

Enfim, falar do direito ao aborto implica resgatar a radicalidade do feminismo trinta anos depois (4), para que o discurso sobre a opressão das mulheres, que tem nas experiências vividas durante as situações de aborto clandestino a sua maior expressão, não se torne desencarnado da própria concretude do sujeito mulher.

Silvia Pimentel é professora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), representante do Brasil no Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (Cedaw), da ONU.

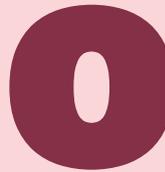
Wilza Villela é médica psiquiatra, professora visitante do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villela, W. *Advocating for abortion access*. Johannesburg: University of Witwatersrand; 2001.
2. Boemer, M.R., Mariutti, M.G. "Women facing abortion: an existential approach". *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(2):59-71.
3. Oliveira, M.E. "Aborto: desafios da legalidade". Recife: *Cadernos SOS Corpo*. Vol. 2; 1998.
4. Delphy, C. "Para redescobrir o feminismo". *Le Monde Diplomatique Brasil*. [magazine on line]. Maio de 2004 [acesso em 2 abril 2011]. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/acervo.php?id=1158&tipo=acervo>.

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES NO BRASIL: CONQUISTAS RECENTES E DESAFIOS PREMENTES

José Gomes Temporão



O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi criado em 1983 no contexto da redemocratização do país e na esteira da Conferência de Alma-Ata (1978), que definiu as bases da atenção primária em saúde. Os movimentos sociais e os movimentos de mulheres, principalmente o movimento feminista, influenciaram a construção do programa (1).

Paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS. A implementação do Programa nos anos 1990 foi influenciada pelas características dessa nova política de saúde e norteada pelos princípios da integralidade e da equidade da atenção.

Em 2004, o programa foi transformado na **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. O intuito da política é promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da: (i) garantia de direitos; e (ii) ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

Este artigo vai apresentar os principais avanços na área dos direitos sexuais e direitos reprodutivos alcançados na última década e destacar que, apesar das conquistas de cidadania verificadas nesse período, a agenda pública nessa área necessita romper preconceitos arraigados em alguns setores da sociedade para que possamos vislumbrar, a curto prazo, melhores indicadores de morbimortalidade da mulher brasileira.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO INTEGRAL

A ampliação do acesso pelas mulheres aos métodos contraceptivos representa indicador importante para avaliar a atenção à saúde da mulher. Em 2006, 99% das mulheres que participaram da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)(2) afirmaram conhecer ou ter ouvido falar de algum método contraceptivo. A prevalência de uso de métodos chega a alcançar 55% já nas primeiras idades (15-19 anos). Mais de 90% das mulheres unidas em todas as idades já praticaram algum tipo de anticoncepção, especialmente pelo uso de métodos modernos de alta eficácia (pílula, injetáveis, preservativo, entre outros). Em relação ao uso de preservativos, a Pesquisa Nacional de Comportamentos e Atitudes (3) (PCAP), de 2008, revelaram que 57,6% das mulheres em idade fértil afirmaram ter utilizado o preservativo na primeira relação sexual. Em 2004, esse número era de 54,3%.

O número de atendimentos clínicos (4) para indicação e fornecimento de diafragma e indicação de procedimento e inserção de dispositivo intrauterino no período de 2003 a 2008 indica, igual-

mente, aumento significativo no acesso das mulheres aos métodos anticoncepcionais. No ano de 2008 foram verificados 202.661 atendimentos, enquanto em 2003, foram 142.932.

A pílula anticoncepcional de emergência, também conhecida como pílula do dia seguinte, é outro recurso disponibilizado na rede de atenção do SUS. Ela é utilizada com o objetivo de evitar gravidez indesejada em situações excepcionais, não devendo ser usada na rotina, em substituição a outros métodos anticoncepcionais. Esse recurso é fornecido desde 2003 aos municípios que possuem população igual ou superior a 50 mil habitantes. O Ministério da Saúde disponibilizou no período de 2003 a 2010, aos estados e municípios o montante de 1.565.244 milhão de cartelas.

ATENÇÃO HUMANIZADA OBSTÉTRICA, NEONATAL E AO ABORTAMENTO

Na atenção aos direitos reprodutivos, o acesso à consulta de pré-natal de qualidade é um dos indicadores utilizados para avaliação. Em um período de dez anos, aumentou significativamente o acesso às consultas. A realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, ocorreu em 74% das gestações, para usuárias do SUS, em 2006.

Segundo a PNDS 2006, 3,6% das mulheres não se submetiam a nenhuma consulta pré-natal. Em 1996, esse número era de 31,9%. A realização de quatro consultas ou mais de pré-natal teve aumento em 13% (de 77% para 90%) no mesmo período. No ano de 2008 foram registradas no sistema de informação ambulatorial mais de 19.465.622 consultas de pré-natal.

A assistência pré-natal é um momento importante para diminuir a incidência da sífilis congênita e da transmissão do HIV da mãe para o bebê, com diagnóstico precoce e tratamento adequado. Com uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes, estima-se que 12.456 recém-nascidos sejam expostos ao HIV anualmente (Estudo Sentinela Parturientes, 2004). Já a prevalência de sífilis em parturientes encontra-se em 1,6%, cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo HIV, representando cerca de 50 mil gestantes infectadas, com estimativa de 12 mil casos de sífilis congênita (5).

Uma das estratégias para diminuir esses índices, foi o desenvolvimento do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs, que tem como elemento fundamental o enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades às quais as mulheres brasileiras estão sujeitas. O plano consolida o compromisso que vem sendo assumido historicamente pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres em afirmar e efetivar os direitos assegurados às mulheres, nos tratados internacionais e na legislação brasileira, e implementar políticas para a redução das desigualdades em nosso país.

REDES DE APOIO CONTRA A VIOLÊNCIA EM MULHERES A violência contra a mulher ainda representa um grande desafio para todas as políticas públicas. Segundo os dados do Sistema de Vigilância de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, no ano de 2007 foram registrados 9.038 casos de violência, dos quais em 74,4% as vítimas eram mulheres. A maior proporção de ocorrência

de violência foi observada entre as crianças e jovens de 10 a 19 anos (27,7%), seguidas das mulheres de 20 a 29 anos (21%) e de crianças de 0 a 9 anos (17,2%).

Em relação à violência sexual, o país contava em outubro de 2009 com 481 serviços hospitalares e demais unidades de saúde qualificadas para atender especificamente esse tipo de situação de violência sexual cometida contra mulheres e adolescentes. Deste total, 60 unidades de saúde realizam o procedimento de aborto por razões médicas e legais. Em 2008, foram realizados 3.284 procedimentos médicos dessa natureza. Oferecer segurança para as mulheres que têm o direito garantido em lei de interromper uma gestação por consequência de violência sexual representa questão central para o respeito aos direitos reprodutivos.

O Ministério da Saúde, em 2009, incorporou na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) o medicamento misoprostol. Este é utilizado em situações obstétricas específicas (6; 7) e, ainda, para a realização de interrupção da gravidez prevista em lei. Dessa maneira, o Ministério da Saúde, ao assumir o financiamento do misoprostol utilizado na rede de saúde, traz um componente para a atenção à saúde, essencial para a redução significativa das mortes maternas.

Por outro lado, não existem dúvidas de que ainda é alto o número de abortos feitos em condições de clandestinidade nos países da América Latina e Caribe. No Brasil, desde os anos 1980, registra-se em pesquisas a subnotificação das mortes por aborto, apontadas como as mais mal notificadas dentre as mortes maternas (8). Mais do que isso, a ilegalidade não os têm impedido, mas apenas piorado as condições em que são realizados e agravados os riscos inerentes a essa prática. Nesse contexto, o aborto feito em condições de insegurança representa em nosso país sério problema de saúde pública. Em 2009, foram realizados 200,6 mil atendimentos nos quais a causa registrada era de aborto em condições de insegurança. São situações que colocam em risco a integridade física e psíquica das mulheres.

O tema do aborto é controverso e envolve valores e dogmas religiosos. A prática do aborto inseguro evidencia diferenças socioeconômicas, culturais, étnico-raciais e regionais.

Entretanto, é premente estabelecer amplo debate público para que a sociedade possa se manifestar em torno da atual legislação. As mulheres devem ter autonomia sobre sua sexualidade e seu corpo e o debate do aborto deveria ser guiado pelo bem comum da sociedade. Do ponto de vista da saúde pública, a situação atual de mortes de mulheres em plena capacidade reprodutiva é insustentável. Nessa direção, e coerentes com as bases democráticas do país, defendemos a instalação de amplo processo de debate nacional sobre o tema que culminaria em manifestação da sociedade em voto plebiscitário. A descriminalização do aborto seria, do nosso ponto de vista, medida de grande impacto para a reversão dos atuais indicadores de morbimortalidade feminina.

José Gomes Temporão é médico, graduado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com especialização em doenças infecciosas e parasitárias (UFRJ), mestrado em saúde pública (Fiocruz) e doutorado em saúde coletiva (UERJ). Foi ministro da Saúde de 2007 a 2010.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osis, M.J., Hardy, E., Faúndes, A, Alves, G. "Factors associated with prenatal care among low income women in the State of São Paulo, Brazil". *Rev Saúde Pública*. 1993;27(1):49-53,;
2. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006. Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf (acesso em 20/03/10).
3. "Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionada às DST e Aids da população brasileira de 15 a 64 anos de idade". 2008. Disponível em <http://www.aids.gov.br/> (acesso em 20/03/10).
4. DataSUS/MS, 2010.
5. Szwarzwald, C.L. "Relatório: primeiros resultados do estudo-sentinelá parturiente". 2005. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> (acesso em 20/03/10).
6. Faúndes, A. *In: Uso de misoprostol em obstetrícia e ginecologia*. 2ª Edição. Flasog, 2007. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/Manual_Misoprostol_Portugues.pdf (acesso em 30/03/10).
7. Anvisa. Resolução RDC nº 7, de 26 de fevereiro de 2009. Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 27 de fevereiro de 2009. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/> (acesso em 30/03/10).
8. Valongueiro, S. *In: Anais do 12º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20\(Materna\)%20por%20Aborto%20%20Fontes,%20Métodos.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20(Materna)%20por%20Aborto%20%20Fontes,%20Métodos.pdf) (Acesso em 30/03/10).

O TEMA DO ABORTO NA IGREJA CATÓLICA: DIVERGÊNCIAS SILENCIADAS

Maria José Rosado-Nunes

FUNDAMENTOS DO DISCURSO OFICIAL CATÓLICO E A PRODUÇÃO DE UM CONTRADISCURSO

Inúmeras pesquisas já demonstraram a defasagem entre as proposições da moral sexual católica tradicional e as práticas dos/as fiéis nesse campo (1, 2). Bem menos conhecida e divulgada é a existência, no campo do discurso católico, de um corpo argumentativo de caráter religioso, que afirma a validade ética da decisão pelo aborto em determinadas situações. Trataremos desses argumentos e apresentaremos, em seguida, o corpo argumentativo que caracteriza o discurso oficial da Igreja Católica em suas proposições condenatórias do aborto. Embora haja uma aparência de homogeneidade absoluta na instituição com relação a essa condenação, existe no interior do pensamento católico um contradiscurso de caráter dialógico e não dogmatizante, em geral silenciado pela hierarquia eclesiástica. Explicitaremos posteriormente os pontos centrais da reflexão desenvolvida pelo discurso católico que encontra validade ética em situações nas quais as mulheres recorrem à interrupção da gravidez.

O CONTEÚDO ARGUMENTATIVO PRESENTE NOS DOCUMENTOS DA IGREJA CATÓLICA

A análise dos documentos da hierarquia católica sobre o aborto indica algumas constantes em sua argumentação condenatória. Apoiando-se na tradição cristã, nas intervenções anteriores do magistério e em dados retirados da ciência, a doutrina oficial católica sobre a moralidade do aborto é clara, taxativa e se propõe como definitiva. Os argumentos apresentados pelos documentos oficiais da Igreja apresentam-se como um verdadeiro bloco discursivo, constituindo-se numa espécie de fortaleza doutrinária estabelecida em torno da condenação do aborto (3). O elemento central dessa argumentação é a defesa da vida, reiterada como um princípio absoluto, imutável e intangível. A existência de uma pessoa humana, sujeito de direitos, desde o primeiro momento da concepção é o pressuposto para se considerar a interrupção de uma gravidez como um ato homicida em qualquer momento da gestação e sob quaisquer condições. Assim, esses dois elementos – a sacralidade da vida humana e a condição de pessoa do embrião – fundam a condenação incondicional do aborto, integrando argumentos de ordem religiosa, moral e biológica. A autoridade da Igreja em questões éticas associa-se à desconfiança em relação aos valores morais da sociedade contemporânea e à proposição da universalidade de princípios estabelecidos como inerentes à natureza humana.

O ARGUMENTO DA DEFESA DA VIDA A condenação da interrupção voluntária da gravidez funda-se numa proposição de fé, segundo a qual a vida humana tem caráter sagrado por ser um dom divino. Paulo VI, citando Pio XII, não deixa dúvidas: "Cada ser humano,