intimidade da noite de núpcias é uma questão privada entre marido e esposa e que a invasão do ritual do BD pode causar futuros problemas e traumas sexuais. Uns poucos disseram que eram contra o islamismo e um chegou mesmo a afirmar que "era uma espécie de estupro e morte da menina".

É desconcertante descobrir que são os homens que defendem a "privacidade" e a integridade corporal das mulheres, enquanto estas fazem das tripas coração e apóiam as normas tradicionais de honra e castidade, mesmo ao preço do sofrimento e da humilhação. Temos que nos perguntar de que maneira a "privacidade" está associada, no atual contexto egípcio, ao controle pelo homem da sexualidade no casamento; e de que modo a "honra", na ausência de outras formas de poder e mobilidade, torna-se o único passaporte das mulheres para circularem livremente e "andarem com a cabeça erguida".

...e *as noites subseqüentes*

> Meu marido é delicado comigo; normalmente me estimula antes do ato sexual. Gosto de fazer sexo com ele, desde que o quarto esteja escuro. Ele faz gozação [com isso], mas concorda... Não, nunca lhe pediria para fazer sexo. Por ele, faríamos sexo todos os dias. Mas acho que uma vez por semana é bastante, porque estou sempre cansada do trabalho e das tarefas

[25] As pesquisadoras perguntavam: "Faria de novo, se pudesse escolher?" ou "Você quer que sua filha passe pelo BD?".