



5^o Programa de Estudos em
Saúde Reprodutiva e
Sexualidade

15 de maio a 5 de junho de 1996

PALESTRA
A SAÚDE REPRODUTIVA NO CONTEXTO ATUAL
ELZA BERQUÓ

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
NEPO - Núcleo de Estudos de População

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
NEPO
Núcleo de Estudos de População

THE FORD FOUNDATION
RIO DE JANEIRO, BRAZIL

28 Ago 1996

RECEIVED

5^o PROGRAMA DE ESTUDOS EM
SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUALIDADE
15 de maio a 5 de junho de 1996

120-0812-1

PALESTRA
A SAÚDE REPRODUTIVA NO CONTEXTO ATUAL
ELZA BERQUÓ

BRASIL, UM CASO EXEMPLAR

anticoncepção e partos cirúrgicos

À ESPERA DE UMA AÇÃO EXEMPLAR

*Elza Berquó
NEPO/Unicamp
CEBRAP/São Paulo*

Trabalho preparado para o Seminário A Situação da Mulher e o Desenvolvimento. Organizado pelo Ministério das Relações Exteriores e realizado no Núcleo de Estudos Populacionais (NEPO) da UNICAMP, 1 e 2 de julho, 1993.

Trabalho publicado na revista **Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, CIEC, UFRJ, v.1, n.2, p. 366-381, 1993.

ÍNDICE

	Pág.
O Panorama da Anticoncepção no Brasil	5.
As Mulheres Esterilizadas	11.
A Cultura da Esterilização	12.
O Abuso das Cesáreas	16.
Para Concluir	21

BRASIL, UM CASO EXEMPLAR
anticoncepção e partos cirúrgicos
À ESPERA DE UMA AÇÃO EXEMPLAR

ELZA BERQUÓ

Com a redemocratização do país, a década de 80 representou no Brasil um marco fundamental no que se refere às reivindicações e algumas conquistas legais das mulheres quanto ao direito à saúde reprodutiva.

São deste período o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, e a Constituição Federal de 1988, para ficar só no plano federal.

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

Ao nível do Ministério da Justiça é criado em 1985 o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), cuja articulação com diversos grupos e instituições de mulheres em todo o Brasil incentivou e realizou diferentes ações na área da saúde reprodutiva, com destaque na participação do processo de elaboração da nova Constituição Federal no que tange à saúde reprodutiva.

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

Ministério da Saúde no processo de articulação com os diferentes setores sociais e de entrosamento com as diversas instituições, envolvidas na questão da reprodução humana.

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

As freqüentes mudanças ocorridas no Ministério da Saúde, fruto de trocas contínuas de ministros, sempre determinadas por decisões políticas, alteraram substancialmente a operacionalização do PAISM. A articulação com a Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana, no início, muito intensa e fecunda, foi sendo gradualmente desativada pelo Ministério da Saúde. Também o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher teve seu papel bastante reduzido no cenário nacional.

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

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

O diálogo com o parlamento se ampliou, várias Comissões Parlamentares de Inquérito são constituídas em vários estados da Federação e ao nível do Congresso, para apurar denúncias na área dos direitos reprodutivos, em especial sobre a esterilização feminina. A partir de 1989, no plano legislativo, 27 projetos de lei tramitam no Congresso Nacional, a maior parte apresentados em 1991, versando 9 sobre aborto, 4 sobre esterilização e teste de gravidez, 6 sobre planejamento familiar, 5 sobre assistência médica e pré-natal e 3 sobre novas tecnologias reprodutivas.

Tentativas de buscar um consenso sobre as bases para uma normatização da esterilização feminina continua aglutinando parlamentares e feministas.

Sente-se no país, nestes últimos anos, um retomado impulso na direção da defesa da saúde reprodutiva e dos direitos dela decorrentes, uma vez que estes não se constituem ainda em uma realidade para a mulher brasileira.

Testemunhos desta situação são os resultados de um estudo recente de Costa¹ (1992) realizado junto às secretarias de saúde, estaduais e municipais (apenas para as capitais dos estados), com a finalidade de avaliar a situação de implantação do PAISM. Entre outros, o estudo revelou que:

1. 81% das secretarias municipais de capitais e 67% das estaduais realizam abaixo de 40% de cobertura;
2. 38% das secretarias municipais de capitais e 44% das estaduais atendem menos de 20% de sua população de gestantes no pré-natal;
3. a assistência clínico-ginecológica é oferecida em percentuais de cobertura abaixo de 10% em 25% das instituições;
4. em 44% das secretarias municipais de capitais e em 36% das estaduais o controle do câncer cérvico-uterino cobre menos de 10% da população feminina;
5. 45% das instituições municipais de capitais e 50% das estaduais oferecem ações de planejamento familiar abaixo de 10% da necessidade de suas populações.

É neste contexto que se vem assistindo no país ao declínio sistemático e acelerado da fecundidade. De 4.5 filhos por mulher em 1980, esta taxa caiu para 3.5 em 1984 para assumir o valor 2.5 em 1991².

Cabe a indagação - de que recursos dispõem as mulheres brasileiras para reduzirem tão rapidamente sua fecundidade?

O Panorama da Anticoncepção no País

Em termos de cobertura nacional, infelizmente, os dados mais recentes de que se dispõe sobre anticoncepção datam de 1986^{3,4}. Segundo estes, o cenário contraceptivo brasileiro era caracterizado por

¹ COSTA, A.M. - O PAISM: Uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. Comissão de Cidadania e Reprodução, Brasília, 1992.

² FIBGE.

³ FIBGE. PNAD-86.

⁴ PNSMIPF-Benfam, 1986.

elevada prevalência de uso, em torno de 70% para mulheres casadas ou unidas com idades compreendidas entre 15 e 54 anos. Para todas as mulheres, independentemente do estado conjugal, este percentual era da ordem de 43%.

A tabela 1 ilustra, para as usuárias, a composição da lista de métodos que prevalecia no Brasil e em algumas unidades da Federação. Fica claro desde logo, que a esterilização feminina estava no topo da lista, seguida dos hormonais. Juntos, representavam 85% das condutas das usuárias. Ainda neste elenco de recursos altamente eficazes para evitar uma gravidez, o dispositivo intra-uterino estava quase ausente, com apenas 1.5%, e menos de 1% das mulheres tinham maridos vasectomizados. Os métodos ditos de menor eficiência, eram lançados mão por 10.4% das usuárias, salientando-se a abstinência periódica.

Percebe-se ainda (tabela 1) que o panorama da regulação da fecundidade não era muito diferente nos vários contextos brasileiros. Em que pese as flutuações de esterilização e uso dos hormonais, quando se passa de um contexto a outro no território nacional, não cabe dúvida de que falar em anticoncepção no Brasil, significava falar de pílula ou laqueadura, sendo esta liderada pelo Nordeste e pelo estado de Goiás.

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

MÉTODO USADO	BRASIL	SÃO PAULO	RIO							
			JANEIRO	GRANDE DO SUL	PARANÁ	MINAS GERAIS	GOIÁS	AMAZONAS	BAHIA	PERNAMBUCO
Esterilização	44.4	38.4	41.4	17.7	42.8	37.4	71.3	55.4	39.5	61.4
Pílula	41.0	39.4	45.3	64.9	45.5	44.0	20.2	35.6	40.1	27.1
Vasectomia	0.9	2.5	0.2	1.1	1.5	0.6	1.5	0.7	0.9	0.5
DIU	1.5	1.2	1.3	4.6	1.0	2.9	0.6	0.3	5.2	0.4
Condom	1.8	3.8	1.8	0.9	1.8	2.9	0.8	0.3	0.6	0.7
Interrupção	2.5	4.5	1.5	1.5	2.0	1.6	1.7	0.4	2.5	2.1
Abstinência periódica	6.2	7.5	6.8	7.3	3.6	8.6	3.5	6.3	7.8	5.5
Outros	1.7	2.7	1.7	2.0	1.8	2.0	0.4	1.0	3.4	2.3

FONTE: Extraído de: BERQUÓ, E. - A anticoncepção no Brasil hoje. Trabalho apresentado no XII World Congress of Gynecology and Obstetrics, Rio de Janeiro. Outubro 1988.

Nesta década, dois estudos realizados um no Nordeste, em 1991⁵, e outro no Município de São Paulo em 1992⁶ permitem ter uma idéia de como se encontra, nestes contextos, a regulação da fecundidade. Possibilitam também perceber-se o quadro contraceptivo sofreu alterações nestes últimos cinco anos. Com relação ao Nordeste, a pesquisa revela que 54.3% de todas as mulheres usaram alguma vez métodos anticoncepcionais e 39.1% os estavam usando atualmente (tabela 2). Esta proporção é bem mais elevada em São Paulo, onde 58.3% declararam que estavam usando algum meio para evitar uma gravidez, enquanto 76.8% o fizeram em algum momento de suas vidas reprodutivas. A tabela 2 é reveladora do fato de que não se modificou o quadro apontado em 1986, ou seja, da concentração da anticoncepção em praticamente dois métodos: a pílula e a esterilização feminina. Juntos, estes dois métodos respondem por 74.7% das usuárias em São Paulo, sendo ainda maior no Nordeste, onde correspondem a 85.9%.

Em São Paulo, como anteriormente, a pílula tem preferência ligeiramente maior do que a laqueadura, mas no Nordeste, esta continua na liderança do rol contraceptivo, com 62.9% desta prática entre as usuárias.

Além disso, cresceu ainda mais o papel desta conduta quando comparada aos 47.2% correspondentes a 1986. Em compensação a pílula teve sua presença reduzida, que passou de 32.1%, em 1986 a 22.0% em 1991. Ou seja, na região mais pobre do país fechou-se ainda mais o leque de alternativas contraceptivas. Esta constatação merece reflexão quando se leva em conta que na área da tecnologia da reprodução humana cada vez mais se amplia a lista de possibilidades de regulação da concepção. Em termos populacionais, com os dados disponíveis, pode-se estimar que das 10.487.909 mulheres de 15 a 49 anos vivendo no Nordeste em 1991⁷, entre 2,3 a 2,5 milhões são esterilizadas.

Vista de uma perspectiva internacional, a elevada presença da esterilização feminina no repertório contraceptivo brasileiro faz parte de uma tendência presente em várias partes do mundo, principalmente no bloco menos desenvolvido.

⁵ Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. Brasil 1991. BENFAM-DHS.

⁶ Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da População Negra. 1992. CEBRAP.

⁷ Dados preliminares do Censo 1991.

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

MÉTODOS	MUNICÍPIO ⁽¹⁾ DE SÃO PAULO	NORDESTE ⁽²⁾
Esterilização feminina	36.1	62.9
Pílula	38.6	23.0
Condom	6.2	2.8
Vasectomia	4.5	0.2
Injeções	2.8	1.8
DIU	2.2	0.8
Métodos vaginais	0.3	0.0
Coito interrompido	3.8	4.1
Abstinência periódica	2.3	4.3
Outros	3.2	0.1
TOTAL	100.0	100.0
Número de mulheres	1.026	6.222
Usando algum método	58.3	39.1
Usou alguma vez	76.8	54.3

FONTE: (1) Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da População Negra. CEBRAP, 1992.

(2) Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. Brasil 1991 BENFAM/DHS.

Como se pode apreciar na tabela 3, estimativas para 1990 mostram que neste bloco, a esterilização feminina é mais do que o dobro daquela prevalente no conjunto dos países mais ricos. Por outro lado, com os chamados "outros métodos" ou os não modernos, sucede exatamente o oposto, isto é, estão no topo da lista para o bloco dos mais desenvolvidos!

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

MÉTODOS	MUNDO	PAÍSES MAIS DESENVOLVIDOS	PAÍSES MENOS DESENVOLVIDOS
Esterilização	<u>20.1</u>	<u>11.4</u>	<u>22.3</u>
Feminina	15.7	7.6	17.8
Masculina	4.4	3.8	4.5
DIU	10.9	5.4	12.3
Hormonais	<u>8.6</u>	<u>14.4</u>	<u>7.1</u>
Pílula	7.7	14.3	6.0
Injetáveis	0.9	0.1	1.1
Condom	5.4	15.1	2.9
Outros	8.0	16.1	5.9
TOTAL	53.0	62.4	50.5

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

Vale abrir aqui um parênteses para destacar que a maior parte dos países industrializados mantém baixas taxas de fecundidade, abaixo do nível de reposição, sem o recurso acentuado a práticas irreversíveis de regulação da fecundidade. Preferem lançar mão de métodos mais tradicionais e, em caso de falha, recorrer ao aborto legal, sem perder contudo a capacidade reprodutiva.

Segundo Ross⁸, atualmente 25% de todos os casais do terceiro mundo estão esterilizados. Além disso, 95% de todas as mulheres esterilizadas do bloco menos desenvolvido encontram-se em vinte países, dos quais 14 na Ásia, 5 na América Latina e 1 na África.

Já quando se considera aqueles países com as mais altas taxas de prevalência de esterilização, observa-se uma presença significativa da América Latina (tabela 4), o Brasil ocupando o oitavo lugar quanto às usuárias desta prática.

⁸ ROSS, J.A. - Sterilization: Past, Present, Future. Working Papers nº 29. The Population Council, 1991.

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

PAÍS	PROPORÇÃO DE MULHERES		PROPORÇÃO DE ESTERILIZADAS DENTRE USUÁRIAS DE ALGUM MÉTODO
	Esteri- lizadas	Usando algum método	
Coréia do Sul	47.6	76.1	62.5
Porto Rico	46.8	74.8	62.6
Panamá	37.7	66.4	56.8
China	36.8	74.9	49.1
Rep. Dominicana	36.5	55.3	66.0
El Salvador	36.1	52.6	68.6
Sri Lanka	31.4	65.5	47.9
Índia	31.3	44.9	69.7
Brasil	30.4	69.2	43.9
Tailândia	30.4	73.5	41.4
Taiwan	26.0	78.0	33.3
Hong Kong	23.4	82.6	28.3
Cingapura	22.8	73.5	31.0
Uruguai	22.5	69.5	32.4
Coréia do Norte	22.3	68.4	32.6
México	21.8	57.9	37.6
Chile	20.9	64.4	32.4
Argentina	19.9	61.5	32.4
Colômbia	19.6	66.7	29.4
Costa Rica	17.7	70.9	25.0

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

As Mulheres Esterilizadas

Estas duas pesquisas da década de 90 permitem cotejar, para os dois contextos estudados, algumas características das mulheres esterilizadas. Dá oportunidade também de verificar eventuais mudanças temporais⁹.

No Nordeste, 19% das mulheres já estão esterilizadas antes dos vinte e cinco anos, em contraste com os 10% em São Paulo. As idades medianas à época da esterilização são, entretanto, muito próximas, isto é, pela ordem 29.7 e 31.0 anos. É impressionante verificar como em pouco mais de cinco anos a idade com que as mulheres tem sua capacidade reprodutiva encerrada rejuvenesceu tanto. Com efeito, em 1986,

⁹ No caso de São Paulo, trata-se em 1992 do Município, e em 1986, do Estado.

apenas 5% e 3% das mulheres estavam esterilizadas antes dos vinte e cinco anos no Nordeste e em São Paulo, respectivamente. Suas idades medianas à esterilização eram 36.6 e 38.2 anos, ou seja, em ambos os contextos houve uma redução de aproximadamente 7 anos!

Também o número mediano de filhos tidos à época da esterilização é bastante semelhante nos dois contextos, com 2.7 para São Paulo e 3.0 para o Nordeste. Observa-se, entretanto, que no Nordeste, a proporção de mulheres esterilizadas com no máximo 2 filhos passou de 15% para 22%, entre 1986 e 1991; com no máximo 3 filhos, de 40% para 49%. Com isso, a idade mediana passou de 3.6 para 3.0 filhos. Já em São Paulo, permaneceu praticamente estável.

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

Tanto no Nordeste quanto em São Paulo não houve diferença para mulheres brancas e negras. Foram de 38.5% e 37.5%, respectivamente, no Nordeste, as proporções de laqueadas no total de mulheres brancas e negras, alguma vez unidas. Em São Paulo, estas prevalências corresponderam a 28.0% e 27.2%, pela ordem. Neste contexto, a única diferença significativa foi no grupo de mulheres com o menor nível de instrução e com idades na faixa 25 a 34 anos. Neste caso, a prevalência para as negras superou aquela das brancas.

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

A pesquisa de São Paulo permite ainda conhecer que a razão mais freqüentemente alegada pelas mulheres para terem sido esterilizadas foi o não querer ter mais filhos, isto é, 61.6% delas; assim se manifestaram. Os problemas de saúde foram mencionados por 25%. Chama a atenção a mudança verificada, nestes poucos anos, no discurso das mulheres. Em 1986, a percentagem de mulheres que declararam ter feito laqueadura por já terem atingido o número ideal de filhos variava, para todas as unidades da Federação entre 18% e 48%, ou seja, bem abaixo dos atuais 61.6% para São Paulo. Ao contrário, em 1986, a razão mais frequente citada pelas mulheres relacionava-se aos problemas de saúde, cujo percentual variava de 32% a 54%, isto é, bem acima dos 25%. Sobre o que prevalecera em 1986, tínhamos argumentado que a alta frequência de "problemas de saúde" poderia estar refletindo a influência do poder médico sobre o discurso das mulheres, uma vez que de acordo com o código brasileiro de ética médica, a esterilização só pode ser praticada em casos excepcionais de problemas sérios de saúde da mulher^{10,11}. Em última análise, as mulheres nada mais faziam do que repetir aquilo que era permitido dizer. Até porque, mesmo face às precárias condições de vida e de assistência à saúde a que estavam sujeitas as mulheres, era difícil crer que se tivessem constituído em determinantes tão fortes para levar a tal prática. A explicitação tão direta, em

¹⁰ BERQUÓ, E. *A esterilização feminina no Brasil hoje*. Trabalho apresentado no Encontro Internacional "Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado", promovido pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM. Brasília, 5-6 junho, 1989.

¹¹ Cap. VI - Da responsabilidade médica. Art. 52 "A esterilização é condenada, podendo, entretanto, ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação, referendada por dois médicos, ouvidos em conferência".

1992, de que o recurso à laqueadura foi determinado por não querer mais filhos, mesmo quando, como se sabe, a assistência à saúde pública foi ainda mais sucateada, reflete a nosso ver, uma mudança de postura das mulheres. Elas sentem que têm o direito de expressar que não querem ter mais filhos, além dos que já tiveram. E isto incontestavelmente se deve ao clima que se veio estabelecendo no país graças aos movimentos de mulheres em prol dos direitos reprodutivos, como pretendemos mostrar páginas atrás. Claro está que se as mulheres tivessem conhecimento e acesso a outros métodos anticoncepcionais, poderiam exercer seu direito sem necessariamente terem de recorrer em massa a uma prática irreversível. Neste sentido, a pesquisa do Nordeste revela que enquanto quase 100% das mulheres conhecem a pílula e a esterilização feminina e mais de 80% sabem onde obtê-las, apenas 50% conhecem o DIU mas 76% não sabem onde encontrá-lo e, pior ainda, somente 37% conhecem os métodos vaginais mas 79% não sabem como achá-los.

A Cultura da Esterilização

O processo da esterilização no país segue seu curso como se já fizesse parte de uma cultura, que leva a que todos os anos coortes de mulheres ponham fim à sua capacidade reprodutiva.

No Nordeste, 54% das esterilizadas o foram nos últimos cinco anos, e em São Paulo não estiveram muito distantes desta mesma frequência.

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

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

Manifestaram satisfação com a esterilização 89% das mulheres, e as razões para tanto foram não precisar mais preocuparem-se com uso de outros métodos e porque já tinham o número ideal de filhos.

Para as arrependidas, os motivos são os já encontrados em outros estudos, ou seja, morte de filhos, novas uniões maritais, gostaria de voltar a ter mais filhos e problemas de saúde^{12,13}.

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

Esta verdadeira cultura da esterilização no país está, a nosso ver, garantida pela cumplicidade que se estabelece entre as mulheres e os profissionais de saúde. Para as mulheres que não querem ter mais filhos, por razões as mais variadas cuja análise dos determinantes foge ao escopo do pequeno atalho que representam estas breves notas, e não dispondo de recursos para comprar a pílula ou não se sentindo bem com ela, só lhes resta a alternativa da laqueadura. Mas sendo a esterilização proibida pelo Código Penal Brasileiro¹⁴ e pelo Código de Ética Médica, leva os profissionais de saúde a realizar a laqueadura durante uma cesárea. Como já é amplamente sabido, neste caso, o custo hospitalar da paciente e os honorários do médico estão cobertos pelo INAMPS e o custo adicional da esterilização é pago "por fora" pela gestante^{15,16}.

Isto explica porque em 1986, 75% das esterilizações foram feitas junto com o último parto, ou seja, com uma cesárea. Esta média nacional era superada por 50% das unidades da Federação alcançando os maiores valores no Pará (82.6%), São Paulo (83.0%) e Amazonas (85.9%). A pesquisa recente de São Paulo revelou que 80% das ligaduras tubárias foram feitas durante uma cesárea. Ilustra bem esta situação o fato de que 55% das esterilizadas declararam que pagaram, em dinheiro, ao médico pela operação, e em 11% dos casos, além do INAMPS e de convênio, pagaram também uma parte em dinheiro. O convênio ou INAMPS cobriram o total do custo para 11% das mulheres. Chama a atenção, entretanto, que 23% das laqueadas referiram que a operação foi feita gratuitamente, ou seja, paga por alguma fonte que elas desconheciam. Uma possível pista para explicar parte desta situação pode estar no relatório da Associação

¹² GRUBB, G.S., PETERSON, H.B., LAYDE, P.M., RUBIN, G.L. - Regret after decision to have a tubal sterilization. The American Fertility Society. Fertility and Sterility, vol. 44, n. 2, August 1985.

¹³ PINOTTI, J.A. et al. Identificação de fatores associados à insatisfação após esterilização cirúrgica. Gin.Obst.Bras. 9(4) 304, 1986.

¹⁴ Pelo Código Penal Brasileiro, elaborado em 1940, Art. 129, parágrafo 2º III, a esterilização é crime por ser considerada uma lesão corporal de natureza gravíssima, quando resulta na perda ou inutilização da função reprodutiva. Neste sentido, a pena correspondente é de reclusão de 2 a 8 anos.

¹⁵ BARROS, F.C., VAUGHAN, J.P. VICTORIA, C.G., HUTTLY, S.R.A (1991). Epidemics of caesarean sections in Brazil. The Lancet 338 (20): 167-169.

¹⁶ FAÚNDES, A., CECATTI, J.G. - A operação cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 7(2): 150-173, abr/jun, 1991.

Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, que em 1989, lista aproximadamente 150 instituições em todo o país, entre hospitais, clínicas e maternidades com as quais mantêm convênios.

Os arranjos com os profissionais de saúde se dão, na maior parte das vezes, durante o pré-natal, chegando estes casos a 50%. Os¹⁷ e colaboradores entrevistando, em 1988, 3703 mulheres na idade reprodutiva no Estado de São Paulo, encontraram que 87% das mulheres discutem sobre fazer uma esterilização com seus médicos durante o pré-natal. Logo antes do parto também ocorrem acertoss, numa média de 10%, e 11% das esterilizadas declararam que a decisão medico-paciente foi tomada durante o próprio trabalho de parto!

Dada a situação descrita, 32% das mulheres declararam que engravidaram para serem esterilizadas durante o parto - por cesárea é claro!

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

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

A tabela 5 permite perceber ainda que a incidência de cesárea no último parto cresce com o nível de instrução das mães, o que confirma trabalhos anteriores¹⁸. Esta tendência se verifica tanto para esterilizadas quanto para as demais.

¹⁷ OSIS, M.J.D. et alii (1990) - *Laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo*. Revista de Ginecologia e Obstetrícia 1 (3):195-204.

¹⁸ FAÚNDES, A., CECATTI, J.G. - *Opus cit.*

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

NÍVEL DE INSTRUÇÃO	TOTAL	ESTERILIZADAS	NÃO ESTERILIZADAS
Analfabeto ou primário incompleto	36.7	71.1	24.3
Primário completo a ginásio completo	48.3	83.1	31.8
Colegial incompleto ou mais	60.1	87.7	48.1
TOTAL DAS MULHERES	46.8	80.1	32.9

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

O Abuso das Cesáreas

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

Um estudo de âmbito nacional com pacientes do INAMPS mostrou um crescimento de 15% para 31%, entre 1970 e 1980, na proporção de nascimento por cesárea¹⁹.

Trabalhando com praticamente 1 milhão de nascimentos ocorridos entre 1981 e 1986, em 192 maternidades de 15 estados brasileiros, o informe do Comitê Latino-americano de Perinatologia,

¹⁹ GRANADO-NEIVA, J.G. - Operação cesárea no INAMPS. XXVI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, 1992.

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

A declaração de nascimentos para os partos hospitalares, introduzida nestes últimos anos pelo Ministério da Saúde, possibilitará informações atualizadas, ano a ano, de cobertura nacional, sobre os partos operatórios. Para alguns estados os dados já disponíveis permitem documentar os elevados índices de cesáreas. Em 1991, foram de 68.7% e de 53.1% as proporções de nascidos vivos por partos cirúrgicos, no Mato Grosso do Sul e Goiás, respectivamente²¹. Rondônia e Sergipe apresentaram índices menores, ou seja, pela ordem, 29.8% e 19.1%.

São Paulo não foge à regra. Pela tabela 6 pode-se apreciar que estes índices para as 43 Regiões de Governo variaram de 31% a 78%, em 1992, e dois terços de todas as regiões têm proporções acima dos 50%. Para o Estado, está estimada em 53.4%.

²⁰ **Nascimentos por Cesárea em Instituições Brasileiras.** Informe elaborado pelo CLAP/OPS/OMS. Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano. Montevideo, Uruguai, 1988.

²¹ MELLO JORGE, M.H. et al. **O sistema de informação sobre nascidos vivos.** S.P., CBCD, 1992 (nº 7).

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

REGIÕES DE GOVERNO	CESÁREAS	REGIÕES DE GOVERNO	CESÁREAS
Catanduva	78.1	Ourinhos	53.9
S.José Rio Preto	75.3	Botucatu	53.3
Araraquara	72.6	S.José Campos	52.9
Bauru	69.2	Rio Claro	52.6
Andradina	67.8	S.João Boa Vista	51.9
São Carlos	66.4	Franca	51.5
Guaratinguetá	64.6	Ribeirão Preto	49.3
Araçatuba	64.5	Bragança Paulista	48.5
Lins	63.5	Limeira	46.7
S.Joaquim Barra	62.7	Taubaté	46.6
Assis	61.8	Itapetininga	43.8
Barretos	61.5	Jundiaí	43.6
Jaú	61.3	Avaré	42.9
Marília	61.2	Área Metropolitana	42.8
Piracicaba	60.5	Santos	41.1
Votuporanga	59.2	Sorocaba	41.0
Tupã	58.8	Fernandópolis	38.9
Adamantina	58.2	Cruzeiro	33.1
Dracena	56.8	Itapeva	31.8
Jales	56.4	Registro	31.4
Presidente Prudente	55.4	Caraguatatuba	31.2
Campinas	55.4		

FONTE: Fundação SEADE

Que o abuso das cesáreas tem levado a uma seqüência deste tipo de parto o que acaba por determinar uma esterilização para evitar problemas mais sérios, pode ser visto claramente na tabela 7, que incluiu séries de partos para 2, 3 e 4 nascidos vivos. Começando com as mulheres que tiveram 2 nascidos vivos, observa-se, em primeiro lugar, que 63.6% das esterilizadas tiveram uma cesárea no primeiro parto, enquanto que para as não-esterilizadas esta proporção correspondeu a apenas 28.4%. A seqüência de duas cesáreas nos dois partos foi de 63.6% e 27.2%, respectivamente, para laqueadas e não-laqueadas.

Passando a considerar as mulheres que tiveram 3 nascidos vivos, observa-se, em primeiro lugar, que cesárea no primeiro parto esteve presente para 51.2% das esterilizadas e para apenas 18.1% das demais. No segundo parto, 48.8% e 17.3%, respectivamente, das esterilizadas e não esterilizadas tiveram partos operatórios. A seqüência de 3 cesáreas foi apresentada por 42.7% das esterilizadas, em contraste com 12.8% das que ainda não utilizaram esta prática.

Finalmente, considerando as mulheres com 4 nascidos vivos, observa-se, em primeiro lugar, que no primeiro parto 44.5% das esterilizadas e apenas 11.2% das não esterilizadas fizeram cesáreas. Já no segundo parto, estas proporções passam, respectivamente, a 22.2% e 16.7%. No terceiro parto, 28.8% e 16.7%. Por último, a seqüência de quatro cesáreas foi praticamente três vezes maior par as esterilizadas do que para as demais. Estes achados corroboram, sem sombra de dúvida, a causalidade mencionada, ou seja, de que o abuso das cesáreas é um dos determinantes das esterilizações no país.

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

VC	25.0	11.7
VVC	31.7	4.2
VVVC	40.1	5.6

A tabela 7 permite ainda perceber que 11.4%, 11.0% e 24.5% das mulheres que foram esterilizadas com 2, 3 e 4 filhos, respectivamente, fizeram a laqueadura separadamente do momento do parto operatório, o que em média corresponde àqueles 20% já mencionados anteriormente.

Tabela 7

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

NÚMERO DE FILHOS	SEQÜÊNCIA DE PARTOS	ESTERILIZADAS	NÃO-ESTERILIZADAS
2	CC	63.6	27.2
	VC	25.0	11.7
	CV	0.0	1.2
	VV	11.4	59.9
	Todos	100.0	100.0
3	CCC	42.7	12.8
	VCC	4.9	0.0
	CVC	6.1	1.1
	VVC	31.7	4.2
	CW	2.4	4.2
	VCV	1.2	5.3
	VVV	11.0	72.4
	Todos	100.0	100.0
4	CCCC	15.6	5.6
	VCCC	2.2	8.3
	CVCC	4.4	0.0
	VCVC	4.4	0.0
	WVC	40.1	5.6
	VWCC	4.4	0.0
	VCV	0.0	2.8
	WCV	2.2	2.8
	CWV	2.2	5.6
	WVV	24.5	69.3
	Todos	100.0	100.0

C = Cesárea; V = Vaginal.

Para Concluir

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

E o ponto nevrálgico desta questão está, sem nenhuma sombra de dúvida, na postura da classe médica, em especial dos gineco-obstetras. Esta corporação sabe muito bem que as razões para nossa epidemia de cesáreas vão além dos motivos de indicação médica, para a mãe ou para o feto, mas continuam a preferir partos operatórios ou por comodismo ou por despreparo para realizá-los via vaginal. Faúndes e Cecatti²² em exaustivo trabalho sobre o tema, discutem os fatores institucionais e legais e da atenção obstétrica que influenciam a alta incidência de cesáreas. Enumeram e demonstram as sérias conseqüências para o recém-nascido e para a mulher, que advêm das cesárias sem indicação médica.

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

Em resumo, as mulheres no Brasil, principalmente aquelas dos setores populares e que são a maioria, vivem em uma séria encruzilhada. Contando com apenas a pílula, como método reversível, comprada nas farmácias sem receituário médico, e não dispondo do aborto legal para eventuais falhas, vêm na esterilização uma "tábua de salvação" contra o desamparo em que vivenciam a saúde reprodutiva. Mas para tanto, precisam recorrer a uma cesárea, mesmo sem nenhuma indicação médica, pagando "por fora" ao médico. Outras vezes, são forçadas a este procedimento, pelo abuso de cesáreas anteriores por parte dos médicos.

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

²² FAÚNDES, A., CECATTI, J.G. - *Opus cit.*

CAIRO: O SUCESSO DA ARTE DO DIÁLOGO

*Elza Berquó**

Quando se leva em conta que de um total de cerca de 183 países reunidos no Cairo, apenas 17 expressaram reservas sobre algumas partes do Plano de Ação, pode-se afirmar que a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento foi um grande sucesso.

Ainda mais se se considera tratar-se de um concerto de tensões e interesses orquestrado pelo bloco dos mais ricos versus o dos mais pobres, com clivagens de fé e disciplina professadas pela Santa Sé, pelo fundamentalismo islâmico e pelo ultramontanismo de alguns países árabes.

O êxito desta Conferência é fruto do longo e amplo processo preparatório que a precedeu. Com maior ou menor intensidade em cada país, a participação da sociedade civil, em particular das organizações de mulheres, em parceria com os respectivos governos, marcou este processo de amadurecimento sobre o direito ao desenvolvimento humano.

Escudada em uma visão de que a questão populacional não pode ser pensada isoladamente mas é parte indissolúvel do desenvolvimento social e econômico, a Conferência sagrou conquistas importantes entre as quais a promoção da condição da mulher e os direitos reprodutivos das pessoas, sem discriminação, coerção ou violência. O exercício destes direitos deve dar atenção plena à promoção de relações de gênero com respeito e equidade, em todas as esferas da vida, encorajando e tornando possível que o homem também assuma responsabilidade em sua vida sexual e reprodutiva e seus papéis sociais e familiares; deve levar em conta as necessidades dos adolescentes quanto à informação e acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva; deve atentar para as necessidades específicas de homens e mulheres idosos quanto à saúde sexual e reprodutiva.

Educação e informação são necessárias para promover tratamento igualitário entre meninas e meninos quanto à nutrição e assistência à saú-

(*) Professora Dra. Elza Berquó,
NEPO/CEBRAP/ABEP/CCR

de, e promovidos os direitos iguais na herança. Governos foram instados a fortalecer e promover leis que assegurem que a entrada no casamento seja de livre vontade e consentimento dos futuros cônjuges, bem como a elevar a idade mínima legal para o consentimento e para o casamento.

Também aos migrantes e às pessoas deslocadas espacialmente em várias partes do mundo devem ser garantidos os direitos reprodutivos e acesso à assistência à saúde reprodutiva.

No plano de metas, nenhuma se referiu explicitamente ao crescimento populacional. Insiste-se, isso sim, que a educação primária seja universal até 2015; que a mortalidade de menores de 5 anos de idade não ultrapasse os 70 por 1000 nascidos vivos até o ano 2000, caindo para 45 até 2015; que os países com altas taxas de mortalidade atinjam os 65 anos como expectativa de vida, até 2005, a qual deve elevar-se para além dos 70 anos, até 2015; que todas as barreiras ao planejamento familiar devem ser removidas, até 2005, e os países devem tornar universal o atendimento às necessidades do planejamento familiar, até 2015, através de serviços seguros e de boa qualidade, assim como serviços de saúde reprodutiva, que não sejam contrários às leis.

Em que pesem outros questionamentos, não há dúvida de que a questão do aborto - e por decorrência o conceito de direitos reprodutivos - polarizou os debates durante os trabalhos da Conferência.

Foram vários dias dedicados a buscar versões e alternativas, em trabalho paralelo ao do Comitê Principal, com subgrupos menores formados especialmente para tentar negociações e possíveis acordos. Ainda quando uma premissa básica expressava "*sempre de acordo com a legislação vigente em cada país*" ou "*sem ferir as leis de cada país*", mesmo assim avanços e recuos se sucederam na tentativa de buscar um consenso.

Finalmente o famoso parágrafo 8.25 do capítulo VIII - Saúde, Morbidade e Mortalidade - assim se apresentou ao plenário para aprovação:

"Em nenhum caso o aborto deve ser promovido como um método de planejamento familiar. Todos os governos e organizações intergovernamentais e não-governamentais relevantes são instados a fortalecer seus compromissos com a saúde da mulher, a considerar o impacto, na saúde do aborto inseguro¹ como grave problema de saúde pública, e a reduzir o recurso ao aborto, através da expansão e melhoria dos serviços de planejamento familiar. Prevenção de gravidezes indesejadas precisa sempre receber a mais alta prioridade e todo esforço deve ser feito para eliminar a necessidade do aborto. Mulheres com gravidezes indesejadas devem ter pronto acesso a informação confiável e aconselhamento compassivo. Medidas ou mudanças relacionadas ao aborto dentro do sistema de saúde só podem ser determinadas a nível nacional ou local, de acordo com os processos legislativos nacionais. Nas circunstâncias em que o aborto não seja contrário à lei, deve ser seguro. Em todos os casos as mulheres devem ter acesso a serviços qualificados para o atendimento de complica-

¹Aborto inseguro é definido como um procedimento para terminar uma gravidez indesejada seja por pessoa sem a necessária capacitação seja em ambiente sem as mínimas condições sanitárias, ou ambos.

ções advindas do aborto. Aconselhamento, educação e serviços de planejamento familiar devem ser oferecidos logo após um aborto, no sentido de ajudar a mulher a evitar sua repetição.

Quando se pensa que em 92% de todos os países do mundo o aborto é permitido pelo menos para salvar a vida da mulher, o que corresponde, em termos populacionais, a 96% da população mundial, fica difícil compreender o clima que se estabeleceu entre a Prepcom III e o Cairo, por força da pressão do Vaticano.

Situada no extremo do gradiente da intransigência quanto aos direitos sexuais e reprodutivos, sentiu-se a Santa Sé fortalecida pelas reservas expressas pelo fundamentalismo islâmico que, a despeito de aceitar o aborto neste caso extremo, encarou o Plano de Ação como séria ameaça às leis islâmicas, principalmente no que se refere à família.

Uma vez no Cairo, os esforços redobrados na busca de um consenso, trabalharam no sentido de enfraquecer estas resistências. Assim, ao contrário do que ocorrera em Bucarest (1974) e no México (1984), a Santa Sé se uniu ao consenso, ainda que, segundo ela, de maneira "*incompleta e parcial*". Ou seja, apoiou o conceito de saúde reprodutiva e a promoção geral da saúde para homens e mulheres, comprometendo-se a continuar a trabalhar para a evolução de tais princípios. Alertou, entretanto, que nada nessa aceitação parcial deverá ser interpretada como um endosso ao aborto ou uma mudança de posição sobre o aborto, o uso de anticoncepcionais, a esterilização ou o uso de preservativos na prevenção do HIV/Aids.

A lamentar é que dentre os dezessete países que também registraram reservas a partes do Plano de Ação, nove estão na América Latina e Caribe, a saber, República Dominicana, Honduras, Nicarágua, Guatemala, Paraguai, Peru, Argentina, Equador e El Salvador.

Em que pese o fato de que apenas nos dois primeiros a legislação vigente proíbe o aborto em qualquer circunstância, nos demais ele é permitido ou quando está em risco a vida da mulher ou para preservar sua saúde física, ou em caso de estupro e incesto, ou em caso de anomalia fetal, ou suas combinações. No entretanto, estes países defenderam posições bastante rígidas quanto à regulação da fecundidade e, conseqüentemente, aos direitos reprodutivos, representando, em certa medida, em alguns casos, um sério retrocesso com relação a posições manifestadas anteriormente, inclusive no Prepcom III.

A nosso ver, esta situação coloca mais do que nunca em destaque a posição de liderança que cabe ao Brasil nesta arte do diálogo e da tolerância na salvaguarda do direito pleno ao desenvolvimento humano.

Saúde Sexual e Reprodutiva de Quarentena até o Cairo

Elza Berquó¹

Sob o sol ainda tímido do início da primavera nova-iorquina quase duas centenas de delegações de todas as partes do planeta terra cruzavam diariamente o solo das Nações Unidas no afã responsável de buscar entendimento sobre os preceitos fundamentais que deverão nortear a convivência dos povos, nas próximas décadas, frente ao intrincado e complexo processo das interrelações entre população e desenvolvimento.

A garantia da soberania dos Estados nacionais e a preservação, no plano individual, dos direitos humanos fundamentais, foram os princípios básicos evocados na tentativa de alicerçar resoluções e condutas de cooperação entre os mais pobres e os mais ricos. Neste clima desenrolou-se a terceira e última reunião preparatória (Prepcom III) para a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), a ter lugar no Cairo em setembro de 1994.

O exame da última versão do Programa de Ação, preparado após uma seqüência de encontros regionais e reuniões gerais (Prepcom I e

¹ Coordenadora do Núcleo de Estudos de População da Unicamp e membro do conselho diretor da Comissão de Cidadania e Reprodução. Participou da Prepcom III, de 13 a 22 de abril, na qualidade de representante da ABEP na delegação brasileira.

Prepcom II), constituiu a agenda da Prepcom III, realizada de 4 a 22 de abril.

A expectativa de que após tanto investimento e esforço a Prepcom III sagra-se um consenso sobre o Plano de Ação, a ser referendado no Cairo pelos chefes de Estado, foi frustrada pela impossibilidade de conciliação de sérias divergências. Uma das mais polêmicas situando-se na área da reprodução humana.

Em que pese o fato de que todo um Capítulo seja dedicado a esta temática, ela subjaz praticamente todos os demais quinze capítulos do Plano, pois explícita ou de forma mais discreta subsiste a mesma preocupação, presente nos Planos anteriores, com o crescimento e o volume populacional dos países em desenvolvimento. Portanto, reservas, restrições ou obstruções sobre conceitos contidos nas bases para ação, ou nos objetivos ou nas ações de cada um dos subitens deste Capítulo têm implicações em praticamente todo o documento.

Para centralizar a questão da polêmica nesta área vale notar que o Capítulo VII veio tendo sua denominação alterada ao longo do processo de preparação para o Cairo, tendo passado de "Planejamento Familiar e Direitos Reprodutivos" para "Direitos Reprodutivos, Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar", fruto principalmente de importante intervenção do movimento de mulheres na Prepcom II. Na Prepcom III, teve sua abrangência ampliada, a qual prevalecerá até o Cairo: "Direitos

Reprodutivos, Saúde Sexual e Reprodutiva, e Planejamento Familiar".

Estas mudanças são consistentes com o processo detonado pelos movimentos de mulheres em todas as partes do mundo, na década de 80, na reivindicação da saúde reprodutiva como um direito e não como plataforma visando frear o crescimento populacional, tradição que marcou o controle da natalidade e posteriormente o planejamento familiar.

Colocado nestes termos, o Capítulo VII foi aquele que suscitou mais longas horas de discussões, interrompidas, estrategicamente, de tempos em tempos, para permitir reuniões paralelas e eventuais negociações entre posições extremadas.

Nas discussões que se seguiram na tentativa de esclarecer o conceito de saúde sexual e reprodutiva, tiveram papel fundamental as diversas instâncias de articulações desenvolvidas por ONG's de mulheres, consubstanciadas no Women's Caucus.

Dado que estes intentos foram infrutíferos, acabou-se por adotar "in-totum" a definição cunhada, em 1988, pela Organização Mundial de Saúde.

"Saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades, em todas as questões relacionadas ao sistema

reprodutivo e às suas funções e processos. Saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade para se reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência. Implícitos nesta última condição estão os direitos de homens e mulheres à informação e ao acesso a métodos seguros, eficazes, aceitáveis e acessíveis de regulação da fecundidade de sua livre escolha, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que permitam às mulheres gravidez e parto seguros e forneçam aos casais a melhor chance de terem uma criança saudável. Em consonância com esta definição de saúde reprodutiva, assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e bem-estar através da prevenção e solução de problemas de saúde reprodutiva.

Saúde sexual é a integração de aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, no sentido de que sejam positivamente enriquecedores e elevem personalidade, comunicação e amor, e portanto a noção de saúde sexual implica uma visão positiva da sexualidade humana, e o propósito da assistência à saúde sexual deve ser a melhoria da vida e das relações pessoais, e não apenas aconselhamento e cuidados relacionados à reprodução e doenças sexualmente transmissíveis."

Desde logo fica claro que esta noção de saúde reprodutiva vai além do modelo biomédico que privilegia a doença em lugar do ser

humano e, de acordo com esse conceito, as pessoas são vistas como sujeitos e não como objetos. Além disso está baseada nos princípios de abrangência e integralidade no sentido de que engloba homens e mulheres, ao se referir a pessoas; engloba todas as faixas etárias e não apenas a idade reprodutiva, ao se referir às questões de saúde relacionadas ao sistema reprodutivo; considera o exercício da sexualidade com satisfação e segurança, como parte integrante da saúde; preconiza a garantia de pré-natal, parto e puerpério seguros e recém-nascidos hígidos, e finalmente assegura a homens e mulheres o direito à informação e acesso a métodos seguros e eficazes de regulação da fecundidade.

Justamente em relação a este último ponto é que a Santa Sé (que possui status de observador permanente na Assembléia Geral da ONU) colocou, com veemência, total restrição por considerar que a regulação da fecundidade, além dos métodos contraceptivos, abriga também o aborto. Argumenta o Vaticano que ao aceitar o planejamento familiar (dentro do casamento e incluindo apenas os métodos naturais e abstinência periódica), o faz porque este exclui necessariamente o aborto. Daí recusar o conceito de saúde reprodutiva e, por conseqüência, o de direitos reprodutivos.

Dada a celeuma em torno desta questão e com o fim de esclarecer o significado dado à regulação da fecundidade, foi necessário recorrer mais uma vez à Organização Mundial de Saúde que brindou

os participantes com o que denominou de definição científica. "Regulação da fecundidade inclui todos os fatores que cientificamente constituem determinantes próximos da fecundidade. São eles: planejamento familiar, aborto, adiamento do casamento e aleitamento materno".

Ora, para aqueles cujo dever de ofício é a Demografia, é fato amplamente conhecido que as variações nas taxas de fecundidade dependem diretamente da prevalência de uso correto de métodos contraceptivos, da frequência de aborto (espontâneo ou provocado), do tempo e da intensidade da nupcialidade e da prevalência e duração do aleitamento materno (exclusivo e misto).

A aceitação dessa evidência não implica, entretanto, advogar-se em favor de que as pessoas usem meios anticonceptivos, de que pratiquem o aborto, de que se casem menos e adiem o casamento ou de que amamentem seus filhos.

Não aceitar ou tentar confundir um achado científico é, no mínimo, enveredar pelos caminhos perigosos do obscurantismo.

Mas o Vaticano continuou dizendo não, mesmo quando a questão do aborto esteja referida às legislações vigentes em cada país. Vale lembrar que atualmente o aborto está permitido legalmente em mais de uma centena de países, com características variáveis

Mesmo com as questões relacionadas ao direito das mulheres ao tratamento das complicações e seqüelas do aborto provocado, faltou humanidade na postura mantida pela Santa Sé.

Também a relutância em aceitar a privacidade dos jovens junto aos serviços de saúde sexual e reprodutiva como um direito - que de nenhuma maneira implica em desconsiderar os direitos e deveres fundamentais da família nesta área - marcou a posição da Igreja Católica.

Fizeram coro sistemático com a Santa Sé, Argentina, Guatemala, Nicarágua, Honduras, Equador, Malta, Benim e Cameroon. Outros países como Costa Rica, Venezuela, Panamá e El Salvador apesar de apoiarem algumas das sustentações do Vaticano, reservaram-se, em algumas instâncias, a discursos próprios.

O que causou preocupações, principalmente no tocante à América Latina e Caribe, foi perceber que certas posições manifestadas no Prepcom III contrariavam consensos celebrados anteriormente nas reuniões da Região, tornando vulneráveis os esforços prévios. Difícil, portanto, deixar de pensar que diferentes níveis de decisões associados a diferentes composições delegatárias possam fragilizar consensos emanados da sociedade civil.

No Brasil um autêntico procedimento democrático tem marcado a conduta do governo durante toda a fase de preparação para a Conferência do Cairo. A instalação, no Ministério das Relações Exteriores, de um Comitê Nacional, formado por representantes de ministérios, e contando com a colaboração da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep), permitiu delinear uma intensa programação de atividades. Estas constaram de cinco seminários preparatórios que tiveram lugar no IBGE, no Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais, no Núcleo de Estudos de População (Nepo) da Unicamp e no Itamaraty. Representantes de órgãos públicos, de associações científicas, de universidades e de organizações não-governamentais foram sempre convidados a participar e estiveram presentes nas discussões dos trabalhos solicitados a pessoas de notório saber nas diversas áreas que compõem as interfaces entre população e desenvolvimento. O documento diagnóstico, resultante destas amplas discussões tem sido a bússola orientadora da posição brasileira tanto nas Prepcoms quanto rumo ao Cairo.

Em consonância com esta conduta, competência, firmeza e serenidade marcaram a voz brasileira nos plenários e espaços correlatos. Quanto aos direitos reprodutivos, a posição do Brasil esteve sempre norteada pelo preceito constitucional de 1988, expresso no parágrafo 7º, do artigo 226 do Capítulo VII: Da família, da criança, do adolescente e do idoso.

"Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas".

Embora as obstruções nesta matéria procedessem deste reduzidíssimo número de países, a busca do consenso, como prática democrática adotada pela Prepcom III, acabou por dar-lhes o poder de veto. Assim, praticamente todo o Capítulo VII permaneceu entre parênteses, o mesmo sucedendo com subitens de outros capítulos que tratam de temas correlatos. Ou seja, saúde sexual, saúde reprodutiva e direitos reprodutivos ficam de quarentena até o Cairo.

No plano interno, entretanto, é de fundamental importância que um texto internacional não leve ao retrocesso de conquistas já assumidas ou venha impedir avanços em curso, ambos fruto da luta da sociedade brasileira².

Vale lembrar que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), idealizado em 1983, pelo Ministério da Saúde, com o apoio do movimento de mulheres, já incorporava uma visão

² Carta da Mulher Brasileira aos Constituintes, 26 de março de 1986, organizada e promovida pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

abrangente e integral da saúde reprodutiva, contida na definição proposta pela Organização Mundial da Saúde, em 1988.

Da mesma forma a legislação brasileira permite, via artigo 128 do Código Penal, o direito ao aborto praticado por médico, nos casos do aborto necessário³ e do aborto no caso de gravidez resultante de estupro⁴. Passos importantes continuam a marcar o árduo caminho na tentativa de mudanças que busquem reduzir o custo individual e social causado pelo aborto clandestino no país.

Precisam também ser levados em conta os programas oficiais de prevenção e assistência às DST's/Aids, que, há alguns anos, os órgãos públicos de saúde, em parceria com ONG'S, vem desenvolvendo no país, e para os quais os jovens constituem segmento bastante importante.

Nesta mesma linha de argumentação, inúmeras são as áreas, no campo dos direitos reprodutivos, que marcam avanços e progressos, e numerosas aquelas que ainda carecem de esforços redobrados para serem trazidas do campo de luta para o reconhecimento da legislação.

³ Se não há outro meio de salvar a vida da gestante.

⁴ Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Que a preparação e a Conferência do Cairo se constituam em oportunidade para avanços na conquista da cidadania e nunca em pretexto para retrocessos!

A SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES NA "DÉCADA PERDIDA"

Elza Berquó(*)

Quando se considera a questão da regulação da fecundidade no Brasil, do ângulo da queda sistemática no número médio de filhos por mulher e da alta prevalência de uso de meios anticoncepcionais, pode-se correr o risco de, julgando-se pelas aparências, colocar o país, no que se refere a esta questão, lado a lado com o bloco dos mais desenvolvidos.

Em que pese o fato de que no país como um todo a taxa de fecundidade total ainda esteja longe do valor médio atual de 1.7 exibido pelos países do norte, a queda de 5.6 em 1970 para 2.5 em 1991 revela um declínio superior a 50%. Além disso, algumas regiões do país e certos segmentos da população já apresentam taxas abaixo do nível de reposição.

Por outro lado, é de 70% a prevalência de uso de meios contraceptivos por mulheres na idade reprodutiva, valor muito próximo dos 74% presentes nos países mais desenvolvidos.

O que vale destacar, entretanto, é que o acentuado declínio da fecundidade se deu em um contexto marcado por:

1. grande instabilidade no crescimento econômico que levou à estagnação da renda média e aumento da pobreza;

(*) Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP, Núcleo de Estudos de População - NEPO/UNICAMP e membro do conselho-diretor da Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo, março de 1995.

Trabalho em inglês apresentado no workshop "Rapid Fertility Decline in Brazil and India: Social Determinants and Consequences" promovido por Harvard Center for Population and Development Studies. Cambridge, 26p., 2-4 de abril de 1995.

2. grandes conflitos de interesses do setor privado retardando a implantação e normatização do Sistema Único de Saúde (descentralizado, universalizado no atendimento e hierarquizado na atenção à Saúde);

3. redução gradativa dos recursos públicos destinados à saúde;

4. não implementação em todo o território nacional de programas públicos de saúde reprodutiva, o que explica a contracepção concentrada maciçamente em apenas dois métodos (pílula e esterilização) e a alta presença de abortos clandestinos (e inseguros)¹.

Considerando que significativa parcela da população, e em especial as mulheres, depende exclusivamente do setor público para o atendimento à saúde, não há dúvida de que este cenário teve repercussões sérias sobre a saúde da população feminina.

O propósito destas notas é enfrentar a tarefa de documentar, por meio de alguns indicadores e suas tendências (quando as informações disponíveis permitirem), estas repercussões, ou seja, a dívida social para com a saúde das mulheres.

1 - O empobrecimento

A década de 80 trazia grande esperança de continuidade do crescimento econômico que caracterizou o período anterior.

(1) BERQUÓ, Elza. Contraception and cesareans in Brazil: an example of bad reproductive health practice in need of exemplary action. Revista de Estudos Feministas, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.461-472, 1993.

Iniciado em 1968, o chamado "milagre brasileiro" caracterizou de forma decisiva a economia dos anos 70. Como se vê na tabela 1, o PIB per capita dá um salto entre 1970 e 1980, correspondendo a um crescimento médio anual de 6.1%. Infelizmente esta exuberância é desacelerada, como indicam os dados para 1983, revelando uma queda de 13.1%. De fato, o "milagre" só duraria até 1976. A década de 80 registrou grande instabilidade e, segundo alguns autores, a pior recessão deste século².

Tabela 1 - Brasil: Evolução do PIB per capita real e a proporção dos abaixo da linha de pobreza entre 1960-70-80 e 80-88

ANOS	PIB P.C. (1980=100)	P (%)
1960	45.3	41.4
1970	55.3	39.3
1980	100.0	24.4
1983	86.9	41.9
1986	99.6	28.4
1987	101.0	35.9
1988	98.9	39.3

Fonte: SINGER, Paulo I. - op. cit.

Várias tentativas são feitas no sentido da estabilização da economia e combate à inflação, como o "plano cruzado" de 1986, que levantaram o PIB per capita, chegando em 1987 ao nível alcançado em 1980, mas a partir daí a economia estagnou.

Olhando este período do ângulo da pobreza, isto é, da proporção da população com renda abaixo do mínimo mensal para satisfazer as necessidades básicas de um indivíduo³, pode-se perceber que são muito mais fortes as marcas do empobrecimento. Entre 1970 e

(2) SINGER, Paulo I. - Um mapa da exclusão social no Brasil. Trabalho apresentado no seminário Exclusão social no Brasil: diagnósticos e possibilidades. Cebrap, 18 de fev. de 1995.

(3) ROMÃO, Maurício C. - Distribuição da renda, pobreza e desigualdades regionais no Brasil in CAMARGO, J.M. e GIAMBIAGI, F. (ed.) - Distribuição de renda no Brasil, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.

1980 há um forte declínio na proporção da população abaixo da linha de pobreza, de 39.3% para 24.4%, a qual cresce extraordinariamente durante o pior ano de recessão pelo qual o país atravessou.

Em 1983, de cada dez brasileiros, quatro estavam abaixo da linha de pobreza. Com os sinais de alguma recuperação econômica, este percentual cai, mas se o PIB per capita em 1986 volta a assumir o patamar de 1980, o mesmo não sucede com a proporção de pobres. E a partir daí, ou seja, de 1987 a 1988, quando a economia entra em estado estacionário, a pobreza continua a crescer, passando de 35.9% a 39.3%. Ou seja, em 1988 o país quase chegou aos índices de 1983, o ano negro da chamada "década perdida".

A pobreza no país está mais concentrada na região Nordeste que atingiu, em 1989, 60% da população. Segue-se a região Norte e Centro-Oeste com 49%. Mesmo no Sudeste, que concentra os maiores investimentos e grande parque industrial, 31% encontravam-se em situação de não terem suas necessidades básicas mínimas atendidas⁴.

Para Singer⁵ "o crescimento econômico dos anos 70 foi bastante eficaz em reduzir a incidência da pobreza, mas a maior parte dessa redução foi perdida novamente na segunda metade dos anos 80".

(4) LOPES, J.R.B. - Brasil, 1989: Um estudo sócio-econômico da indigência e da pobreza urbanas. Caderno de Pesquisa Nepp-Unicamp, n.25. Campinas, julho 1993.

(5) SINGER, Paulo I. - *op. cit.*

2 - As mudanças no sistema de saúde⁶

É também do período do "milagre econômico" o surgimento de um novo órgão, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado fora do Ministério da Saúde, destinado a prover a assistência médica aos trabalhadores segurados da Previdência Social, baseada em recursos da contribuição compulsória de trabalhadores e empregadores.

Criado em 1974, o Inamps operou no sentido da compra, através de convênios, de serviços de saúde de terceiros.

Motivados pelas possibilidades abertas por este novo sistema, a medicina de grupo e a rede privada de hospitais e ambulatórios conveniados cresceu rapidamente, e já em 1981, 71% dos gastos do Inamps foram dirigidos ao pagamento dos serviços do setor privado. Além disso, o governo investiu também de forma considerável na ampliação e modernização da capacidade instalada deste setor.

Esta mudança de rumo no sistema veio acentuar ainda mais a característica curativista que sempre marcou a assistência à saúde no Brasil. Evidencia esta tendência o fato de que de 36%, em 1965, passaram a 85% no final da década de 80, os gastos públicos com saúde curativa, principalmente destinados ao setor hospitalar.

O pagamento dos médicos por procedimento levou a um verdadeiro abuso em matéria de cirurgias "fantasmas", ou realizadas sem estrita necessidade ou muitas vezes em número incompatível com uma prática competente e segura.

(6) Esta sessão está baseada em "O Sistema de Saúde no Brasil" in A Transição da Fecundidade e o Custo em Saúde Pago pelas Mulheres: O Caso do Brasil, coordenado por BERQUÓ, E., e realizado por ARAÚJO, M.J.O e SORRENTINO, S.R. São Paulo, nov. 1994.

Um caso exemplar desta situação está no abuso dos partos cesarianos, abuso este que se iniciou quando o Inamps decidiu pagar mais por um parto cirúrgico do que por um vaginal.

O fim do "milagre", a recessão que se abateu sobre o país a partir de 1983 e uma inflação crescente que passou de 100% para 1000% entre 1982 e 1988, além dos danos nas condições de vida da população, tiveram sérias implicações no sistema de saúde.

Os atrasos do Inamps em honrar os compromissos com os setores conveniados, gerando desestímulo nos profissionais de saúde da rede hospitalar, dificuldades financeiras para aparelhar e manter os hospitais com equipamentos e medicamentos básicos, levaram a um deterioro da rede de assistência médica de que dispõe a população trabalhadora do país.

Pela constituição federal de 1988 o Ministério da Saúde absorve o Inamps e cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que pretende se contrapor à orientação anterior de índole privatizante e curativa.

Assentado nos princípios básicos da descentralização, universalização do atendimento e participação comunitária, o SUS vem recolocar a saúde como um direito social requerendo do setor público papel fundamental no fortalecimento de um sistema adequado de saúde pública.

Teoricamente o SUS deveria ter sido implementado em todos os municípios brasileiros a partir de 1990, o que na realidade não se verificou a não ser em alguns Estados.

Assiste-se a um período de transição crônica resultante, de um lado, de conflitos de interesses oriundos, principalmente, do setor privado, e, de outro lado, da falta de definições claras

sobre as linhas de coordenação e normatização entre os níveis federal, estadual e municipal.

Outro fator de importância capital para a retardação do SUS advém do fato de que ao absorver o Inamps, o Ministério da Saúde não absorveu seus recursos, os quais foram para a Previdência e Assistência Social. Neste sentido, pode-se intuir que a municipalização e universalização da saúde, como concebida pelo SUS, está longe de ser um fato e a revisão constitucional, ora em curso no país, poderá trazer surpresas nesta área, pelos lobies da medicina de grupo no Congresso.

Levando-se em conta que apenas 25% da população está coberta por um plano privado de saúde, dos quais 17% correspondem a seguro saúde, através dos empregadores, e 8% a planos particulares, e que este mercado movimentou, em 1994, 6,6 bilhões de dólares que correspondem a 88% do orçamento total do Ministério da Saúde, em 1993, percebe-se a gravidade da situação da assistência à saúde dos 75% restantes da população. Ainda mais quando se sabe que de 1989 a 1993 os gastos federais com saúde caíram de 11.3 para 7.5 bilhões de dólares. Com isso, o gasto per capita com saúde que já era reduzidíssimo, quando comparado aos 1.500 dólares a que têm direito os cidadãos do primeiro mundo, passou de 80 para 48 dólares entre 1989 e 1993.

3 - O Panorama da anticoncepção no País

Em termos de cobertura nacional, infelizmente, os dados mais recentes de que se dispõe sobre anticoncepção datam de 1986^{7,8}. Segundo estes, o cenário contraceptivo brasileiro era caracterizado por elevada prevalência de uso, em torno de 70% para mulheres casadas ou unidas com idades compreendidas entre

(7) PNAD-86, FIBGE.

(8) PNSMIPF-Benfam, 1986.

15 e 54 anos. Para todas as mulheres, independentemente do estado conjugal, este percentual era da ordem de 43%.

Dos métodos usados, a esterilização feminina estava no topo da lista, seguida dos hormonais. Juntos, representavam 85% das condutas das usuárias. Ainda neste elenco de recursos altamente eficazes para evitar uma gravidez, o dispositivo intra-uterino estava quase ausente, com apenas 1.5%, e menos de 1% das mulheres tinham maridos vasectomizados. Os métodos ditos de menor eficiência, eram lançados mão por 10.0% das usuárias, salientando-se a abstinência periódica.

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

Nesta década, dois estudos realizados um no Nordeste, em 1991⁹, e outro no Município de São Paulo em 1992¹⁰ permitem ter uma idéia de como se encontra, nestes contextos, a regulação da fecundidade. Possibilitam também perceber se o quadro contraceptivo sofreu alterações nestes últimos cinco anos. Com relação ao Nordeste, a pesquisa revela que 54.3% de todas as mulheres usaram alguma vez métodos anticoncepcionais e 39.1% os estavam usando atualmente (tabela 2). Esta proporção é bem mais elevada em São Paulo, onde 58.3% declararam que estavam usando algum meio para evitar uma gravidez, enquanto 76.8% o fizeram em algum momento de suas vidas reprodutivas. A tabela 2 é reveladora do fato de que não se modificou o quadro apontado em 1986, ou seja, da concentração da anticoncepção em praticamente dois métodos: a pílula e a esterilização feminina. Juntos, estes dois métodos respondem por 74.7% das usuárias em São Paulo, sendo ainda maior no Nordeste, onde correspondem a 85.9%.

(9) Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. Brasil 1991. BENFAM-DHS

(10) Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da População Negra. 1992. CEBRAP.

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

MÉTODOS	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO(1) 1992	NORDESTE(2) 1991
Esterilização feminina	36.1	62.9
Pílula	38.6	23.0
Condom	6.2	2.8
Vasectomia	4.5	0.2
Injeções	2.8	1.8
DIU	2.2	0.8
Métodos vaginais	0.3	0.0
Coito interrompido	3.8	4.1
Abstinência periódica	2.3	4.3
Outros	3.2	0.1
TOTAL	100.0	100.0
Número de mulheres	1.026	6.222
Usando algum método	58.3	39.1
Usou alguma vez	76.8	54.3

(1) Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da População Negra. CEBRAP, 1992.

(2) Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. Brasil, 1991.

Fonte: BERQUÓ, E. - Brasil, um caso exemplar (anticoncepção e partos cirúrgicos) à espera de uma ação exemplar. Revista de Estudos Femininas, v.1, n.2. Rio de Janeiro, 1993.

Em São Paulo, como anteriormente, a pílula tem preferência ligeiramente maior do que a laqueadura, mas no Nordeste, esta continua na liderança do rol contraceptivo, com 62.9% desta prática entre as usuárias. Além disso, cresceu ainda mais o papel desta conduta quando comparada aos 47.2% correspondentes a 1986. Em compensação, a pílula teve sua presença reduzida, que passou de 32.1%, em 1986, a 23.0% em 1991. Ou seja, na região mais pobre do país fechou-se ainda mais o leque de alternativas contraceptivas. Esta constatação merece reflexão quando se leva em conta que na área da tecnologia da reprodução humana cada vez mais se amplia a lista de possibilidades de regulação da concepção. Em termos populacionais, com os dados disponíveis,

pode-se estimar que das 10.487.909 mulheres de 15 a 49 anos vivendo no Nordeste em 1991¹¹, entre 2,3 a 2,5 milhões são esterilizadas.

Estas duas pesquisas da década de 90 permitem cotejar, para os dois contextos estudados, algumas características das mulheres esterilizadas. Dá oportunidade também de verificar eventuais mudanças temporais¹².

No Nordeste, 19% das mulheres já estão esterilizadas antes dos vinte e cinco anos, em contraste com os 10% em São Paulo. As idades medianas à época da esterilização são, entretanto, muito próximas, isto é, pela ordem 29.7 e 31.0 anos. É impressionante verificar como em pouco mais de cinco anos a idade com que as mulheres tem sua capacidade reprodutiva encerrada rejuvenesceu tanto. Com efeito, em 1986, apenas 5% e 3% das mulheres estavam esterilizadas antes dos vinte e cinco anos no Nordeste e em São Paulo, respectivamente. Suas idades medianas à esterilização eram 36.6 e 38.2 anos, ou seja, em ambos os contextos houve uma redução de aproximadamente 7 anos!

Também o número mediano de filhos tidos à época da esterilização é bastante semelhante nos dois contextos, com 2.7 para São Paulo e 3.0 para o Nordeste. Observa-se, entretanto, que no Nordeste, a proporção de mulheres esterilizadas com no máximo 2 filhos passou de 15% para 22%, entre 1986 e 1991; com no máximo 3 filhos, de 40% para 49%. Com isso, o número mediano passou de 3.6 para 3.0 filhos. Já em São Paulo, permaneceu praticamente estável.

(11) Dados preliminares do Censo 1991.

(12) No caso de São Paulo, trata-se em 1992 do Município, e em 1986, do Estado.

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

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

A pesquisa de São Paulo permite ainda conhecer que a razão mais freqüentemente alegada pelas mulheres para terem sido esterilizadas foi o não querer ter mais filhos; isto é, 61.6% delas assim se manifestaram. Problemas de saúde foram mencionados por 25%. Chama a atenção a mudança verificada, nestes poucos anos, no discurso das mulheres. Em 1986, a percentagem de mulheres que declararam ter feito laqueadura por já terem atingido o número ideal de filhos variava, para todas as unidades da Federação, entre 18% e 48%, ou seja, bem abaixo dos atuais 61.6% para São Paulo. Ao contrário, em 1986, a razão mais freqüente citada pelas mulheres relacionava-se aos problemas de saúde, cujo percentual variava de 32% a 54%, isto é, bem acima dos 25%. Sobre o que prevalecera em 1986, tínhamos argumentado que a alta freqüência de "problemas de saúde" poderia estar refletindo a influência do poder médico sobre o discurso das mulheres, uma vez que de acordo com o código brasileiro de ética médica, a esterilização só pode ser praticada em casos excepcionais de problemas sérios de saúde da mulher^{8.9}. Em última análise, as mulheres nada mais faziam do que repetir aquilo que era permitido dizer. A explicitação tão direta, em 1992, de que o recurso à laqueadura foi determinado por não querer mais filhos, reflete a nosso ver, uma mudança de postura das mulheres. Elas sentem que têm o direito de expressar

- (8) BERQUÓ, E. A esterilização feminina no Brasil hoje. Trabalho apresentado no Encontro Internacional "Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado", promovido pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM. Brasília, 5-6 de junho, 1989.
- (9) Cap. VI - Da responsabilidade médica. Art. 52: "A esterilização é condenada, podendo, entretanto, ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação, referendada por dois médicos, ouvidos em conferência".

que não querem ter mais filhos, além dos que já tiveram. E isto incontestavelmente se deve ao clima que se veio estabelecendo no país graças aos movimentos de mulheres em prol dos direitos reprodutivos. Claro está que se as mulheres tivessem conhecimento e acesso a outros métodos anticoncepcionais, poderiam exercer seu direito sem necessariamente terem de recorrer em massa a uma prática irreversível. Neste sentido, a pesquisa do Nordeste revela que enquanto quase 100% das mulheres conhecem a pílula e a esterilização feminina e mais de 80% sabem onde obtê-las, apenas 50% conhecem o DIU mas 76% não sabem onde encontrá-lo e, pior ainda, somente 37% conhecem os métodos vaginais mas 79% não sabem como achá-los.

O processo de esterilização no país segue seu curso como se já fizesse parte de uma "cultura", que leva a que todos os anos coortes de mulheres ponham fim à sua capacidade reprodutiva.

No Nordeste, 54% das esterilizadas o foram nos últimos cinco anos, e em São Paulo não estiveram muito distantes desta mesma freqüência.

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

Perguntadas se aconselhariam outra mulher a fazer esterilização, 65% das já laqueadas disseram que sim, e justificaram sua posição principalmente baseadas nas dificuldades financeiras para criar muitos filhos (40%), pela segurança do método (37%), e por não prejudicar a saúde como o faz a pílula (18%). Esta última citação demonstra mais uma vez que elas dispõem apenas de duas opções, ou a pílula ou a laqueadura.

Manifestaram satisfação com a esterilização 89% das mulheres, e as razões para tanto foram não precisar mais preocuparem-se com uso de outros métodos e porque já tinham o número ideal de filhos. Para as arrependidas, os motivos são os já encontradas em outros estudos, ou seja, morte de filhos, novas uniões maritais, gostaria de voltar a ter mais filhos e problemas de saúde^{15.16}.

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

4 - A saúde das mulheres

Sobre o pré-natal

Das gestantes brasileiras, 70%, em média, passam pelo menos uma vez pela assistência pré-natal. Infelizmente são as menos favorecidas as ausentes deste tipo de atenção. daquelas com renda mensal per capita inferior a um salário mínimo, 50% vivenciaram gestações sem nunca terem passado por este tipo de controle.

Diferenças regionais são gritantes neste sentido. O contraste entre as regiões Sul-Sudeste, a mais rica do país, e Norte-Nordeste, a mais pobre, revela uma diferença de 75% para 42% de gestantes que frequentam os serviços de pré-natal.

- (15) GRUBB, G.S., PETERSON, H.B., LAYDE, P.M., RUBIN, G.L. - Regret after decision to have a tubal sterilization. The American Fertility Society. Fertility and Sterility, vol. 44, n. 2, August 1985.
- (16) PINOTTI, J.A. et al - Identificação de fatores associados à insatisfação após esterilização cirúrgica. Gin.Obst.Bras. 9(4): 304, 1986.

A prestação deste tipo de assistência esteve a cargo do Inamps em 39%, cabendo aos postos de saúde dos Estados e Municípios, 24%.

A deficiência no atendimento às mulheres grávidas vai desde a ausência de consultas e de exames laboratoriais e vacinas até a falta de referência para os casos de pré-natal de risco. Vale destacar que apenas 62% das gestantes são vacinadas contra o tétano.

Sobre os partos

Dos partos, 75% são hospitalares, com grande variação regional e por situação rural-urbana do domicílio. No Sudeste, 99% das crianças nascem em hospitais, o que sucede com apenas 76% das nascidas no Nordeste. Nas cidades, 93% dos partos ocorrem em hospitais, em contraste com os 64% nas áreas rurais. Nos estados do Nordeste o atendimento ao parto por médico variou de 26% a 66%, cabendo às parteiras ou enfermeiras o cuidado com os casos restantes, que na maior parte das vezes constituem maioria.

Esta disparidade regional e urbano-rural pode ajudar a compreender porque a despeito do alto índice nacional de partos hospitalares, 18% de todas as mortes ligadas à gravidez ocorram por complicações ligadas ao parto.

Outro fator a considerar é o reduzido número de leitos hospitalares para gineco-obstetricia, especialmente para os casos de risco, quando mãe e recém-nascido necessitam de cuidados especiais e internações prolongadas. Estudo conduzido no Município de São Paulo¹⁷ mostrou que as parturientes percorriam, em média, três hospitais até encontrarem um leito,

(17) Diagnóstico de Saúde da Mulher no Município de São Paulo. Assessoria de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1989.

situação que contribui para aumentar os riscos associados ao parto, cuja prevenção muitas destas mulheres tentaram evitar fazendo um adequado pré-natal.

Consideração especial deve ser dada ao fato de que, pelo menos em parte, esta falta de leitos é para partos normais e se deve a que os leitos existentes já estejam comprometidos e agendados para partos cesáreos, com dia e hora marcados entre médico e paciente.

De fato, no Brasil desenvolveu-se uma conduta obstétrica de verdadeiro abuso de partos cirúrgicos. De 15% do total de partos em 1970, as cesáreas saltaram para 31% em 1980¹⁸, continuando a crescer para atingir 34%, em 1990. Em alguns estados da federação, o índice de cesáreas atingiu, em 1991, cifras da ordem de 69%¹⁹. Em São Paulo, esta taxa chegou a alcançar, em 1993, quase a metade dos partos e, em algumas de suas regiões atingiu 70%! Pagas pelo sistema público de saúde (SUS), as cesáreas chegam à casa de 400.000 por ano, fazendo crescer em muito o custo destinado às internações por parto, devido à anestesia e o dobro de dias de permanência hospitalar. E o mais importante é o risco 2.9 vezes maior de morte materna a que estão sujeitos os partos cesáreos, quando comparados aos transpelvianos²⁰.

Este crescimento no país se deveu principalmente por se constituir o parto cesáreo no "locus cirúrgico" apropriado para a realização, no último parto, da laqueadura tubária.

(18) GRANADO-NEIVA, J.G. - Operação cesárea no Inamps. XXVI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, 1992.

(19) MELLO JORGE, M.H. et al. - O sistema de informação sobre nascidos vivos. São Paulo, CBCD, 1992 (n.7).

(20) COSTA, C.F.F. - Via de parto e mortalidade materna. In FAÚNDES, A. e CECATTI, J.G. - Morte Materna: uma tragédia evitável. Editora da Unicamp, 1991.

Cesárea x Esterilização

Sendo a esterilização proibida pelo Código Penal Brasileiro²¹ e pelo Código de Ética Médica, leva os profissionais de saúde a realizar a laqueadura durante uma cesárea. Como já é amplamente sabido, neste caso, o custo hospitalar da paciente e os honorários do médico estão cobertos pelo Inamps e o custo adicional da esterilização é pago "por fora" pela gestante^{22.23}.

Isto explica porque em 1986, 75% das esterilizações foram feitas junto com o último parto, ou seja, com uma cesárea. Esta média nacional era superada por 50% das unidades da Federação alcançando os maiores valores no Pará (82.6%), São Paulo (83.0%) e Amazonas (85.9%). A pesquisa recente de São Paulo revelou que 80% das ligaduras tubárias foram feitas durante uma cesárea. Ilustra bem esta situação o fato de que 55% das esterilizadas declararam que pagaram, em dinheiro, ao médico pela operação, e em 11% dos casos, além do Inamps e de convênio, pagaram também uma parte em dinheiro. O convênio ou Inamps cobriram o total do custo para 11% das mulheres. Chama a atenção, entretanto, que 23% das laqueadas referiram que a operação foi feita gratuitamente, ou seja, paga por alguma fonte que elas desconheciam.

Os arranjos com os profissionais de saúde se dão, na maior parte das vezes, durante o pré-natal, chegando estes casos a 50%.

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

(22) BARROS, F.C., VAUGHAN, J.P., VICTORIA, C.G., HUTTLY, S.R.A (1991) - Epidemics of caesarean sections in Brazil. The Lancet 338 (20): 167-169.

(23) FAÚNDES, A., CECATTI, J.G. - A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 7(2): 150-173, abr/jun, 1991.

OSIS²⁴ e colaboradores entrevistando, em 1988, 3.703 mulheres na idade reprodutiva no Estado de São Paulo, encontraram que 87% das mulheres discutem sobre fazer uma esterilização com seus médicos durante o pré-natal. Logo antes do parto também ocorrem acertos, numa média de 10%, e 11% das esterilizadas declararam que a decisão médico-paciente foi tomada durante o próprio trabalho de parto!

Dada a situação descrita, 32% das mulheres declararam que engravidaram para serem esterilizadas durante o parto - por cesárea é claro!

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

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

A incidência de cesárea no último parto cresce com o nível de instrução das mães, o que confirma trabalhos anteriores²⁵. Esta tendência se verifica tanto para esterilizadas quanto para as demais.

Assim como o desejo ou a necessidade de uma esterilização leva, através dos mecanismos supra apontados, a cesáreas, também o abuso dos partos operatórios, pela classe dos gineco-obstetras, leva muitas mulheres a uma esterilização necessária, por terem feito muitas cesáreas e poderem correr o risco de ruptura do

(24) OSIS, M.J.D. et alii (1990) - Laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. Revista de Ginecologia e Obstetrícia 1 (3):195-204.

(25) FAÚNDES, A., CECATTI, J.G. - op. cit.

útero. Esta segunda linha de casualidade está também presente no país, contribuindo para a elevada prevalência de laqueaduras tubárias.

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

E o ponto nevrálgico desta questão está, sem nenhuma sombra de dúvida, na postura da classe médica, em especial dos gineco-obstetras. Esta corporação sabe muito bem que as razões para nossa epidemia de cesáreas vão além dos motivos de indicação médica, para a mãe ou para o feto, mas continuam a preferir partos operatórios ou por comodismo ou por despreparo para realizá-los via vaginal. FAÚNDES e CECATTI²⁶ em exaustivo trabalho sobre o tema, discutem os fatores institucionais e legais e da atenção obstétrica que influenciam a alta incidência de cesáreas. Enumeram e demonstram as sérias conseqüências para o recém-nascido e para a mulher, que advêm das cesáreas sem indicação médica.

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

(26) FAÚNDES, A., CECATTI, J.G. - opus cit.

dispondo do aborto legal para eventuais falhas²⁷, vêm na esterilização uma "tábua de salvação" contra o desamparo em que vivenciam a saúde reprodutiva. Mas para tanto, precisam recorrer a uma cesárea, mesmo sem nenhuma indicação médica, pagando "por fora" ao médico. Outras vezes, são forçadas a este procedimento, pelo abuso de cesáreas anteriores por parte dos médicos.

Sobre o pós-parto

Um dado assustador é a baixíssima proporção de mulheres, assistidas pela rede pública, que retorna para o controle pós-parto.

Daquelas que passam pelo pré-natal, apenas 2% voltam para a consulta de puerpério, ficando, portanto, 98% expostas às complicações do período puerperal tais como a embolia pulmonar, a sepsias puerperal e as complicações venosas, geralmente evitáveis e passíveis de tratamento.

Mortalidade Materna

Sendo a mortalidade materna o reflexo direto das condições de vida e da qualidade da assistência recebida pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, do quadro apresentado só se pode esperar altos índices de mortalidade materna no país, principalmente para a população feminina mais desassistida nos planos econômicos, social e de saúde.

A última estimativa oficial de que se dispõe para a taxa de mortalidade materna para o país é de 134.7 por cem mil nascidos vivos, datada de 1988. Valor este quatorze vezes maior do que a

(27) O Código Penal brasileiro só permite o aborto para preservar a saúde da mulher ou em caso de estupro.

taxa presente nos Estados Unidos e trinta e quatro vezes superior àquela do Canadá.

A variabilidade regional desta taxa é bastante grande, como atesta o contraste norte-sul, com 298.3 e 110.2, respectivamente, em 1987. Este elevado valor na região norte pode estar refletindo, em parte, o impacto, sobre a saúde das gestantes, do aumento de 70% na incidência da malária na área, no período 1983-87²⁸.

Em que pese o fato de que a mortalidade materna experimentou certo declínio ao longo da década de 80, as taxas praticamente se estabilizaram a partir de 1985. O Gráfico 1²⁹ ilustra esta tendência em contraste com a queda acentuada e sistemática da fecundidade. Ou seja, o declínio da fecundidade não levou a uma melhoria considerável nos riscos de mortes ligadas ao período gravídico-puerperal.

Pela tabela 3 pode-se apreciar que a distribuição etária das mortes maternas se alterou, ainda que de forma discreta, no período considerado. Cresceu o peso das mulheres mais jovens, em detrimento das mais velhas.

Tabela 3 - Mortes maternas, segundo grupos de idade. Brasil, 1980-87

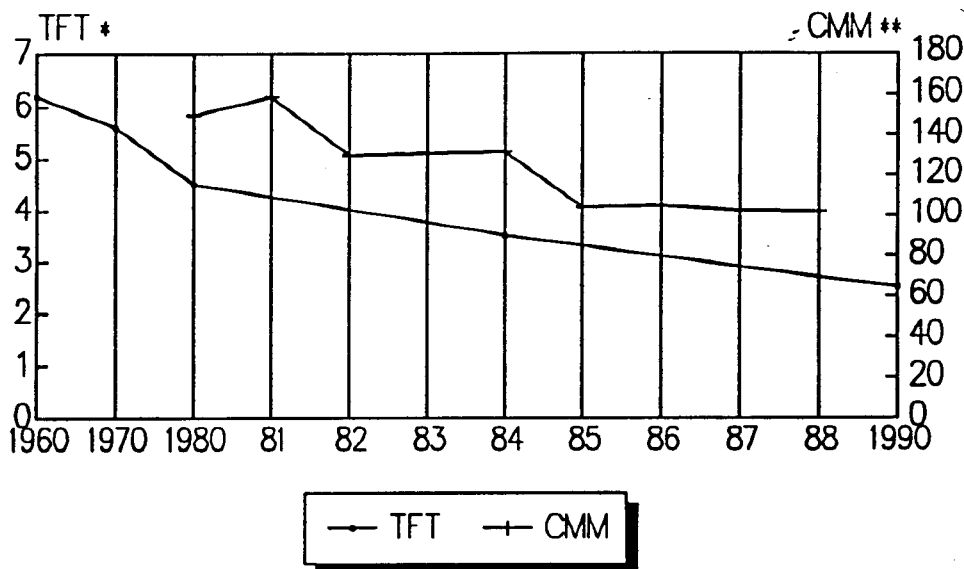
ANOS	ATÉ 19 ANOS	20-24	25-29	30-39	40 OU +
1980	12.0	19.5	19.2	37.0	11.2
1985	12.6	19.8	22.5	33.7	10.3
1987	13.1	22.2	20.0	34.2	9.4

Fonte: Estatísticas de Mortalidade. Ministério da Saúde.

(28) ARAÚJO, M.J.O e SORRENTINO, S.R. - O sistema de saúde no Brasil in A Transição da Fecundidade e o Custo em Saúde Pago pelas Mulheres: o Caso do Brasil. São Paulo, nov. 1994, p.77.

(29) As taxas de mortalidade materna, neste gráfico, não estão corrigidas para o sub-registro por não dispor o Ministério da Saúde de uma série histórica corrigida. Portanto, o gráfico deve ser apreciado em termos de tendência e não de níveis.

Taxas de Fecundidade/Mortidade Materna Brasil - 1960/90



Fonte: Ministério da Saúde
 * Taxas de Fecundidade
 ** Coef. de Mortal. Materna-por 100.000 NV

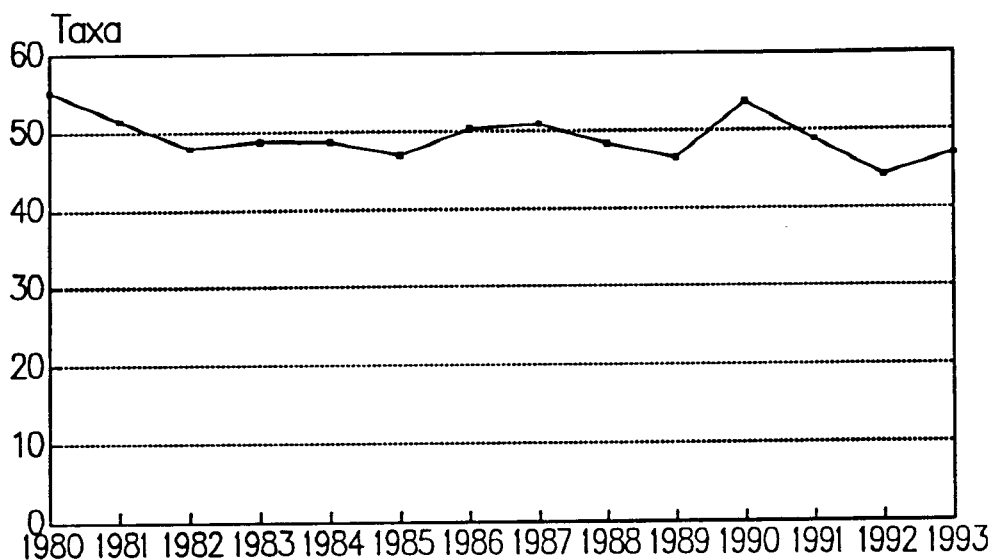
Passando a considerar as causas diretas da mortalidade materna, a mais freqüente é a toxemia gravídica, responsável por 30% das mortes. Causa facilmente controlada durante o pré-natal com tecnologia fácil e barata como a verificação do peso e da pressão arterial. A presença elevada desta causa é emblemática da falência dos serviços de saúde e da má qualidade do pré-natal.

As hemorragias ligadas à gestação, parto e puerpério constituem a segunda causa, responsável por 18% das mortes. Refletem a qualidade de atenção prestada ao parto e ao puerpério imediato. O grande número de cesáreas e a precariedade dos bancos de sangue contribuem para a alta presença das hemorragias.

As complicações do puerpério, principalmente as infecções puerperais, são também causa importante das mortes maternas,

responsáveis por 15% dos óbitos, fato extremamente preocupante em um país com 80% de partos hospitalares.

Taxa de Mortalidade Materna * Estado de São Paulo (1980/1993)

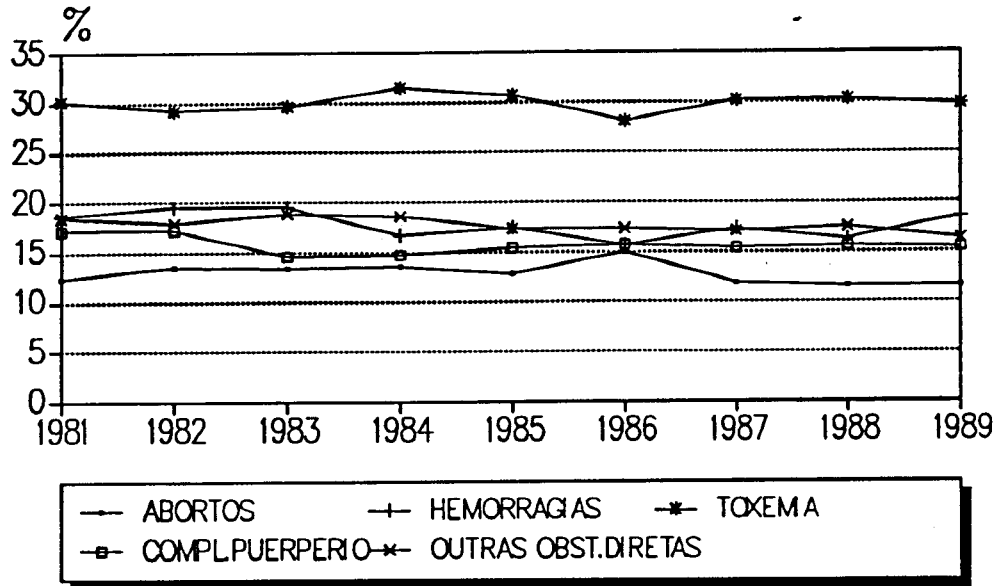


Fonte: Fundação SEADE - SP - Br
* Por 100.000 Nasc. Vivos

As mortes decorrentes dos abortos respondem por 12% do obituário, por serem na grande maioria provocados em condições adversas à saúde das gestantes. Constituem a sexta causa de intervenção hospitalar paga pelo SUS.

O gráfico 3 registra a perversa estabilidade da tendência destas causas de morte materna, durante a década de 80, ou seja, retrata o quadro das causas evitáveis, fosse outra a situação da atenção materna no país.

Óbitos por Causas Ligadas a Gravidez, Parto e Puerperio no Brasil (1981-1989)



Fonte: Ministério da Saúde, 1994

A morbi-mortalidade por câncer de colo de útero

As neoplasias que afetam o sistema reprodutivo são as que mais atingem as mulheres. No Brasil, respondem por quase 30% do total de óbitos por câncer.

Um aspecto da saúde das mulheres que queremos destacar aqui refere-se ao câncer de colo de útero, por se tratar de uma enfermidade que, em condições de bom atendimento clínico-ginecológico, pode ser detectada precocemente, evitando mortes desnecessárias.

A tabela 4 revela, entretanto, mais uma vez, a perversa estabilidade dos indicadores na década de 80. Estabilidade quanto ao peso relativo do câncer de colo de útero no fluxo das

internações por neoplasias e estabilidade nas taxas específicas de mortalidade por este tipo de câncer.

Tabela 4 - Câncer de colo de útero em mulheres maiores de 10 anos. Brasil, 1984-1990

ANOS	EM % DAS INTERNAÇÕES POR NEOPLASIAS	ÓBITOS POR 100.000 MULHERES	% DE ÓBITOS DO TOTAL DE MULHERES INTERNADAS POR ESTA CAUSA
1984	6.5	4.7	12.4
1985	7.2	4.2	11.7
1986	7.4	4.4	12.7
1987	7.0	4.3	11.7
1988	6.3	4.6	11.3
1989	6.3	4.3	10.0
1990	6.4	4.6	10.0

Fonte: Ministério da Saúde, 1994.

Apesar de se tratar de medida simples e pouco dispendiosa, a cobertura do exame ginecológico é pequena no país. No Nordeste, por exemplo, 43% das mulheres passaram alguma vez por este exame e apenas 22% das mulheres tiveram este tipo de atendimento clínico, durante o ano de 1991, cobertura que se reduz para 10% na área rural³⁰.

E ainda assim, passar pelo exame clínico-ginecológico não implica em feitura do Papanicolau. Mesmo em São Paulo a cobertura deste exame atinge apenas a 4% das mulheres.

Infelizmente não se dispõe, em nível nacional, de estatísticas da presença das doenças sexualmente transmissíveis (com exceção da Aids) que têm conseqüências diretas na saúde reprodutiva das mulheres, como as infecções crônicas, que aumentam a chance de câncer de colo de útero. Sabe-se, entretanto, através de poucos estudos esparsos que a incidência da Chlamydia, infecção silenciosa, vem crescendo.

(30) Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste, 1991. Benfam.

Finalmente, um ponto que merece consideração na contribuição ao *status quo* ou no agravamento deste quadro é o elevado número de mulheres esterilizadas a cada ano no país e que, de certo modo, por falta de informações, se sentem desobrigadas da volta periódica aos serviços de saúde para acompanhamento.

Estas notas tentaram mostrar que o declínio da fecundidade no país que teve início durante o período do "milagre brasileiro", prosseguira com maior vigor durante a chamada "década perdida". Esta, por sua vez, contribuiu para o deterioro do sistema público de saúde com implicações nas condições de saúde da população, especialmente, a de baixa renda, com repercussões diretas sobre a saúde reprodutiva das mulheres.

Ou seja, a redução relativa do número de gestantes poderia ter levado a melhorar a qualidade dos serviços de pré-natal, parto e puerpério, o que não se confirmou dados os altos índices de mortalidade materna por causas evitáveis.

Por outro lado, recursos poderiam também ter sido redirecionados para o atendimento clínico-ginecológico aliviando as taxas de morbi-mortalidade feminina por causas também evitáveis, o que infelizmente também não ocorreu.

Em síntese, a década de 80 se configurou perdida sob vários pontos de vista.

Esterilização e raça em São Paulo*

Elza Berquó**

Há uma rede familiar e social envolvida no processo de difusão da esterilização que permeia gerações, raças e classes sociais e que pode ser caracterizada como uma "cultura" da esterilização.

Séria polêmica envolve a questão da esterilização feminina em nosso país. De um lado estão representantes de alguns segmentos dos movimentos negros que acreditam tratar-se de uma política para reduzir o crescimento da população negra. Pesquisas realizadas mostram, por outro lado, não haver diferença estatística entre as taxas de esterilização de mulheres negras e brancas.

Mais freqüente, a princípio, entre mulheres de estratos mais favorecidos, essa prática difundiu-se nos últimos anos, atingindo os estratos mais pobres da população. Na falta de outras opções contraceptivas, dada a quase total ausência de serviços públicos de atendimento à saúde reprodutiva, as mulheres mais pobres, em sua maioria negras, acabam por recorrer à ligadura tubária como forma de regular a fecundidade.

O presente artigo pretende ser mais uma contribuição ao debate desta questão controversa.

O cenário da anticoncepção, por cor, em São Paulo nos anos 80

Uma visão geral da regulação da fecundidade no Brasil aponta para o uso elevado de métodos anticonceptivos. Os últimos dados oficiais de cobertura nacional de que se dispõe datam de 1986 (1) e indicam uma prevalência de uso de 70% para mulheres na idade reprodutiva casadas ou unidas; independentemente do estado conjugal, este percentual alcança 43%. Esta elevada prevalência é o resultado da oferta de um reduzidíssimo leque de alternativas contraceptivas, que se concentram nos hormonais orais e na esterilização feminina. De fato, juntas, estas duas alternativas respondem por 85% do uso da contracepção para mulheres em idade fértil, cabendo à esterilização 44% e 41% aos métodos hormonais. A prática contraceptiva varia conforme as regiões do país, mas a concentração apenas nestes dois métodos é a regra,

* Agradeço à equipe do Programa de Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, do Cebap, que participou desta pesquisa, em especial a Maria Dirce Pinho, pelo apoio na área de informática.

** Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), diretora do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) e membro do conselho diretor da Comissão de Cidadania e Reprodução.

com maior ou menor intensidade, em quase todas as unidades da Federação.

No Estado de São Paulo, a prevalência de uso de métodos contraceptivos observada foi de 68%, cabendo à pílula e à esterilização, respectivamente, 40% e 39%. Na Grande São Paulo a situação era muito similar: 67% das mulheres em idade reprodutiva eram usuárias de meios anticoncepcionais, das quais 41% recorriam à pílula e 39% eram esterilizadas.

uso para as brancas (71,4%) e declina esta prática para as negras (59,6%), quando confrontada com a situação na Grande São Paulo. Altera-se também a posição relativa da esterilização e da pílula. Esta é mais freqüente que a esterilização para mulheres brancas, dando-se o oposto entre as negras. Para estas, é ligeiramente maior (27,7%) a proporção de esterilizadas.

A maior presença da esterilização entre brancas na Grande São Paulo man-

Tabela 1
Prevalência de uso de métodos anticoncepcionais para mulheres unidas, em idade reprodutiva, segundo a cor - 1986

Uso e Métodos Usados	Estado de São Paulo		Grande São Paulo		Interior	
	Branças	Negras	Branças	Negras	Branças	Negras
Usam	70.1	61.4	68.7	62.7	71.4	59.6
Pílula	27.2	31.0	25.6	35.6	28.7	23.9
Esterilização	27.9	22.2	30.5	18.7	25.5	27.7
Outros	14.9	8.2	12.5	8.3	17.2	8.0
Não Usam	29.9	38.6	31.3	37.3	28.6	40.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FONTE: Morell, 1994.

A Tabela 1 apresenta os resultados da anticoncepção para o Estado de São Paulo, a Grande São Paulo e o interior, segundo a cor da entrevistada (2). Vale destacar que 22% da população feminina unida de 15 a 49 anos do estado se auto-declararam negras, e que deste contingente populacional, 60% encontram-se na Grande São Paulo e 40% no interior do estado (PNAD-1986).

Observa-se na Tabela 1 que é sempre maior para as brancas a prevalência de uso de anticoncepcionais. Na Grande São Paulo, a esterilização feminina supera o uso de pílula para as brancas e é superada por esta para as negras. Além disso, é muito superior para as brancas a proporção de esterilizadas - 30,5%, contrastados com os 18,7%.

Quando se passa para as moradoras do interior, cresce a prevalência de

têm-se sistematicamente para todos os níveis de instrução, como se verifica na Tabela 2.

Várias conclusões emanam desta tabela. Em primeiro lugar, ter entre um e três anos de escolaridade leva a um aumento significativo no uso de algum método para evitar filhos, e isto é ainda mais notável para mulheres negras. A partir deste nível, este uso se estabiliza, em média em 67%, para os dois grupos de mulheres.

Em segundo lugar, a recorrência à esterilização diminui para todas as mulheres à medida que aumenta o nível de escolaridade, a partir de um a três anos de instrução; em contraposição, cresce o uso da pílula e de outros métodos.

Finalmente, a proporção de esterilizadas entre as usuárias de algum método anticoncepcional de cor branca cai de

Tabela 2
Prevalência de uso de métodos anticoncepcionais por escolaridade e cor. Mulheres unidas de 15 a 49 anos. Grande São Paulo - 1986

Anos de Escolaridade	Uso e Métodos Usados	Cor	
		Branças	Negras
Sem Instrução e Menos de 1 Ano	Usam	62.9	40.9
	Pílula	18.7	15.6
	Esterilização	34.5	21.2
	Outros	9.7	4.1
	Não Usam	37.1	59.1
De 1 a 3 Anos	Usam	72.2	65.4
	Pílula	22.1	37.2
	Esterilização	36.7	21.9
	Outros	13.4	6.3
	Não Usam	27.8	34.6
4 Anos	Usam	69.4	64.1
	Pílula	22.9	35.2
	Esterilização	36.8	19.3
	Outros	9.6	9.6
	Não Usam	30.6	35.9
5 a 8 Anos	Usam	66.8	67.2
	Pílula	30.7	43.2
	Esterilização	29.7	12.6
	Outros	6.5	11.4
	Não Usam	33.2	32.8
9 ou Mais Anos	Usam	68.6	67.6
	Pílula	27.3	43.0
	Esterilização	20.2	13.4
	Outros	21.1	11.3
	Não Usam	31.4	32.4

FONTE: Morell, 1994.

55% para 29% nos extremos do gradiente de escolaridade, passando, pela ordem, pelos valores 51%, 53% e 45%. Ou seja, até quatro anos de escolaridade esta proporção fica num mesmo patamar, em torno de 53%, para então cair a 45%, no grupo com cinco a oito anos de escolaridade, e declinar mais, até 29%, para as mais instruídas. Para as negras, esta proporção varia de 52% a 20% nos extremos deste gradiente, passando por 33%, 30% e 19% nos níveis intermediários. Ou seja, há também três níveis de prevalência da esterilização entre as usuárias, porém, correspondendo a graus distintos de escolaridade relativamente às mulheres brancas. O nível mais alto corresponde às sem instrução (52%), que sofre uma queda significativa entre as mulheres negras com um a três e quatro anos de escolaridade, atingindo uma média de

31%, para cair novamente a 20% a partir de cinco a oito anos de escolaridade.

A situação atual da anticoncepção, por cor, em São Paulo

A pesquisa Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, promovida pelo Cebrap, permite atualizar a situação da anticoncepção por cor. Realizada em 1992 no município de São Paulo, mediante uma amostra por cotas, incluiu 1.026 mulheres entre 15 e 50 anos, metade negras e metade brancas. Vale notar que, no sentido de garantir um bom resultado nas entrevistas domiciliares, entrevistada e entrevistadora eram autodeclaradas da mesma raça.

A prevalência de uso de métodos anticoncepcionais encontrada foi de 73%

Tabela 3

Mulheres de 15 a 50 anos usando algum método no momento da pesquisa, por cor.
São Paulo - 1992

Uso e Métodos Usados	Branças	Negras
Usam	63.2	53.4
Pílula	24.0	20.9
Esterilização	22.0	20.1
Vasectomia	2.7	2.5
Condom	4.3	2.9
Métodos Naturais	3.9	3.5
Outros	6.3	3.5
Não Usam	36.8	46.6
Total	100.0	100.0

FONTE: Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, Cebrap, 1992.

e 81% para negras e brancas, respectivamente. O uso de algum meio para evitar uma gravidez na época da entrevista continua superior para as mulheres brancas, mas quanto aos métodos usados observa-se uma grande regularidade entre os dois grupos no que se refere àqueles altamente eficazes (Tabela 3). Com efeito, 48,7% das brancas e 43,5% das negras estavam usando no momento a pílula, ou eram esterilizadas, ou seus maridos estavam vasectomizados.

Isto explica por que, a despeito de recorrerem mais ao uso de anticoncepcionais do que as negras, as brancas acabam por ter praticamente o mesmo número médio de gestações (Tabela 4) -

isto é, 3,0 e 3,2 para aquelas alguma vez unidas, ou 2,4 e 2,4 para o conjunto de todas as mulheres, independente do estado conjugal.

A Tabela 4 chama a atenção também para a regularidade, por cor, entre as médias de filhos nascidos vivos por mulher, mostrando que tanto para brancas quanto para negras a estimativa de perdas fetais é da ordem de 0,6 por mulher alguma vez unida e de 0,4 para unidas e não-unidas.

Levando-se em conta o nível de escolaridade das mulheres, observa-se ainda que, para cada um dos três níveis considerados, o número médio de gestações e o de nascidos vivos são prati-

Tabela 4

Gestações e nascidos vivos para mulheres alguma vez unidas e para todas as mulheres, segundo a idade e a cor. São Paulo - 1992

Idade das Mulheres na Época da Entrevista (Em Anos)	Gestações				Nascidos Vivos			
	Mulheres Alguma Vez Unidas		Todas as Mulheres		Mulheres Alguma Vez Unidas		Todas as Mulheres	
	Negras	Branças	Negras	Branças	Negras	Branças	Negras	Branças
15-19	1.3	1.3	0.5	0.4	1.0	0.8	0.3	0.3
20-24	1.8	1.9	1.3	1.3	1.3	1.5	1.0	1.1
25-29	2.9	2.6	2.4	2.4	2.4	2.2	2.0	2.0
30-34	3.4	3.2	2.9	3.0	2.9	2.8	2.7	2.6
35-39	3.7	3.4	3.3	3.3	3.1	2.9	2.7	2.8
40-44	4.4	3.8	3.6	3.8	3.5	3.1	3.2	3.0
45-50	3.8	4.3	4.0	3.9	3.5	3.5	3.3	3.3
Total	3.2	3.0	2.4	2.4	2.6	2.5	2.0	2.0

FONTE: Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, Cebrap, 1992.

Tabela 5

Gestações e nascidos vivos para mulheres alguma vez unidas e para todas as mulheres, segundo o nível de escolaridade e a cor. São Paulo - 1992

Nível de Escolaridade das Mulheres	Gestações				Nascidos Vivos			
	Mulheres Alguma Vez Unidas		Todas as Mulheres		Mulheres Alguma Vez Unidas		Todas as Mulheres	
	Negras	Branças	Negras	Branças	Negras	Branças	Negras	Branças
Até Primário Incompleto	3.8	3.8	3.4	3.3	3.1	3.2	2.7	2.8
Primário Completo a Ginásio Completo	3.2	2.7	2.4	2.3	2.6	2.3	2.0	1.9
Colegial Incompleto ou Mais	2.2	2.2	1.3	1.5	1.9	1.8	1.1	1.2
Total	3.2	3.0	2.4	2.4	2.6	2.5	2.0	2.0

FONTE: Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, Cebrap, 1992.

camente iguais para brancas e negras, e maiores quanto menor o seu grau de instrução (Tabela 5).

No que se segue, concentraremos nossa atenção na esterilização. Neste sentido, é importante notar que não encontramos diferença significativa entre negras e brancas mesmo quando se controla esta prática por nível de escolaridade e renda mensal *per capita*. A Tabela 6 mostra que o valor de χ^2 observado, com 1 grau de liberdade, é não-significante nas comparações entre negras e brancas, para cada um dos três níveis de

escolaridade. Analogamente, a Tabela 7 revela que nenhum dos contrastes entre negras e brancas, segundo a renda mensal *per capita*, foi estatisticamente significativo.

A "cultura" da esterilização está igualmente presente entre mulheres negras e brancas

O recurso à esterilização segue seu curso como se já fizesse parte de um processo que leva a que, todos os anos,

Tabela 6

Proporção de mulheres esterilizadas por nível de escolaridade e cor. São Paulo - 1992

Nível de Escolaridade	Negras	Branças	χ^2	Valores de P
Até Primário Incompleto	24.6	20.0	1.082	30%
Primário Completo a Ginásio Completo	20.5	28.1	2.689	10%
Colegial Incompleto ou Mais	15.2	18.1	0.526	40%

FONTE: Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, Cebrap, 1992.

Tabela 7

Proporção de mulheres esterilizadas por nível de renda e cor. São Paulo - 1992

Renda Mensal <i>Per Capita</i> em SM	Negras	Branças	χ^2	Valores de P
0 - 1/4	27.4	20.5	1.04	31%
1/4 - 1/2	28.2	21.6	1.32	25%
1/2 - 1	19.2	21.9	0.36	55%
1 - 2	14.6	22.7	2.10	15%
2 - 3	12.5	28.6	2.77	10%
3 ou Mais	6.2	18.5	1.26*	26%

* O teste exato de Fisher, neste caso, apresentou P = 39%.

FONTE: Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, Cebrap, 1992.

coortes de mulheres ponham um fim definitivo à sua capacidade reprodutiva.

A razão mais evocada para recorrerem a esta prática é não quererem ter mais filhos: 62,2% das negras e 61% das brancas. As dificuldades para criar filhos hoje em dia e o fato de já terem o número desejado de filhos representam, em conjunto, respectivamente, 80,6% e 81,3% das razões para não quererem uma prole maior.

A falta de programas públicos de saúde sexual e reprodutiva que ofereçam todo um repertório de métodos anticoncepcionais e as dificuldades para adquirir hormônios, preservativos ou outros métodos reversíveis acabam por colocar as mulheres diante de uma encruzilhada: ou fazer a laqueadura, ou provocar aborto, ou prosseguir com uma gravidez indesejada. Daí a opção pela anticoncepção cirúrgica. Esta situação, a meu ver, é garantida pela cumplicidade que se estabelece entre as mulheres e os profissionais de saúde. Sendo a laqueadura ainda proibida pela legislação vigente, os gineco-obstetras realizam a cirurgia durante uma cesárea. Testemunham esta situação os 33% das negras e 31,8% das brancas que declararam ter engravidado pensando em fazer a laqueadura logo após um parto cesáreo e os 80% de ambos os grupos que a fizeram, de fato, na última cesárea. Mesmo sabendo da irreversibilidade de tal prática (95% tanto de brancas como de negras declararam sa-

irmã, de amiga para amiga, isto é, em uma verdadeira "cultura" de regulação da capacidade reprodutiva através de uma prática definitiva.

Em primeiro lugar, o fato de 52% das esterilizadas serem filhas ou irmãs de esterilizadas, refletindo uma propagação inter e intrageracional.

Em segundo lugar, os 89% das esterilizadas que se declararam satisfeitas com a segurança do método, por não terem mais de se preocupar com o uso de outros meios e por já terem alcançado o número desejado de filhos, representam uma espécie de efeito-demonstração para outras mulheres.

Em terceiro lugar, os quase dois terços de mulheres que declararam que aconselhariam outras mulheres a serem esterilizadas, denotando um processo de difusão desta prática.

Por fim, em termos de futuro, os 39% das mulheres em união conjugal que manifestaram a intenção de recorrer à esterilização proximamente – desejo este que atingiu seu máximo no grupo das mais jovens, entre 15 e 24 anos – falam no sentido de uma resposta à propagação desse processo de difusão.

Como pode ser observado no quadro abaixo, há uma regularidade marcante entre negras e brancas quanto a estes pontos, ou seja, esta chamada "cultura" da esterilização (Berquó, 1993) está igualmente presente nestes dois segmentos populacionais.

Situações	Negras	Branças
E é filha ou irmã de E	54.9	51.4
E satisfeita com esterilização	87.4	91.2
E aconselharia outra mulher a ser E	61.5	69.0
Intenção de ser E	36.4	41.9
E = Esterilizada		

ber disto), 50% destas mulheres foram esterilizadas antes dos 30 anos de idade.

Alguns elementos colhidos nesta pesquisa levam a pensar em um processo de difusão da esterilização entre as mulheres, de mãe para filha, de irmã para

Concluindo

Como vimos, há uma rede familiar e social envolvida no processo de difusão da esterilização, permeando gerações, raças e setores sociais. Em que pese o

fato de que a prevalência de mãe e filha ou de irmãs laqueadas seja mais freqüente à medida que cresce o nível de escolaridade das mulheres, esta situação já está posta também para mulheres sem instrução.

O grau de satisfação com a esterilização foi praticamente constante nos diferentes níveis de escolaridade para as mulheres negras, aumentando discretamente com a instrução para as brancas. Por outro lado, a idade não afetou este grau, ou seja, coortes mais jovens e mais velhas o expressaram igualmente, independentemente da raça.

Também o aconselhamento a outra mulher para fazer a laqueadura não variou significativamente nem com o nível de instrução, nem com a idade das esterilizadas.

Sobre a intenção de ser esterilizada, é interessante destacar que as brancas e negras mais propensas são aquelas com nível médio de instrução, sendo

menor esta inclinação entre as com maior escolaridade. Dado que esta prática cirúrgica surgiu primeiro nos estratos mais favorecidos da população, pode-se pensar que os setores médios abrigam, agora, o que já foram os desejos da classe dominante.

Embora esta intenção diminua com a idade, ainda assim 30% das mulheres na faixa de 35 a 50 anos alimentam o desejo de se esterilizar, valor que parece elevado quando se leva em conta que as chances de engravidar já são declinantes nesta fase do ciclo reprodutivo.

Entre a satisfação, o desejo e a satisfação de um desejo, no campo dos direitos reprodutivos, há sempre um longo caminho a percorrer no dia-a-dia da vida. A disponibilidade de recursos de saúde reprodutiva, livres de discriminação, permitirá que escolhas informadas proporcionem às mulheres - negras e brancas - a possibilidade de satisfação de seus desejos.

Notas

(1) Refiro-me à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1986, realizada pelo IBGE.

(2) Negra corresponde à reunião de parda e preta, segundo o critério de auto-identificação usado nos censos demográficos e nas PNADs.

Referências bibliográficas

BERQUÓ, Elza. "Brasil, um caso exemplar (anticoncepção e parto cirúrgicos) à espera de uma ação exemplar". *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, vol. 1, n.2, 1993.

MORELL, M.G.G. "Anticoncepção em São Paulo em 1986: prevalência e características". In: *A fecundidade da mulher paulista*, São Paulo, Fundação SEADE, Informe Demográfico, n. 25, 1994.

RESUMO - Esterilização e raça em São Paulo. *Uma visão geral da regulação da fecundidade no Brasil aponta para o uso elevado de métodos anticoncepcionais, sendo esses métodos concentrados sobretudo nos hormonais orais e na esterilização feminina. A partir de resultados de pesquisa realizada no Estado de São Paulo sobre Saúde*

Reprodutiva da Mulher Negra em 1992, o artigo reafirma não haver diferença estatística entre as taxas de esterilização de mulheres negras e brancas. A pesquisa acrescenta que essa não diferença se mantém mesmo quando se controla essa prática por nível de escolaridade e renda mensal per capita. O artigo mostra, por fim, a existência de uma "cultura" da esterilização, que está igualmente presente entre mulheres negras e brancas.

ABSTRACT - Sterilization and race in São Paulo. *A general vision of the regulation of fertility in Brazil indicates a high usage of contraceptive methods, specially concentrated on orally administered hormones and feminine sterilization. Analysing the results of research made in the State of São Paulo on Reproductive Health of the Negro Woman, in 1992, the article reaffirms there is no statistical difference between the rates of sterilization of Negro or White women. The research shows this equivalence is maintained even when the results are compared by level of schooling and per capita monthly earnings. The article finally demonstrates the existence of a "culture" of sterilization, equally present among Negro and White women.*

Recebido para publicação em 25/7/94.

Aprovado para publicação em 10/9/94.

DEMOLINDO MURALHAS EM PEQUIM

Elza Berquó¹

Difícil resumir um documento de trezentas páginas, apresentado, discutido e aprovado em Pequim durante a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher: Plataforma para a Ação — Ação para Igualdade, Desenvolvimento e Paz.

Expressos por um conjunto de 362 parágrafos estão diagnósticos sobre situações e questões específicas que marcam a posição discriminada da mulher e da menina no mundo atual, conformada por características e intensidades diversas, segundo região ou país. Assim também propostas de ações concretas, em consonância com objetivos estratégicos, que visam demolir todas as barreiras erguidas para restringir, impedir, negar ou violar os direitos das mulheres.

Dos seis capítulos, o IV — Objetivos e Ações Estratégicas — abriga o cerne da Plataforma ao tratar do peso crescente e persistente da pobreza sobre a mulher; do acesso desigual e inadequado das mulheres às oportunidades educacionais, à saúde e serviços correlatos; da violência contra a mulher; do impacto sobre as mulheres de conflitos armados e outros; da desigualdade de poder das mulheres nas tomadas de decisões; da insuficiente mobilização dos sistemas de comunicação, em especial da mídia, na promoção da contribuição das mulheres à sociedade; da falta de reconhecimento adequado da contribuição das mulheres no manejo dos recursos naturais e na proteção ambiental; da sobrevivência, proteção e desenvolvimento das meninas, e da falta de percepção e de compromisso com os direitos humanos das mulheres, reconhecidos internacional e nacionalmente.

Além disso, a Conferência produziu também a Declaração de Pequim, documento político, de 38 parágrafos, contendo o reconhecimento pelos governos da situação atual das mulheres, da reafirmação de compromissos já assumidos em prol de seus direitos humanos e da determinação de reverter o quadro presente na entrada do próximo milênio.

As reuniões preparatórias para a Conferência faziam antever dificuldades que poderiam consubstanciar retrocessos no caminho que as mulheres de todos os pontos do mundo, com esforço, determinação e esperança, vinham pavimentando rumo a Pequim.

(1) Participou da Delegação Brasileira à Conferência de Pequim na qualidade de assessora, representando a Comissão de Cidadania e Reprodução, da qual é membro do Conselho Diretor.

Redes internacionais, regionais e nacionais de mulheres pela cidadania queriam pelo menos garantir avanços já conquistados, inclusive na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento — Cairo 1994.

O clima reinante nas intermináveis discussões travadas em Pequim nas sessões formais e informais da Conferência provou a disposição por parte de alguns países à retrogradação.

Isto dificultou enormemente o andamento dos trabalhos, tanto na Plataforma quanto na Declaração. Momentos houve em que muitas delegações pensaram em desistir de preparar uma Declaração. Dúvidas sobre a exiguidade de tempo para completar a discussão da Plataforma e finalizar sua aprovação em plenária também andavam soltas pelas artérias da Conferência.

No cômputo geral, um quarto dos 180 países presentes à Conferência fizeram, até o final, reservas a parágrafos estratégicos da Plataforma, incluindo dezoito africanos, dezesseis asiáticos, oito latino-americanos e um caribenho. E a Santa Sé, é claro. Infelizmente nestes três continentes se situam países onde ainda residem os maiores entraves aos direitos humanos das mulheres. Muitos deles, aliás, são os mesmos opositores do Cairo.

Entretanto, o compromisso da maior parte das delegações com a ruína de todas as formas de discriminação contra as mulheres, sustido pela energia e decisão das organizações não-governamentais feministas, resguardou conquistas anteriores e permitiu novos passos na direção de um mundo mais humanitário e equânime.

Dentre os pontos mais polêmicos estão os que tratavam do direito da mulher de controlar a própria fecundidade, dos direitos sexuais, da responsabilidade dos pais e direitos dos jovens na área da sexualidade e reprodução, do aborto ilegal, do direito das meninas à sucessão e herança, da inclusão de raça e etnia dentre as barreiras que impedem o desenvolvimento da mulher.

Como se recorda, a conceituação de saúde reprodutiva, aprovada no Cairo foi questão das mais controversas².

A fim de evitar a missão impossível de ver incluídos explicitamente os direitos sexuais de mulheres e homens no documento final, usou-se no Cairo de um artifício que consistiu em incluir a saúde sexual como parte integrante da saúde reprodutiva, e ao definir direitos reprodutivos, estes abrangeriam implicitamente também os direitos sexuais.

Coube assim à Conferência da Mulher a tarefa de buscar aprovar o parágrafo que chegou a Pequim sob reservas: "Direitos sexuais incluem os direitos individuais de ter controle sobre e decidir com liberdade questões relacionadas à sexualidade, livre de coerção, discriminação e violência. Relações igualitárias entre mulheres e homens em questões de relações sexuais e reprodução, incluindo total respeito pela integridade física do corpo humano, requerem mútuo consentimento e disposição de aceitar responsabilidade pelas consequências do comportamento sexual". União Européia, Japão, Estados Unidos, Canadá, Brasil e Caribe, entre outros, não tinham nenhuma objeção a aceitar esta formulação. Entretanto, os longos

(2) Parágrafo 7.2 aprovado no Cairo: "Saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou incapacidades, em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e às funções e processos. Saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade para se reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência. Implícitos nesta última condição estão os direitos de homens e mulheres à informação e ao acesso a métodos seguros, eficazes, aceitáveis e acessíveis de regulação da fecundidade de sua livre escolha, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que permitam às mulheres gravidez e parto seguros e forneçam aos casais a melhor chance de terem uma criança saudável. Em consonância com esta definição de saúde reprodutiva, assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e bem-estar através da prevenção e solução de problemas de saúde reprodutiva. Inclui também saúde sexual, cujo propósito é a elevação da vida e das relações pessoais, e não apenas aconselhamento e cuidados relacionados à reprodução e doenças sexualmente transmissíveis".

dias de debates em subgrupos com países opositores, liderados pelos fundamentalistas islâmicos e católicos, demonstraram a inviabilidade da proposta. Para eles esta conceituação escondia propósitos de homossexualismo, em particular de lesbianismo, com o que não podiam concordar.

O parágrafo que chegou à plenária diz que "Os direitos humanos das mulheres incluem o direito de terem controle e decidirem livre e responsavelmente sobre questões relacionadas à sua *sexualidade*, incluindo saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. Relações igualitárias entre mulheres e homens em matéria de relações sexuais e reprodução, incluindo total respeito pela integridade da pessoa, requerem mútuo respeito, consentimento e responsabilidade compartilhada no que se refere ao comportamento sexual e suas consequências".

Na leitura feita pela maior parte das mulheres, esta redação veio consagrar, em documento das Nações Unidas, seus direitos sexuais.

Outro avanço importante foi dado também na questão do aborto. Constatado no Cairo como problema de saúde pública e nunca promovido como método de planejamento familiar, exortou-se humanidade para as mulheres forçadas, por motivos vários, a recorrer ao aborto³. Pequim instou governos a considerarem a revisão de legislações que contenham medidas punitivas contra as mulheres que fizeram aborto ilegal. Espera-se que este novo passo inspire países que, como o Brasil, revisam seu Código Penal.

Comoventes são todas as partes do documento que tratam de resgatar os direitos das crianças e, em especial, das meninas, por mais violados. Consistentemente com o artigo 7º da Convenção dos Direitos da Criança, os governos devem tomar medidas que garantam seja a criança registrada logo após seu nascimento, tenha direito a um nome, a uma nacionalidade e a conhecer e ser cuidada por seus pais. Devem evitar todas as formas de discriminação e violência contra as meninas e aprovar ou reforçar legislação que lhes garanta igual direito de sucessão e herança. Por mais humana e justa que possa parecer, esta última asseveração encontrou séria resistência por parte de blocos de países onde a mulher ainda ocupa um *status* de grande ou total subordinação.

Ainda no campo dos direitos das crianças e jovens teve continuidade em Pequim a discussão aberta no Cairo quanto aos direitos de acesso à informação, privacidade, confidencialidade, respeito e consentimento informado, no que se refere aos conhecimentos sobre sexualidade e reprodução. Este aspecto reveste-se da maior importância em face da pandemia mundial de HIV/Aids e do crescente número de adolescentes grávidas. Ainda assim, muita obstrução foi colocada, tendo à frente o Vaticano. No sentido de contornar este obstáculo, enfatizaram-se em Pequim as responsabilidades, direitos e deveres dos pais ou responsáveis legais de fornecer, de forma consistente com a capacidade evolutiva da criança, direção apropriada e orientação no exercício desses direitos pelas crianças. Acentuou-se ainda que em todas as ações que disserem respeito às crianças, seus interesses devem receber consideração prioritária.

A Plataforma para Ação reconheceu também que dentre os fatores, como cultura, religião, língua, idade e incapacidade, que obstaculizam o

(3) Parágrafo 8.25 do Cairo: "Em nenhum caso o aborto deve ser promovido como um método de planejamento familiar. Todos os governos e organizações intergovernamentais e não-governamentais relevantes são instados a fortalecer seus compromissos com a saúde da mulher, a considerar o impacto na saúde do aborto inseguro [ver observação abaixo] como grave problema de saúde pública, e a reduzir o recurso ao aborto, através da expansão e melhoria dos serviços de planejamento familiar. Prevenção de gravidezes indesejadas precisa sempre receber a mais alta prioridade e todo esforço deve ser feito para eliminar a necessidade do aborto. Mulheres com gravidezes indesejadas devem ter pronto acesso a informação confiável e aconselhamento compassivo. Medidas ou mudanças relacionadas ao aborto dentro do sistema de saúde só podem ser determinadas em nível nacional ou local, de acordo com os processos legislativos nacionais. Nas circunstâncias em que o aborto não seja contrário à lei, deve ser seguro. Em todos os casos as mulheres devem ter acesso a serviços qualificados para o atendimento de complicações advindas do aborto. Aconselhamento, educação e serviços de planejamento familiar devem ser oferecidos logo após um aborto, no sentido de ajudar a mulher a evitar sua repetição". Aborto inseguro é definido como um procedimento para terminar uma gravidez indesejada realizado seja por pessoa sem a necessária capacitação seja em ambientes sem as mínimas condições sanitárias, ou ambos.

desenvolvimento da mulher em condições igualitárias, estão os raciais e étnicos. Este acordo se travou em um campo aparentemente contraditório. De um lado, Estados Unidos e Brasil a favor da menção explícita de raça e etnicidade nas estatísticas e desagregação de dados a fim de documentar a injustiça social que se abate sobre a população não-branca, discriminada pelo racismo. De outro lado, a União Européia contra a explicitação desses fatores, no sentido de proteger estes segmentos contra a discriminação. Na posição de fiel da balança, o Caribe, representado por Barbados e o bloco africano, representado pelo Senegal, a favor de raça porém contra etnia.



Esta tentativa de introduzir um pouco do clima da Conferência de Pequim, preparada na agenda e no conteúdo como o resultado de um esforço concentrado de milhões de mulheres, objetiva transmitir um sabor de conquista e de vitória. Não houve retrocessos. E para tanto o Cairo se configurou como um marco importante. Tanto assim, que diversos parágrafos da Plataforma são transcrições fiéis daqueles do Plano de Ação. Pode-se, sem sombra de dúvidas, afirmar que muralhas, há muito levantadas contra os direitos humanos das mulheres, foram abaladas. Resta esperar que ao ruírem descortinem um novo tempo onde mulheres e homens se reconheçam com humanidade e se estimem.

Elza Berquó é pesquisadora sênior do Cebrap e do Núcleo de Estudos de População (Nepo) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Novos Estudos
CEBRAP
N.º 43, novembro 1995
pp. 3-6

PALESTRA - A SAÚDE REPRODUTIVA NO CONTEXTO ATUAL

Elza Berquó
Núcleo de Estudos de População
Universidade Estadual de Campinas
Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
Comissão Nacional de População e Desenvolvimento

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar : anticoncepção e parto cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 366-381, 1993.
- BERQUÓ, Elza. Cairo. O sucesso da arte do diálogo. *Cadernos CIM*. São Paulo, n.1, p. 43-45.
- _____. Saúde sexual e reprodutiva de quarentena até o Cairo. *CFÊMEA*. Brasília, v.3, p.6-7. jul. 1994.
- _____. **A saúde reprodutiva das mulheres na “década perdida”**. São Paulo: 1995. (Versão em Português do trabalho apresentado no workshop “Rapid Fertility Decline in Brazil and India: social determinants and consequences”, Harvard Center for Population Studies, Cambridge).
- _____. Esterilização e raça em São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v.11, n.1, 1994.
- _____. Demolindo Muralhas em Pequim. *Novos Estudos CEBRAP*. São Paulo, n43, p.3-7, nov. 1995.

5º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade

Material Organizado para o
5º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade
Núcleo de Estudos de População - NEPO
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Caixa Postal: 6166
13081-970 - Campinas - SP
Telefax: (019) 239.4000 - Fone: (019) 239.8576

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
NEPO - Núcleo de Estudos de População