

# DIREITOS REPRODUTIVOS E POLÍTICAS DESCARTÁVEIS

MARISKA RIBEIRO

Os direitos da reprodução têm sido a reivindicação primeira e mais significativa do movimento de mulheres no mundo inteiro. Constituem os direitos que as mulheres têm - ou deveriam ter - de viver a sexualidade a partir de seus desejos, desvinculando-a ou não da maternidade. Incluem, em sua conceituação, a responsabilidade do homem nas consequências da vida sexual, responsabilidade essa tradicionalmente delegada às mulheres. E reclamam ainda a ação da sociedade que deve obrigar-se, através de políticas públicas, a garantir às mulheres instrumentos capazes de ampará-las para que suas escolhas possam ser conscientes, dentro de um contexto que lhes facilite a tomada de decisões.

Evidencia-se, portanto, a importância das políticas de saúde, das quais se espera que contenham, em seu espectro de abrangência, ações destinadas à prevenção de doenças e à promoção do bem-estar nas várias etapas da vida reprodutiva, assim como mecanismos necessários à implementação de serviços capazes de fornecer orientação, insumos e acompanhamento indispensáveis à regulação da fecundidade.

Falar de "direitos reprodutivos" num país onde os índices de aborto provocado, de esterilizações precoces, de partos por cesárea seguidos de ligaduras de trompas e de mortalidade no parto e no puerpério alcançam níveis inadmissíveis, implica tentar compreender os descaminhos por onde se perdem as políticas públicas tantas vezes bem intencionadas e formuladoras de programas modernos, mas incapazes de atualizar, em ações eficazes, as diretrizes desses programas.

Rastrear esse processo no que diz respeito à implantação de uma política de saúde coerente, formulada a partir do sonho de garantir à maior parte da população brasileira os direitos da reprodução e apontar-lhe as distorções, é a contribuição que se pretende trazer neste trabalho.

Sexualidade é um conceito complexo que pressupõe dimensões biológicas fundamentadas nas diferenças anatômicas entre homens e mulheres, dimensões fisiológicas relativas ao funcionamento físico-químico do aparelho reprodutor, dimensões psicológicas que se traduzem por manifestações do inconsciente (desejos, sonhos, fantasmas) e dimensões sociais correspondentes ao desempenho de papéis sexuais socialmente definidos. Falar aqui de sexualidade exige, portanto, tratá-la em toda a amplitude e diversidade de seu conceito.

Na segunda metade do século XX, a sexualidade das mulheres foi tirada da sombra onde sempre viveu, condenada ao silêncio pelas limitações naturais da biologia, que a confundia, obrigatoriamente, com a procriação e também pela moral da sociedade judaico-cristã, onde o patriarcalismo jamais lhe permitiu expressão fora dos estreitos limites da vida reprodutiva. A partir dos anos 60, a sexualidade feminina, com tudo que contém de específico, tornou-se "visível e audível" em todo o mundo pela voz do movimento das mulheres, em cujo contexto o reconhecimento do corpo como instrumento de prazer cunhou o *slogan* "nosso corpo nos pertence".

As propostas do movimento de mulheres abriram a possibilidade do controle dos aspectos naturais da sexualidade, modificaram substancialmente sua expressão sócio-cultural e provocaram a emergência de seus até então reprimidos conteúdos psicológicos ou inconscientes, o que proporcionou às mulheres maior autonomia sobre o corpo, melhor escuta de suas linguagens objetivas e subjetivas e as conduziu à compreensão da estreita - indissolúvel - relação entre saúde e sexualidade. Impossível pensar em sexualidade bem vivida num corpo doente, impossível pensar em corpo sadio sem sexualidade bem vivida.

Ganhou, assim, importância em todo o mundo a especificidade da atenção à saúde das mulheres, reivindicação que permeou as instituições, buscando ampliar nelas espaços de informação e atendimento capazes de assegurar à população feminina o amparo na regulação da fecundidade, na prevenção e no tratamento de doenças do aparelho genital e na manutenção da saúde como um todo.

Saúde, como a OMS a define, "é um estado de completo bem-estar físico, mental e social" e não apenas a ausência de enfermidade. Esse conceito ultrapassa a idéia da saúde assegurada apenas pelo atendimento técnico-científico que a medicina possa propiciar e remete à dependência da "qualidade de vida", que só se obtém pelo interjogo entre responsabilidades individuais e responsabilidades do Estado, cujas atribuições incluem a construção e a implementação de políticas sociais.

Configura-se, portanto, quando se fala em direitos da reprodução, a interdependência entre sexualidade, saúde e políticas públicas.

## Políticas de saúde no Brasil e no Rio de Janeiro

A ineficácia da saúde pública no Brasil de hoje não se apóia somente na falta de recursos financeiros decorrente da crise econômica sem precedentes por que passa o país, geradora, por sua vez, de um quadro de deficiências de recursos técnicos e humanos indispensáveis a um mínimo de qualidade no atendimento à população. Não pode ser, também, creditada apenas à desmotivação dos insuficientes funcionários, face aos baixos salários e à desvalorização profissional de que são vítimas. Embora todas essas circunstâncias componham o "relevo", o quadro dramático por que se representa hoje a rede oficial de saúde, é preciso olhar atentamente o fundo, onde outro desenho se repete contínua e insistentemente, cobrindo toda a extensão do quadro.

O desenho de fundo reflete políticas públicas bem traçadas, quase sempre coerentes com as aspirações de justiça social e modernidade, formuladas a partir de assessorias progressistas de insuspeitada competência. Apesar disso, não se concretizam em ações que proporcionem benefícios reais aos usuários dos serviços médicos da rede.

Não se trata de nenhuma constatação nova o fato de que as administrações públicas se constituem, na maior parte das vezes, em estratégias eleitorais, capazes de favorecer interesses políticos e de garantir a ascensão ao poder ou a manutenção dele. Esse caráter de degrau confere aos cargos públicos uma condição privilegiada de "palco" ou "pódio", onde é preciso mostrar *performances* e exibir troféus. Não é de se estranhar, portanto, que a cada gestão as políticas públicas, formuladas em função dos interesses da população como um todo, sejam alienadas desses fins para coadjuvar ou justificar um conjunto de atuações voltadas mais para o efeito pirotécnico que possam produzir do que para atender a quem precisa e faz jus a elas.

No Brasil, como qualquer observador um pouco mais atento pode perceber, é impensável que um administrador dê continuidade a políticas, a programas ou a projetos iniciados por aqueles que o precederam. Grande parte do período de qualquer nova gestão gasta-se em desmanchar os rastros do antecessor, desfazer vestígios, apagar lembranças do grupo que saiu do poder. É preciso trocar tudo de lugar, de mesas e cadeiras até funcionários do primeiro ao terceiro escalões, porque as novas equipes deverão ser completamente descomprometidas com as idéias e propostas da gestão anterior e, sobretudo, porque a "dança das cadeiras" facilita o clientelismo e favorece interesses partidários. *Rei morto, rei posto, esqueça-se tudo, recomece-se do nada, terra arrasada, zero no velocímetro.*

Nos últimos cinco anos o Brasil teve sete Ministros da Saúde. No plano Estadual e Municipal, é sabido que o cargo de secretário é quase sempre trampolim e mola para as aspirações ao Legislativo, o que leva os titulares a raramente concluírem os mandatos, desincompatibilizando-se antes para

concorrer a cargos eletivos. Não admira, portanto, o estado de calamidade pública em que se encontra hoje esse setor governamental. No entanto, não se pode acusá-lo de não ter sido capaz de produzir, nos últimos anos, políticas progressistas e revolucionárias no sentido de modernizar-se e de aumentar a eficiência.

É exemplo de dicotomia entre discurso e ação do Estado o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher -, cujo histórico ilustra bem essa questão.

## O PAISM

No Brasil, os ecos do movimento de mulheres chegaram na primeira metade dos anos 70 e foram sendo absorvidos e adaptados através do mesmo processo que caracterizou o movimento no mundo inteiro. Grupos de mulheres - que se auto-denominavam grupos de reflexão - se formaram para trocar experiências sobre a vida, tentando resgatar sua identidade sexual e social. Nesses grupos gestou-se um discurso novo sobre sexualidade e saúde, inspirado no discurso universal do movimento das mulheres, mas retraduzido a partir da realidade brasileira e condicionado pelo momento político que o país vivia. Grupos feministas e ONGs - Organizações Não Governamentais - dedicadas à educação popular logo se constituíram em lugar de experimentação e difusão do ideário forjado a partir dos grupos de reflexão, mas se viram compelidos, face à reação veemente que encontraram por parte da Igreja Católica, a mascarar as propostas de liberação sexual sob a bandeira de reivindicações por melhores condições de saúde ou, mais recentemente, invocando os recém-descobertos e assumidos direitos da reprodução.

Construiu-se a partir daí um discurso que iria impactar a velha controvérsia anti-natalistas e anti-controlistas que se polarizava em torno de metas demográficas ideais para o país no final deste século e cuja única preocupação em torno da vida reprodutiva das mulheres se traduzia em índices de fecundidade crescentes ou decrescentes. Assim colocada, a questão mobilizava defensores fervorosos de ambas as posições tais como o EMFA - Estado Maior das Forças Armadas - e a Igreja Católica de um lado, e as pressões internacionais de outro, o que acabou por sufocar todas as tímidas tentativas de definição de políticas sobre essa questão (PREV - Saúde, Gravidez de Alto Risco, entre outras).

No espaço deixado pela omissão do Estado, triunfaram as pressões internacionais, que conseguiram espalhar pelo país entidades controlistas, as quais, embora sem reconhecimento oficial do governo brasileiro, promoveram - elas sim - uma bem sucedida política de controle de natalidade, distribuindo pílulas anticoncepcionais aleatoriamente e "equipando" clínicas oficiais e particulares em troca do compromisso de um número pré-estabelecido

de ligaduras de trompas. O exemplo mais evidente entre essas entidades é o da BEMFAM, que tem caráter nacional, e que teve sua ação nesses últimos anos largamente denunciada por todos os setores progressistas do país, mas cujas atividades continuam não só impunes como reconhecidas de "utilidade pública" pelo governo brasileiro.

Foi contra esse estado de coisas que se insurgiu o discurso feminista, discurso esse gerador de idéias que permearam a formulação do PAISM em 1983/1984 no âmbito do Ministério da Saúde (DINSAMI - Divisão Materno-Infantil).

Por contar com feministas na equipe técnica que o elaborou e por ter incorporado experiências das ONGs de mulheres (o IDAC entre elas), o PAISM surgiu como uma esperança para todas as brasileiras porque incluía diferenças fundamentais das políticas de saúde que anteriormente se destinavam a elas, extrapolando suas intenções para além do atendimento à maternidade (gravidez, parto, puerpério) e incluindo em suas propostas a informação, o atendimento, o fornecimento de insumos e o acompanhamento para a prática da contracepção. E estendia seu espectro de atendimento a mulheres de todas as idades, fora mesmo do ciclo reprodutivo.

O caráter de resposta às reivindicações do movimento social confere ao PAISM um sopro de modernidade entre outras políticas vigentes. Bem aceito pela classe política e aplaudido por vários setores da sociedade civil, o PAISM desagradou entretanto a Igreja Católica, adversária ferrenha - pelo menos até há bem pouco tempo - de qualquer proposta de contracepção que não passasse pela abstinência sexual, só considerando aconselháveis os métodos naturais.

Esse veto, colgado a todo o quadro de descontinuidade administrativa e de oportunismo político traçado anteriormente, tem sido fatal até hoje para o destino do programa.

Há quase 10 anos o PAISM se arrasta de fracasso em fracasso sem conseguir viabilizar-se a não ser em curta medida e recentemente nos municípios de São Paulo e do Rio de Janeiro. Muda constantemente o nome, vira PAISMC porque nele se inclui a criança, passa a ser chamado PAISMCA porque se pretende que a sua ação atinja adolescentes, volta a ser PAISM, mas não responde adequadamente a qualquer de suas propostas básicas.

Só não foi completamente desativado graças à ação vigilante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (hoje ele próprio desativado), dos Conselhos Regionais correlatos e do movimento de mulheres como um todo. A recém-criada Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos - articulação política nacional de ONGs e feministas que trabalham essas questões - envida, hoje, ingentes esforços no sentido de reanimá-lo.

## Uma tentativa de interação ONG - Estado

O IDAC é uma ONG que atua no Brasil desde 1980 e que tem em seu Projeto-Mulher um posto avançado de reflexão feminista e de aprofundamento das questões sócio-culturais que envolvem as mulheres brasileiras, trabalho este que embasa e apóia programas educativos destinados a mulheres de todos os segmentos sociais, com prioridade para aquelas de classes populares ou para segmentos intermediários que possam vir a atingir essas últimas.

Por convite e intermediação do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (CEDIM - RJ), desde 1988 o IDAC tenta implantar, junto à rede pública de saúde, um programa educativo que prevê o repasse, a profissionais da rede, de uma proposta metodológica de reflexão e de transmissão de conhecimentos no que diz respeito a corpo/saúde/sexualidade/direitos de cidadania, proposta esta formulada a partir de experiências de base em Paraty (1982-1985) e Nova Iguaçu (1986-1987).

O programa pretendeu sempre estar a serviço do PAISM e de sua implantação, uma vez que essa fora a delegação recebida do CEDIM - RJ.

Embora absolutamente sintonizadas com a filosofia do PAISM, não conseguimos nos articular com a coordenação regional do programa. Após quatro meses de infrutíferos esforços nesse sentido e já de posse do financiamento da LBA, partimos para um contato direto com a Sub-secretaria de Saúde do estado, que se encarregou, ela própria, de promover nossa aproximação junto às prefeituras municipais.

Quando o IDAC iniciou seu trabalho, já encontrou várias prefeituras municipais conveniadas com a BEMFAM, as quais por isso mesmo não se interessaram em dar desdobramento ao projeto como foi apresentado.

Em cinco anos de trabalho conseguimos oferecer oportunidades de capacitação à totalidade dos municípios do Rio de Janeiro, dos quais apenas 53 atenderam a nosso convite. Destes, 41 incorporaram a proposta à prática cotidiana de pelo menos uma de suas unidades médicas, montando aí experiências educativas de grupo ou promovendo intervenções periódicas em escolas, creches e comunidades rurais. A continuidade do projeto não obedeceu à nossa pretensão fundamental que visava a criação de espaços permanentes de reflexão e aprendizagem para mulheres.

Entretanto, graças quase que exclusivamente ao esforço e à criatividade dos profissionais envolvidos, a proposta encontrou desdobramentos diferenciados em cada município, desdobramentos estes cuja amplitude de ações ou duração dependeu sempre do desejo político das autoridades locais (prefeito, secretário etc) além, é claro, das disponibilidades de recursos humanos, espaciais e financeiros específicos.

Como não podia deixar de acontecer, a implantação do programa gerou, junto à Coordenadoria Regional do PAISM, um considerável aumento de demanda por métodos contraceptivos, por exames laboratoriais, por

capacitação técnica de profissionais para ações que necessitam intervenção especializada (colocação do DIU, por exemplo) e por materiais didáticos e Informativos para serem distribuídos em larga escala. A resposta foi nula na quase totalidade dos casos. A ausência de resposta do PAISM à boa disposição dos municípios de implantarem ações destinadas a favorecer a prática da contracepção determinou dois tipos de situação igualmente indesejáveis: o esvaziamento do programa educativo em alguns casos e, em outros, a associação com a BEMFAM que ainda dessa vez aproveitou as brechas abertas pela inoperância do Estado para introduzir-se junto às prefeituras municipais. Cansados de esperar pelo PAISM, os municípios começaram a estabelecer convênios com a BEMFAM. A advertência constante do IDAC contra os perigos dessa aliança esbarram sempre na falta de alternativas que possam ser oferecidas a curto prazo.

No Encontro Estadual de Profissionais de Saúde do IDAC, em 1991, mais de 35 municípios do Estado já estavam conveniados com a BEMFAM. A coordenadora Regional do PAISM admitiu, neste momento, que todos os municípios onde o PAISM se considerava implantado recebiam insumos provenientes da BEMFAM.

Exceção deve ser feita aqui ao município do Rio de Janeiro que desde 1990 vem implantando o PAISM com recursos exclusivos da prefeitura. Honrosa exceção em um estado em que a esterilização continua a ser o método prevalente entre as mulheres, e em que anticoncepcional é sinônimo de pílula, única maneira não definitiva que as mulheres utilizam para regular a fecundidade.

A idéia de opor o PAISM à BEMFAM vem até agora redundando em fracasso no estado do Rio de Janeiro. Ao contrário, o que tem ocorrido é uma aliança entre os dois programas, aliança essa que - embora não planejada, como insistimos em acreditar - tornou-se inevitável face à indiferença das autoridades sanitárias desse país. E como a BEMFAM - apesar da recente tentativa da entidade de cooptar o discurso feminista - continua a privilegiar métodos definitivos ou de alta eficácia no que diz respeito à contracepção, as mulheres continuam sem direitos a escolhas autênticas e bem fundamentadas quando se trata da regulação de sua fecundidade. Ao contrário, a escolha bipolar entre pílula e esterilização continua sendo a única possível para a maior parte das mulheres fluminenses.

Os direitos da reprodução no Brasil por enquanto não passam de uma idéia moderna e sofisticada produzida a partir do discurso feminista que aqui ecoa desde os anos 70. Embora encontrando ressonância capaz de impregnar o discurso oficial sobre a saúde reprodutiva, não se mostrou eficaz no sentido de atualizar-se em políticas públicas capazes de garantir às mulheres a vivência tranqüila da sexualidade.

A contradição entre a abrangência de intenções do PAISM enquanto proposta filosófica e sua ineficiência no atendimento às necessidades das

mulheres obedece a fatores objetivos como crise econômica, burocracia emperrada, descontinuidade administrativa, clientelismo, corporativismo e conflitos político-ideológicos entre os diversos poderes constituídos, mas tem suas raízes, também, em distorções culturais que atribuem pouca ou nenhuma importância à sexualidade das mulheres, mesmo quando as consequências dessas distorções atingem-nas profundamente em sua saúde física e mental. Essa situação se traduz no menosprezo pelo universo feminino, cuja cultura específica não é levada em conta na rotina das instituições. E emerge claramente na omissão, cumplicidade, conivência das instituições que vêm permitindo que nos últimos 10 anos a esterilização se eleja entre as mulheres brasileiras como solução contraceptiva privilegiada e que o aborto provocado coloque o Brasil entre as mais altas estatísticas da OMS com números próximos dos três milhões de abortos por ano.

A posse de um corpo sadio e bem tratado, preservado das mutilações provocadas por partos e abortos mal feitos, por ablações de mama ou de colo de útero em casos de câncer que poderiam ter sido prevenidos com exames periódicos, o tratamento adequado de doenças sexualmente transmissíveis e informações precisas sobre sua prevenção, o conhecimento e o acesso aos métodos anticoncepcionais, o apoio psicológico nas crises existenciais fornecido por grupos de mulheres ou por profissionais especializados seriam alguns fatores capazes de ajudar, significativamente, as mulheres brasileiras no exercício de sua vida sexual e reprodutiva. Na prática, entretanto, esses fatores não são levados em conta pelas políticas públicas vigentes no país. Onde os direitos reprodutivos estão ainda bem longe de ser conquistados. Infelizmente.