

JORNAL DA
Redessaúde

N.º 15 - maio de 1998

Informativo da Rede Nacional Feminista
de Saúde e Direitos Reprodutivos



**Morte Materna
no Brasil**

**Monitoramento
do Plano de
Ação do Cairo**

**Saúde Mental
e Gênero**



Capa:
Pablo Picasso, Nu Sentado,
1905, Museu Nacional
de Arte Moderna, Paris

Outras obras reproduzidas
nessa edição:

René Magritte, A Mania das
Grandezas, 1967, Galeria
Alexandre Iolas, Paris (p. 3)

Man Ray, Desenho, 1938,
Coleção Roland Penrose,
Londres (p. 5)

Piet Mondrian, Composição em
Azul, Cinzento e Rosa,
1913, Rijksmuseum Kroller-
Müller, Otterlo (p. 7)

Camille Claudel, A Onda
(detalhe), 1897, Coleção
Particular (p.11)

O Brasil apresenta um dos maiores índices de morte materna da América Latina. O movimento de mulheres pela saúde vem denunciando a gravidade dessa situação através dos comitês de morte materna, da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde e de outros fóruns. Neste ano, a OMS definiu para o Dia Mundial pela Saúde — 7 de Abril — o tema Maternidade Segura. Será mais uma oportunidade para darmos visibilidade a um problema de saúde pública da maior importância.

Sabe-se que as condições que levariam à diminuição da morte de mulheres e de recém-nascidos deveriam incluir um acompanhamento pré-natal com qualidade e uma assistência ao parto humanizada e verdadeiramente digna desse nome. Os relatórios do Ministério da Saúde nos últimos cinco anos revelam que cada mulher grávida faz, em média, menos de dois exames antes do momento do parto. Outros

estudos apontam um quadro ainda mais grave: mais de 30% das mulheres grávidas no país não fazem nenhum exame pré-natal. Essa situação contraria a recomendação da OMS de um mínimo de três exames e um ideal de seis consultas antes do parto.

Neste número o Jornal da Rede traz em destaque dois artigos sobre a tragédia da mortalidade materna no Brasil, que enfatizam a importância dos comitês de morte materna como fóruns de investigação e debate sobre as verdadeiras condições da assistência à saúde da mulher.

No dia 28 de Maio, Dia Internacional pela Saúde da Mulher, os grupos feministas e a RedeSaúde estarão organizando ações de denúncia e de reivindicação em todo o país. Assim, como em todos os continentes, vamos lembrar e denunciar as mais de 600 mil mortes de mulheres que acontecem por ano no mundo em decorrência de complicações ocorridas durante a gravidez, o parto e o pós-parto.

SUMÁRIO

3 e 4

Mortalidade Materna no Brasil:
Faltam Dados e uma Assistência Digna

Ruy Laurenti

5 e 6

Comitês de Morte Materna:
A Importância de Estar Presente

Sara Romera Sorrentino

7 a 9

Plano de Ação do Cairo:
Monitoramento Crítico

Maria José de Oliveira Araújo e Wilza Villela

10 e 11

Um Outro Olhar sobre a Saúde Mental

Esther Moncarz, Zulema Palma e Maria Ines Re

12 e 13

As Mulheres Ocupam Espaço nas Rádios

Madalena Guilhon

14

Aborto e Assédio Sexual
no Novo Código Penal

Resenha
Cidadania Reprodutiva na América Latina:
Um Debate Revisitado

Lucila Scavone

15 e 16

Em Pauta

20

Mais Hospitais Realizam Aborto Legal

**jornal da
redevsaúde**

N.º 15 - Maio de 1998
Rede Nacional Feminista de Saúde
e Direitos Reprodutivos

Conselho Editorial
Conselho Diretor da RedeSaúde

Secretária Executiva
Maria José de Oliveira Araújo

Editoras
Jacira Melo
Marisa Sanematsu

**Colaboraram
neste número**
Ruy Laurenti
Sara Romera Sorrentino
Maria José de Oliveira Araújo
Wilza Villela
Esther Moncarz
Zulema Palma
Maria Ines Re
Madalena Guilhon
Lucila Scavone

**Projeto Gráfico
e Arte**
Paulo Batista
Isabel Prandina

Fotolito
Imput

Impressão
Hamburg Gráfica
e Editora

Apoio
Fundação Ford

Correspondência
Secretaria Executiva da RedeSaúde
Rua Bartolomeu Zunega, 44
05426-020, São Paulo/SP, Brasil
tel.: (5511) 813.9767
fax: (5511) 813.8578
e-mail: redevsaude@ax.ibase.org

Autorizamos a reprodução total ou
parcial, desde que citada a fonte.

Mortalidade Materna no Brasil: Faltam Dados e uma Assistência Digna

Ruy Laurenti*

As mortes maternas são aquelas ocorridas durante o ciclo gravídico-puerperal em decorrência de complicações específicas desse período ou de doenças, pré-existentes ou adquiridas durante o mesmo, que complicam a gravidez, o parto e o puerpério.

Em uma publicação recente da OMS - Organização Mundial de Saúde e UNICEF, que trata da questão da maternidade segura ou saudável, há o seguinte comentário: "A morte de uma mulher nesse período é um desastre - é um acontecimento desnecessário e uma perda que carrega uma carga enorme de tristeza e dor. Há uma sensação de crueldade nessas mortes; elas não deveriam ocorrer; a mulher não estava doente... e, mesmo assim, ela morre!".

Ainda que sempre tenha representado um problema médico e de saúde pública - além, obviamente, de problema social -, é relativamente recente o despertar da opinião pública, mesmo das organizações de mulheres, para o fato de que no mundo, anualmente, cerca de 600 mil mulheres morrem por complicações da gravidez, parto e puerpério. Sabe-se ainda que cerca de 99% dessas mortes ocorrem nos países chamados subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, entre os quais se inclui o Brasil.

Dentre os numerosos aspectos que merecem ser discutidos ao se analisar o grave problema das mortes maternas, gostaria de abordar dois: um diz respeito às causas de morte materna e o outro, à questão da falta de informação, ou melhor, da informação incompleta sobre esse tipo de morte.

Quanto às causas de mortes maternas, elas são, do ponto de vista clínico e obstétrico, separadas em dois grandes grupos. No primeiro estão as chamadas causas obstétricas diretas, que são as complicações es-

"Há uma sensação de crueldade nessas mortes; elas não deveriam ocorrer, a mulher não estava doente... e, mesmo assim, ela morre!"

pecíficas do ciclo gravídico-puerperal; como exemplo, pode-se citar, entre outras: o descolamento prematuro da placenta e a hemorragia que a ela se segue; a hipertensão específica da gravidez; os traumatismos de parto; e as complicações do aborto. No outro grupo estão as chamadas causas obs-

tétricas indiretas, representadas por doenças gerais, não específicas do ciclo gravídico-puerperal, mas que podem levar a complicações desse estado; como exemplo, podem ser citados o diabetes, as cardiopatias, as doenças infecciosas, as doenças respiratórias crônicas e várias outras.

As causas obstétricas diretas, ou suas complicações, são perfeitamente preveníveis por uma boa assistência pré-natal e do parto. As outras doenças que podem complicar a gestação e o parto - as obstétricas indiretas - também podem ser controladas ou compensadas no pré-natal, quando há um bom acompanhamento dos casos.



Magritte

MORTE MATERNA

O que se observa é que, nos países onde a mortalidade materna é alta, a maior parte dessas mortes é conseqüente das causas obstétricas diretas, o que aponta para a baixa cobertura ou baixa qualidade do pré-natal. No Brasil, não somente os dados oficiais, mas também vários estudos realizados nas cidades de São Paulo, Salvador, Recife, São Luiz, no estado do Paraná e em outras áreas mostram que 75% ou mais das mortes maternas são devidas a causas obstétricas diretas. É de se destacar que, no Brasil, a mais importante dentre essas causas são as complicações da doença hipertensiva específica da gravidez. Esta é de fácil detecção no pré-natal e, tratada adequadamente, não leva à morte.

O fato de mais de 80% dos partos no Brasil ocorrerem em hospital não significa que eles sejam seguros!

Nos países onde a mortalidade materna é baixa, como na Europa, Japão, Estados Unidos e outros, os poucos casos observados são, em sua quase totalidade, devidos a causas obstétricas indiretas.

Os vários estudos realizados em diferentes partes do Brasil, bem como as informações trazidas pelos numerosos comitês de estudos e prevenção de mortes maternas existentes no país, mostram um fato que, pode-se dizer, é dramático: a quase totalidade das mortes maternas entre nós seria facilmente prevenível desde que houvesse um pré-natal adequado, quantitativa e qualitativamente, bem como, em numerosos casos, uma assistência ao parto digna deste nome. O fato de mais de 80% dos partos no Brasil ocorrerem em hospital não significa que eles sejam seguros!

Um comentário que precisa ser feito quando se discute a alta mortalidade materna no país é o papel do aborto como causa dessas mortes. Frequentemente ele é supervalorizado numericamente, inclusive, ou particularmente, pelas associações de

mulheres, sendo apontado como o grande responsável – quase que exclusivo – pelas mortes maternas entre nós. Isso não é verdadeiro! Os vários estudos realizados, bem como os resultados trazidos pelos comitês de estudos e prevenção de morte materna, mostram que as complicações do aborto são responsáveis, na maioria das áreas estudadas, por 10 a 15% das mortes maternas, sendo bastante superadas pelas complicações da hipertensão e mesmo pelas hemorragias conseqüentes a alguns transtornos placentários. Há exceções. Assim, por exemplo, um estudo muito bem conduzido em Salvador, Bahia, em 1993, mostrou que as complicações do aborto foram responsáveis por 36% das mortes maternas e as complicações da hipertensão, por 24%. Por outro lado, no estado do Paraná verificou-se que, no período de 1989-1993, o aborto aparece como responsável por 6,9% das mortes maternas.

A outra questão a ser abordada refere-se à falta de informação ou informação incompleta relativa às mortes maternas no Brasil. O conhecimento do número de mortes maternas é obtido por meio dos registros de óbito feitos em cartórios, baseados em atestados fornecidos por médicos, o que é obrigatório por lei. No Brasil, nas regiões Sul e Sudeste e em praticamente todas as capitais de estados, a cobertura do registro pode ser considerada boa. Mesmo assim, inclusive em capitais como São Paulo, onde se admite não haver morte sem registro, não se tem informações fidedignas sobre o número de mortes maternas. Alguns estudos mostram que, nesta capital, as mortes maternas correspondem a mais do dobro do que é informado pelos registros, sendo que o mesmo ocorre em outras áreas brasileiras. Isso acontece porque os médicos, infelizmente, não informam corretamente, ou porque querem esconder o fato, ou porque não sabem como declarar corretamente uma causa de morte, particularmente em casos de mortes maternas.

A tradução desta situação é que não se sabe exatamente qual a real magnitude da

mortalidade materna, não sendo possível mostrar aos responsáveis pela saúde da população a verdadeira gravidade da situação e quais as medidas que deveriam ser tomadas. Por outro lado, quando alguns programas são implantados, torna-se difícil avaliar se estão dando resultados.

As organizações de mulheres, entre tantas ações que vêm realizando em favor da cidadania da mulher em nosso país, devem estar alertas para o grave problema das

Sem informações corretas, os dados podem ser utilizados politicamente da maneira que melhor satisfaça ao interessado

mortes maternas. A primeira atuação neste sentido deveria ser aquela visando tornar conhecida a verdadeira magnitude do problema entre nós e, quanto a isso, discutir a questão da inexatidão das informações junto com associações de médicos, particularmente as de obstetras, e junto aos conselhos regionais de medicina. É um primeiro passo mas, deve-se reconhecer, de grande importância.

Difícil será combater alguma coisa sem o diagnóstico exato da situação. No caso da mortalidade materna no Brasil, sabe-se que é alta. Mas quanto, exatamente? Está realmente declinando, como querem alguns? Sem informações corretas, os dados podem ser utilizados politicamente da maneira que melhor satisfaça ao interessado: está diminuindo, está aumentando, ou permanece estável!

Quanto vale a mortalidade materna no Brasil? A resposta tem que ser conseguida pois, não há dúvida, trata-se de uma importante questão de cidadania!

* Ruy Laurenti é professor-titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e diretor-presidente da Fundação Oncocentro de São Paulo.

Comitês de Morte Materna: A Importância de Estar Presente

Sara Romera Sorrentino*

Man Ray

Na última década, vem ganhando força no Brasil, principalmente no movimento de mulheres, a proposta dos comitês de investigação de óbitos maternos ou comitês de morte materna, como são mais amplamente conhecidos. Essa perspectiva de organização e de investigação vem se transformando num fórum legítimo de discussão e numa caixa de ressonância que dá voz à real condição de assistência à saúde que tem sido oferecida às mulheres em nosso país.

Superando uma expectativa meramente clínica, em que esses comitês mais se assemelhavam a câmaras técnicas de obstetras onde se debatiam os últimos avanços da gineco-obstetrícia, hoje eles contam com a ativa participação de organizações feministas e dos movimentos de mulheres, do movimento de saúde, de profissionais não-médicos e da saúde pública. E vêm ampliando seu papel, para chegarem ao que realmente devem ser – espaços de investigação e avaliação, dentro de uma concepção de saúde coletiva, com caráter social e, portanto, dentro de uma perspectiva de gênero.

são fenômenos
da vida e não
da morte, da saúde
e não da doença

A grave situação da assistência à saúde reprodutiva das mulheres no Brasil vem sendo denunciada há muito, particularmente pelas feministas. Dentro do panorama de deterioração da saúde pública, que afeta toda a população, as questões ligadas à sexualidade, gestação, parto ou puerpério trazem um outro agravante diante do qual não se justifica a indiferença ou insensibili-



dade – são fenômenos da vida e não da morte, da saúde e não da doença, ligados à existência da espécie e do planeta; não são temas individuais e esporádicos.

Muito se fala sobre as taxas, índices e coeficientes de risco em mortalidade materna. A verdade que conhecemos até o momento é que, no Brasil, a subnotificação ou sub-registro das mortes maternas é grande e piora à medida que se analisam as regiões mais pobres, justamente onde as mor-

tes maternas são mais frequentes. Desde a morte sem assistência médica, a existência de cemitérios clandestinos, o não-registro dos nascimentos e a alta mortalidade infantil em algumas regiões do país, até o preenchimento incorreto dos atestados de óbito e dos prontuários médicos, tudo isso contribui para que as taxas oficiais de morte materna sejam de duas a quatro vezes menores do que os índices reais. É fundamental que os comitês contribuam para que as

MORTE MATERNA

cifras oficiais possam ser questionadas e que os números reais sejam conhecidos.

Com o trabalho dos comitês, a mulher que morreu de parto sem atendimento e foi enterrada na roça, no sertão de Pernambuco, e a jovem que fez um aborto em clínica clandestina na Grande São Paulo, morrendo de infecção dias depois, sem contar a ninguém o que lhe aconteceu, passam a participar das estatísticas. Assim, suas

as taxas oficiais de morte materna são de duas a quatro vezes menores do que os índices reais

mortes não serão mais anônimas e clandestinas, mas sim uma denúncia das condições que as levaram ao óbito.

O processo de criação dos comitês – que inclui a sensibilização dos gestores de saúde e a mobilização, particularmente das mulheres, para reivindicar sua existência e sua composição democrática – por si só constitui um fator de promoção da cidadania das mulheres. A montagem de um sistema de investigação das mortes maternas, com o envolvimento dos profissionais de saúde nessa investigação, é um segundo

passo que traz para a mesa de debates, principalmente, a qualidade da assistência ao parto.

Nesse panorama, dois fatos novos e importantes que contribuem para a dina-

(com os comitês)
suas mortes não serão
mais anônimas e clandestinas,
mas sim uma denúncia
das condições que
as levaram ao óbito

mização dos comitês devem ser assinalados – a morte materna passou a ser de notificação compulsória em nosso país, desde fevereiro de 98, e será um dos indicadores a serem considerados pelos municípios quando da elaboração de seus planos gestores de saúde, dentro da nova proposta de Piso Assistencial Básico do Ministério da Saúde. Isso significa que os comitês ativos e com ampla participação serão fundamentais para que a questão da morte materna tenha, de fato, a visibilidade que deve ter e receba a atenção necessária nas políticas públicas.

Por fim, somente conhecer os números não basta. Os comitês não são miniaturas

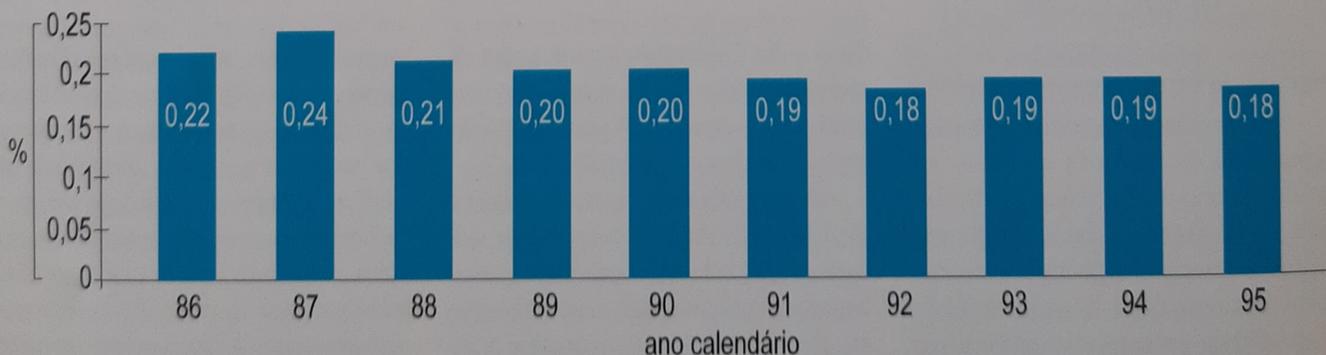
do IBGE, com finalidades apenas estatísticas. Sem desmerecer o importante papel que o conhecimento da realidade dos números nos traz, a essência dos comitês está na discussão dos casos e das condições que levaram aquelas mulheres ao óbito. Pouco servirá chorar sobre o leite derramado, lamentando as mortes ocorridas, se essas mortes não puderem ser transformadas em

somente conhecer os números não basta. Os comitês não são miniaturas do IBGE, com finalidades apenas estatísticas

bandeiras de denúncia e em propostas concretas de melhoria da assistência, para que essa situação não mais se repita, até que se constate a queda dos coeficientes de morte materna no país, não através do expediente escuso da subnotificação, mas com medidas concretas de melhoria da assistência à saúde das mulheres.

* Sara Romera Sorrentino é médica sanitária, presidente do Comitê de Vigilância do Óbito Materno do Estado de São Paulo, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e diretora da União Brasileira de Mulheres.

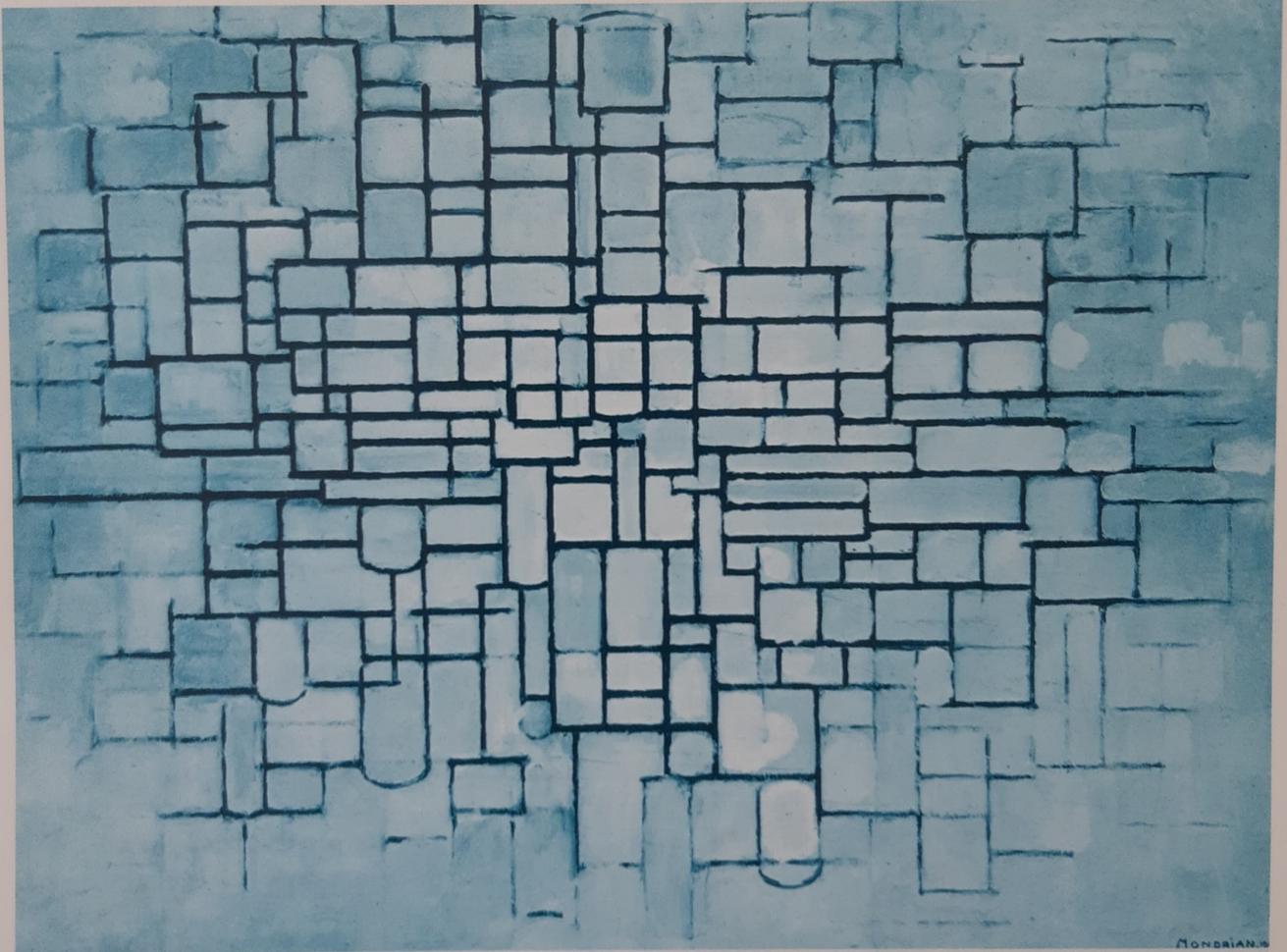
Mortalidade proporcional por complicações da gravidez, parto e puerpério — Brasil, 1986-1995



Plano de Ação do Cairo: Monitoramento Crítico

Maria José de Oliveira Araújo e Wilza Villela*

Mondrian



O compromisso assumido pelo governo brasileiro ao assinar sem reservas o acordo da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, colocou o movimento de saúde das mulheres frente ao desafio de acompanhar, de forma crítica e sistemática, o cumprimento desse acordo, de modo a exercer o papel que lhe compete enquanto parcela organizada da sociedade civil.

O enfrentamento efetivo desse desafio em nosso país se deu através da participação da RedeSaúde no projeto iniciado em 1995 pelo

FNUAP-Fundo das Nações Unidas para População, visando o monitoramento da implantação do Plano de Ação da Conferência do Cairo em cinco países da América Latina – Brasil, Chile, Colômbia, Nicarágua e Peru. Para a realização do projeto – que contou com a coordenação da Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe –, as propostas da Conferência do Cairo relativas à saúde das mulheres e direitos reprodutivos foram agrupadas em seis eixos temáticos, cabendo a cada país a formulação da sua estratégia de implementação do projeto.

O Brasil ficou encarregado do monitoramento de dois eixos: o impacto do aborto inseguro na mortalidade materna e a participação feminina em instâncias de decisão. Estes eixos foram escolhidos em função do histórico brasileiro de luta pelo direito ao aborto e da tradicional presença de mulheres comprometidas com a saúde e com as bandeiras feministas no cenário político nacional.

A fim de possibilitar a participação mais ampla dos grupos filiados, a RedeSaúde, coordenadora do segmento brasileiro do

A Conferência do Cairo e as Mulheres

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo em 1994, integra um ciclo de conferências internacionais voltadas para a promoção da cidadania, promovido pela Organização das Nações Unidas na primeira metade da década de noventa. O combate à pobreza e à discriminação, a busca de equidade e justiça foram temas reiterados durante todo o ciclo de conferências, que dedicou atenção especial à situação das mulheres.

Participante e signatário dos acordos estabelecidos em cada um desses eventos, o governo brasileiro vem assumindo, portanto, compromissos na esfera internacional que servem como base para legitimar exigências de ações efetivas de promoção da qualidade de vida dos cidadãos, tarefa prioritária na busca de um desenvolvimento sustentável e democrático.

projeto, optou por descentralizar as atividades previstas. Assim, foi realizado pelo SOS Corpo - Gênero e Cidadania um diagnóstico da saúde das mulheres brasileiras, a partir da coleta e análise de dados secundários e na perspectiva de uma contextualização política e sócioeconômica mais ampla. Simultaneamente, oito organizações filiadas à RedeSaúde em diferentes regiões do país – Brasília, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo – desenvolveram estudos focais relacionados aos dois eixos escolhidos para o monitoramento no Brasil, visando contri-

(o diagnóstico) destaca o processo de metropolização e feminização da pobreza

buir para o aprofundamento do diagnóstico com informações mais detalhadas e de caráter qualitativo. O desenvolvimento dessa etapa incluiu ainda a realização bem-sucedida de um seminário de caráter nacional, voltado para representantes de conselhos da condição feminina e coordenadores locais de programas de saúde da mulher, além de diferentes iniciativas relacionadas ao 28 de Maio, Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher.

Diagnóstico

Construído a partir dos seis eixos que apontam para as definições da Conferência do Cairo no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o diagnóstico aponta, como já sabido, para a dificuldade de obtenção de dados nacionais e para as desigualdades regionais existentes no país. Ao lado desta constatação, de caráter mais geral, é destacado o processo de “metropolização e feminização da pobreza” – expresso pelo aumento quantitativo da participação feminina na população economicamente ativa, sem o correspondente aumento da renda, e pelo cresci-

mento no número de famílias chefiadas por mulheres, por exemplo.

Comparando dados epidemiológicos com as iniciativas governamentais e não-governamentais voltadas para o enfrentamento dos problemas identificados, o diagnóstico expõe a debilidade das políticas voltadas para a melhoria da condição das jovens, frente à magnitude de problemas como a prostituição infanto-juvenil e a gravidez adolescente. Descompasso entre o problema e a tentativa de solução aparece também em relação à violência contra a mulher e à necessidade de promover a responsabilidade reprodutiva masculina. No que diz respeito à saúde reprodutiva *stricto sensu*, os dados evidenciam as distorções no processo de implantação do PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e de consolidação do SUS - Sistema Único de Saúde, que aumentam os gastos com ações hospitalares em detrimento de ações ambulatoriais e preventivas, resultando no crescimento da mortalidade feminina por causas evitáveis, dentre as quais a morte materna e a morte por câncer de colo uterino.

Estudos focais

- *O impacto do aborto inseguro na mortalidade materna*

O capítulo oito do documento final da Conferência do Cairo estabelece que em nenhum caso deve-se promover o aborto como método de planejamento familiar, sendo também pontuado que “governos e organizações não-governamentais devem estreitar seus compromissos com a saúde das mulheres e ocupar-se dos efeitos que têm sobre a saúde os abortos realizados em condições não adequadas (...) As mulheres que têm gestações indesejadas devem ter fácil acesso a informação fidedigna e assessoramento abrangente. (...) Nos casos em que o aborto não é contrário à lei, deve ser realizado em condições adequadas. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de saúde de boa qualidade para tratar as complicações derivadas de abortos”.

A questão do aborto suscitou uma intensa mobilização, antes e durante a Conferência do Cairo, a partir de considerações de ordem moral, religiosa, política e técnica, que aparecem como desafios para a implementação das decisões acordadas.

O aborto inseguro é a terceira causa de mortalidade materna no mundo, devendo ser encarado como um importante problema de saúde pública. Como o aborto é um procedimento relativamente seguro do ponto de vista médico, fica evidente que o agravo à saúde da mulher relacionado ao aborto é consequência da situação de clandestinidade em que é realizado; clandestinidade que se apóia em questões morais, mas

Descompasso entre o problema e a tentativa de solução aparece também em relação à violência contra a mulher

também, e principalmente, na lucratividade da indústria do aborto clandestino, dado o alto preço cobrado das mulheres que podem pagar e necessitam interromper uma gravidez.

Para as mulheres que não podem pagar, as estratégias para interrupção da gravidez são tortuosas e arriscadas, indo desde o recurso a clínicas com baixo padrão de higiene e cuidados técnicos, até a indução do aborto através do uso de substâncias químicas ou medicamentos, e mesmo da introdução de objeto no útero e no canal vaginal. São estas as mulheres que chegam aos serviços públicos de saúde em situação de aborto incompleto, com comprometimentos à saúde de diferentes graus de gravidade, incluindo até a morte.

Mesmo considerando a grande subestimação, o aborto incompleto figurou como uma das principais causas de morte materna em todos os estudos focais realizados. É a oportunidade de dar visibilidade a este fato, através da divulgação das atividades de monitoramento da implantação do Pla-

no de Ação da Conferência do Cairo em cada local, foi extremamente importante, tanto quanto as parcerias estabelecidas a partir do projeto.

- *Mulheres em instâncias de decisão*

Os estudos de caso documentaram a importância da participação de mulheres identificadas com as propostas feministas em instâncias formuladoras e implementadoras de políticas públicas. De fato, sabe-se que quando se fala na participação política de mulheres não estamos nos referindo tão-somente à participação de pessoas do sexo feminino. Mais do que isso, estamos falando da possibilidade do exercício de algum nível de poder que contribua para a qualidade da saúde e construção da cidadania das mulheres.

Neste sentido, podemos dizer que nossas conquistas são visíveis e importantes. A Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, criada a partir do Cairo, é presidida pela demógrafa e pesquisadora Elza Berquó, uma das maiores aliadas do movimento de mulheres brasileiras pela saúde. Podemos ainda citar a participação de outras feministas — algumas filiadas à RedeSaúde — em instâncias de articula-

o agravo à saúde da mulher relacionado ao aborto é consequência da situação de clandestinidade

ção política, como na coordenação dos programas nacional, estaduais e municipais de saúde da mulher, na presidência de comitês de morte materna, em conselhos de saúde, nacional, estaduais e municipais, na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, e mesmo em conselhos da condição feminina.

A receptividade encontrada pelas feministas para a realização de atividades em parceria com órgãos governamentais evidenciou que o trabalho feminista desenvolvido ao longo de duas décadas nos legítima enquanto parceiras e interlocutoras que

adotam a perspectiva de que parte dos problemas de saúde das mulheres tem íntima relação com sua condição de subalteridade e com a pobreza que esta mesma condição determina.

Perspectivas futuras

Os resultados da primeira etapa do projeto nos indicam o acerto do caminho escolhido. Neste sentido, a perspectiva é de que continuemos, a partir da aprovação pelo FNUAP da segunda etapa do projeto, a investir na consolidação e aprimoramento dos comitês de morte materna e no estímulo à participação política das mulheres

o trabalho feminista desenvolvido ao longo de duas décadas nos legitima enquanto parceiras e interlocutoras

que atuam na área da saúde dentro de uma perspectiva feminista.

Esperamos que durante o evento “Cairo + 5” — um balanço da implementação do Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a ser realizado na Holanda em 1999 — possamos estar apresentando um panorama mais favorável sobre a saúde das mulheres brasileiras, além de um número ainda maior de mulheres em postos de decisão, comprometidas com a luta pela saúde e qualidade de vida da população feminina do país.

* Maria José de Oliveira Araújo é médica e secretária executiva da RedeSaúde. Wilza Villela é médica, PhD em medicina preventiva, assistente técnica da área de saúde da mulher da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e integrante da RedeSaúde.

Nota: O diagnóstico e o dossiê contendo o resumo dos estudos focais estão disponíveis na RedeSaúde.

Um Outro Olhar sobre a Saúde Mental

Esther Moncarz, Zulema Palma e Maria Ines Re*

Há apenas duas décadas, as diferenças entre os gêneros não faziam parte das considerações relativas à saúde mental da população. Atualmente estas diferenças são reconhecidas tanto por organismos internacionais quanto por algumas organizações governamentais e não-governamentais, e também por certos serviços públicos e muitos profissionais da saúde mental. Este reconhecimento de um campo específico referente à saúde mental das mulheres implica, por sua vez, o reconhecimento de que existem condições na vida da mulher que determinam o modo como ela adoece.

fatores sociais como a discriminação de gênero se transformam em grave impedimento para que a vida transcorra em condições saudáveis

A tarefa que estamos realizando na Rede Nacional pela Saúde da Mulher, da Argentina, nos leva a assinalar algumas destas condições específicas que determinam formas específicas de adoecer. Ser mulher é uma condição social desvantajosa que determina a exposição à influência de certos fatores sociais, como a discriminação de gênero, que se transformam em grave impedimento para que a vida transcorra em condições saudáveis.

Segundo um relatório da Organização Mundial de Saúde, as mulheres en-

frentam conflitos no contexto de suas relações familiares, no casamento, na reprodução, na criação dos filhos, na velhice, no divórcio, na educação e no trabalho. A OMS também considera que certas circunstâncias vitais são fatores que levam as mulheres ao estresse e à depressão:

- abuso físico e sexual;
- assédio sexual;
- gravidez indesejada;
- divórcio;
- pobreza;
- ausência de poder.

o principal mal-estar que afeta a saúde da mulher é a depressão

A partir de nossa experiência, queremos enfatizar a iatrogenia implícita em certas práticas, que não somente sustentam que a “inferioridade, o masoquismo ou a histeria são tão femininos”, mas que tendem também a aceitar como naturais a depressão ou o consumo abusivo de psicofármacos, com base nos mesmos motivos.

Quando se consideram a saúde e a enfermidade como um processo, como uma construção social e de gênero, é impossível não compreender a incidência da posição de subordinação no modo de organização da vida das mulheres, no modo como é construída sua subjetividade e na maneira pela qual adoecem.

Vários estudos determinaram que o principal mal-estar que afeta a saúde da mulher é a depressão. Não podemos dei-

xar de ressaltar que são fatores de grande incidência na depressão, entre outros, a situação de pobreza de que padecem muitas mulheres, assim como o fato de serem submetidas a alguma forma de violência: física, psíquica ou sexual.

A precariedade das condições de trabalho e a deterioração da qualidade de vida facilitam o desenvolvimento e o aprofundamento de sintomas e mal-estares, entre eles os depressivos. As atuais políticas econômicas levam à deterioração das condições de vida e à precariedade do trabalho, condições em relação as quais só resta adaptar-se ou sucumbir.

diversas pesquisas mostraram as conseqüências sobre a saúde mental das mulheres do fato de terem sofrido alguma forma de violência

Da mesma forma, diversas pesquisas mostraram as conseqüências sobre a saúde mental das mulheres do fato de terem sofrido – ou sofrerem – alguma forma de violência. Não causa surpresa que esta situação se evidencie através de uma série de sintomas: distúrbios devidos ao estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, disfunções sexuais, distúrbios alimentares etc.

Entre as mulheres adolescentes observam-se patologias cada vez mais graves: depressões (que podem levar ao suicídio), bulimia, anorexia, abandono da saúde se-

xual (que significa maior risco de gravidez indesejada, abortos, doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS) e dependência.

O reforço dos estereótipos de gênero e a posição de subordinação que ocupam as adolescentes constituem, em si mesmos, importante fator de risco para sua saúde mental.

O que é socialmente aceitável e esperável para as mulheres acaba levando-as a se defrontar com contradições entre a realidade cotidiana e suas aspirações, o que se expressa em sentimentos de desmoralização, desesperança, resignação e fatalismo

O grupo de mulheres mais velhas é afetado de forma mais acentuada. Espera-se que prestem serviços no âmbito familiar, exacerbando-lhes o papel de cuidadoras atribuído às mulheres pela cultura patriarcal. Costumam apresentar crises importantes relacionadas ao trabalho e à aposentadoria, à solidão, à viuvez, ao medo das doenças graves. É prática habitual silenciar os mal-estares das mulheres mais velhas com doses elevadas e constantes de psicofármacos.

Por todo o exposto, afirmamos que:

- é imprescindível o desenvolvimento de políticas públicas através de programas de prevenção e assistência específicos para cada grupo etário, enfocando as áreas mais urgentes da saúde mental da mulher (violência, depressões, dependências, bulimia, anorexia, fracasso escolar, estresse);
- é imprescindível considerar a saúde



das mulheres vinculada às suas especificidades e contexto, assim como é necessária a inclusão de profissionais dotados de um olhar diferente da visão tradicional;

- é imprescindível uma profunda revisão dos critérios e categorias de diagnósticos tradicionais;
- é imprescindível a inclusão do conceito de gênero como ferramenta conceitual fundamental para a compreensão e reformulação dos “transtornos psicopatológicos” atribuídos às

mulheres, de forma a garantir uma abordagem apropriada da saúde mental feminina.

* Esther Moncarz, Zulema Palma e Maria Ines Re são integrantes da Rede Nacional pela Saúde da Mulher, Argentina.

Nota: A RedeSaúde recebeu este texto por e-mail e, em função da importância do debate sobre saúde mental numa perspectiva feminista, decidiu incluí-lo nesta edição. Tradução de Angelo Peccioli.

As Mulheres Ocupam Espaço nas Rádios

Madalena Guilhon*

Desde o advento da televisão, o rádio foi se modificando aos poucos até se tornar aquilo que é hoje: um meio de comunicação ágil, de baixo custo e que permite a interação imediata com o público ouvinte. Para muitos, um(a) amigo(a) para todas as horas e lugares. Quem já não dormiu ou acordou embalado pelo som do rádio, foi passear de rádio debaixo do braço, levou seu rádio para a cozinha ou até mesmo para o banheiro?

De uns anos para cá, as organizações da sociedade civil e os movimentos sociais descobriram esse espaço e vêm ocupando-o das mais diversas formas: participando de programas já existentes em rádios comerciais, montando seus próprios programas, criando rádios comunitárias de baixa potência etc.

o "Fala Mulher" investe na mulher como cidadã

Foi dentro desse contexto que as mulheres perceberam a necessidade da ocupação desse espaço para a divulgação das suas atividades e idéias. Assim nasceu em 1990 o "Fala Mulher", um programa de rádio produzido pelo Cemina - Centro de Projetos da Mulher, que vai ao ar diariamente pela Rádio Guanabara da cidade do Rio de Janeiro, das 9 às 10 horas da manhã. Com uma equipe de mulheres jornalistas e radialistas, o "Fala Mulher" não é um programa "feminino" tradicional, já que ele investe na mulher como cidadã, inserida no seu tempo, preocupada com os direitos humanos, com sua saúde e seus direitos reprodutivos, com a violência que sofre só pelo fato de ser mulher, mas tam-

bém com o meio ambiente que a rodeia, com a política e a economia do país. Além de entrevistas, reportagens informativas e serviços de utilidade pública, o "Fala Mulher" promove debates acerca de temas da atualidade, misturando especialistas, ouvintes e estudantes, trazendo a voz do povo e, principalmente, a voz das mulheres para dentro do estúdio.

O programa "Fala Mulher" já fez escola: existem muitos outros "Fala Mulher" pelo país afora e, pelo jeito, muitos mais irão nascer. A partir de 1993, o Cemina começou a desenvolver outras atividades ligadas ao rádio: programas especiais e campanhas radiofônicas em cassetes tratando de temas específicos, como amamentação natural, saúde da mulher, AIDS e meio ambiente, e



que são enviados gratuitamente a uma rede de 150 emissoras de rádio em todo o país; e laboratórios de formação no uso do rádio com o enfoque da comunicação de gênero. Já foram realizados 12 laboratórios, não só na sede do Cemina no Rio de Janeiro, como em diversos locais do país (Santarém, Rondônia, Macapá e Maranhão).

Desde 1995, formou-se uma Rede de Mulheres no Rádio, em nível nacional e com a coordenação e assessoria do Cemina. Atualmente a Rede já engloba 125 mulheres comunicadoras e esse número tende a aumentar. A Rede realiza encontros anuais e tem um Boletim próprio, o *Sintonia Fina*, onde é divulgado o que andam fazendo as

a Rede de Mulheres no Rádio já engloba 125 comunicadoras

participantes. Como não podia deixar de ser, saúde e direitos reprodutivos são um tema e uma preocupação constantes dos programas das comunicadoras que integram a Rede. Todas compartilham de uma visão de defesa da saúde integral da mulher e utilizam os materiais publicados pela RedeSaúde como subsídio para seus programas.

Não há dúvida de que as mulheres que estão hoje nas rádios (comerciais ou comunitárias) estão conscientes de que têm um papel a desempenhar como pioneiras na comunicação de um tempo em que a mulher não é mais a "rainha do lar", mas uma cidadã com direitos e deveres, ajudando a construir um futuro melhor para todos.

Se você faz rádio e está interessada em participar da Rede, entre em contato conosco: Rede de Mulheres no Rádio, Rua Alvaro Alvim, 21/16.º, Centro - 20031-010 - Rio de Janeiro/RJ; tel.: (021) 262.1704; fax: (021) 262.6454; e-mail: cemina@ax.apc.org

* Madalena Guilhon é jornalista e coordenadora do Cemina, organização afiliada à RedeSaúde.



O Brasil prepara-se para sediar um dos mais importantes congressos sobre o tema Mulher, Trabalho, Saúde. O primeiro congresso, realizado em 1996, em Barcelona, contou com a presença de pesquisadores e pesquisadoras de diversas áreas, representando 35 países dos diferentes continentes. Foram apresentados estudos realizados tanto por organismos voltados para a investigação em saúde e trabalho, quanto por aqueles que se dedicam especialmente à saúde da mulher. Essa diversidade possibilitou o debate de um leque amplo de temáticas e abordagens, alimentando discussões sobre fatores de risco em suas diferentes modalidades, bem como as formas de adoecimento de trabalhadores e trabalhadoras.

O II Congresso, programado para 1999, no Rio de Janeiro, deve dar continuidade a esse processo de debates e discussões, privilegiando o tema "Eqüidade de Gênero e Qualidade de Vida".

Sua realização na América Latina tem a perspectiva de trazer maior visibilidade aos problemas específicos deste continente.

Além da comissão organizadora, o II Congresso conta com comitês consultivos nacional e internacional. A promoção desse evento está sob a responsabilidade da Fiocruz, Abrasco, Unifesp e Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

Maiores informações: tel.: (021) 286.2846; fax: (021) 537.9134

Aborto e Assédio Sexual no Novo Código Penal

A proposta de reformulação do Código Penal está sendo elaborada por uma comissão especial de juristas formada pelo Ministério da Justiça. Esta Comissão prepara o anteprojeto de lei contendo mudanças no Código Penal e que será enviado pelo governo ao Congresso Nacional.

Com relação ao direito ao aborto, a proposta de reformulação amplia as possibilidades de se realizar um aborto sem punição legal. A legislação em vigor permite a prática do aborto somente em dois casos: quando a gravidez resulta de estupro e quando a gestante corre risco de vida. A nova proposta, que contou com a colaboração ativa do CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, amplia as possibilidades de aborto previsto em lei. (veja quadro)

Com relação ao crime de estupro, a comissão especial recuou de sua proposta inicial de abrandar as penas para esse tipo de crime. Segundo posição de alguns

juristas, é necessário hierarquizar os crimes a partir do homicídio, que é considerado o crime mais grave. Contudo, diante das reações contrárias à redução da pena, em especial do CNDM, o crime de estupro continua com a mesma pena mínima do crime de homicídio, isto é, seis anos de detenção.

Pela proposta de modernização do Código Penal, o assédio sexual passa a ser considerado crime, isto é, assediar alguém exigindo prestação de favores sexuais como condição para conservar direito passa a ser crime, punido com reclusão de 6 meses a 2 anos ou multa.

A proposta de reformulação estará aberta para sugestões até 31 de agosto e deverá ser enviada pelo governo ao Congresso somente no início de 1999.

Maiores informações:

<http://www.mj.gov.br>

e-mail: codigopenal@mj.gov.br

Código atual	Proposta de reformulação
<p>aborto</p> <p>Não se pune o aborto praticado por médico:</p> <p>Aborto necessário</p> <p>1) se não há outro meio de salvar a vida da gestante;</p> <p>Aborto no caso de gravidez resultante de estupro:</p> <p>2) se o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.</p>	<p>Não constitui crime o aborto praticado por médico se:</p> <p>1) não há outro meio de salvar a vida ou preservar a saúde da gestante; 2) a gravidez resulta de violação da liberdade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida; 3) há fundada probabilidade, atestada por dois outros médicos, de o nascituro apresentar graves e irreversíveis anomalias físicas ou mentais.</p> <p>Nos casos dos incisos 2 e 3, e da segunda parte do inciso 1, o aborto deve ser precedido de consentimento da gestante, ou quando menor, incapaz ou impossibilitada de consentir, de seu representante legal, do cônjuge ou de seu companheiro; no caso do inciso 3, o aborto depende, também, da não oposição justificada do cônjuge ou companheiro.</p>
<p>assédio sexual</p> <p>Não prevê; os casos são enquadrados como "constrangimento ilegal".</p>	<p>Passa a ser crime, punido com detenção de 6 meses a 2 anos, ou multa, assediar alguém, com violação do dever do cargo, ministério ou profissão, exigindo, direta ou indiretamente, prestação de favores sexuais como condição para criar ou conservar direito, ou para atender a pretensão da vítima.</p>

Cidadania Reprodutiva na América Latina: Um Debate Revisitado

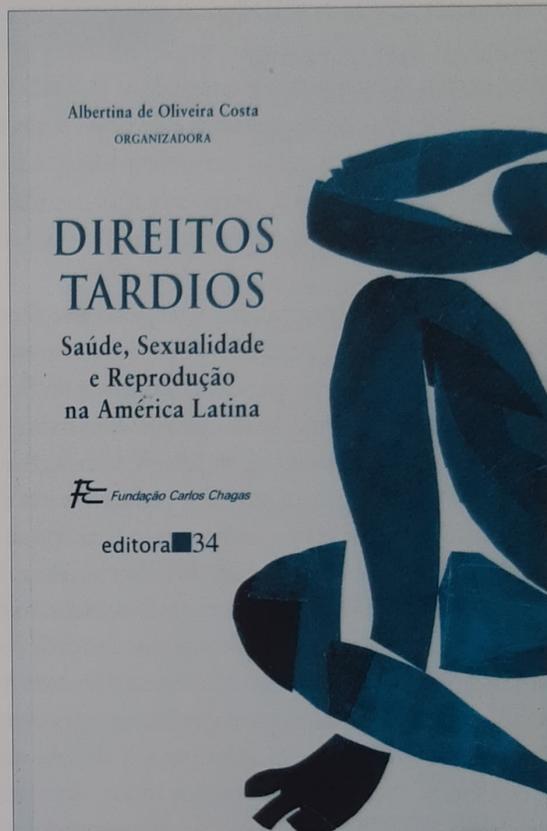
Lucila Scavone*

Constar que os direitos relativos à saúde, à sexualidade e à reprodução na América Latina estão longe de serem alcançados pode parecer óbvio à primeira vista, considerando-se o estágio de desenvolvimento sócioeconômico-político deste continente e comparando-se com o estágio de cidadania alcançado nos países do primeiro mundo. Entretanto, a análise fina do livro *Direitos Tardios: Saúde, sexualidade e reprodução na América Latina* – organizado por Albertina de Oliveira Costa no quadro do Programa de Treinamento em Pesquisa sobre Direitos Reprodutivos na América Latina e Caribe (Prodir II) – evidencia que a ausência desses direitos é muito mais ampla do que o senso comum constata e, portanto, deve ser, obrigatoriamente, tema de debate público. Trazer esta questão a público implica, além de informar, analisar e contribuir para a construção de uma consciência crítica entre homens e mulheres sobre o que ocorre no campo da saúde reprodutiva latino-americana.

Este campo – que já foi inúmeras vezes conceituado, diga-se de passagem, com base na crítica feminista – atinge os recônditos da vida privada humana, colocando a força e a fragilidade da existência e dos sentimentos na pauta das políticas públicas. Quais problemas estão emergindo neste campo na América Latina hoje?

Pela análise desse livro observamos que o aborto retoma a pauta das discussões, o que pode ser explicado pela recrudescência da luta a favor da descriminalização do aborto no continente. Três artigos tratam da questão do aborto sob diferentes prismas, contribuindo para fortalecer um debate já existente. O primeiro recoloca a questão, inúmeras vezes debatida e também esquecida, do aborto como problema de saúde pública, relacionando-o com a falta de serviços de saúde de qualidade para as mulheres em busca de contracepção; esta situação na Bolívia é analisada no artigo de M. Parras e S. Rance. O segundo artigo retoma uma discussão política de primeira hora, a ameaça da perda dos direitos adquiridos, e Porto Rico é emblemático neste caso, pois lá ocorre uma ofensiva contra o direito legal ao aborto, conquista que, na América Latina,

a análise fina de *Direitos Tardios* evidencia que a ausência desses direitos é muito mais ampla do que o senso comum constata



continua restrita a esse país e a Cuba, conforme o artigo de A. Colón *et al.* O terceiro texto reforça a necessidade de um resgate histórico para chegarmos a um maior conhecimento da situação política atual do aborto; nesse sentido, a situação do Uruguai é exemplar, pois o país viveu um breve período de legalização do aborto nos anos 30, conforme mostra o artigo de G. Sapriza.

A abordagem da sexualidade em situações extremas resalta a articulação do sexo com o poder. No caso da guerrilha de El Salvador, o artigo de N. Vásquez *et al.* evidencia os preconceitos sexistas e moralistas dos dirigentes da FMLN sobre a conduta sexual dos militantes, causando impactos na vida sexual das guerrilheiras. A análise sobre o assédio sexual no local de trabalho, por A. L. Kornblit e M. Petracci, mos-

tra que, na Argentina, as representações entre homens e mulheres sobre o tema são diferentes, embora exista um consenso sobre o assédio como abuso de poder ou de autoridade de uma das partes sobre a outra.

A situação-limite da maternidade em mulheres infectadas com o vírus da AIDS em Porto Alegre, discutida por D. Knauth, traz ao debate a dolorosa luta de mães e pais pela continuidade da vida de seus filhos/as infectados/as, que os faz esquecer da própria doença e de que foram eles/as mesmos/as que a transmitiram. Os artigos de A. M. Villa e de I. Palma e C. Quilodrán, da Argentina e do Chile, respectivamente, trazem a percepção masculina sobre a saúde reprodutiva, apontando para uma preocupação crescente das pesquisas desse campo em compreender melhor a identidade dos homens.

As preocupações com as posturas religiosas no campo da saúde reprodutiva não poderiam deixar de estar presentes no contexto latino-americano; assim, o artigo de M. D. Machado mostra como a questão da moral sexual é tratada por católicos e evangélicos no Rio de Janeiro. Uma análise da peruana M. E. Mannarelli retoma a perspectiva histórica, analisando o discurso médico sobre o corpo feminino no início do século 20 em Lima. Por fim, V. Soares analisa as dificuldades das mulheres trabalhadoras paulistas para articularem trabalho e maternidade e conseguirem espaço de poder nos sindicatos para negociação de cláusulas nos acordos coletivos, contemplando as questões que lhes são concernentes.

Todos os problemas analisados nesse livro mostram tanto a emergência de novas preocupações, decorrentes da mudança da sociedade latino-americana como um todo, como também a permanência de problemas mais antigos, revelando o quadro de contrastes sociais, políticos e econômicos que marcam este continente.

* Lucila Scavone é doutora em sociologia, professora do Departamento de Sociologia da UNESP, Araraquara, e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia. É pesquisadora do CNPq e integrante da RedeSaúde.

Direitos Tardios: Saúde, sexualidade e reprodução na América Latina

Albertina de Oliveira Costa (org.),
São Paulo, Prodir/FCC/Ed. 34, 1997, 304 p.
Maiores informações:

Fundação Carlos Chagas, tel.: (011) 813.4511, fax: (011) 815.1059, e-mail: acosta@fcc.org.br

Campanhas

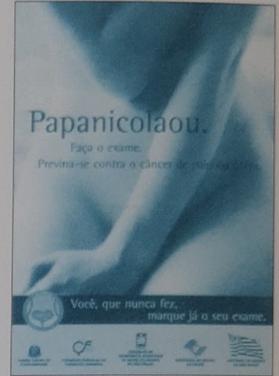


Natural É Parto Normal

CFM - Conselho Federal de Medicina - Brasília - DF

Em parceria com diversos segmentos da sociedade civil, em especial o movimento feminista pela saúde da mulher, o CFM está elaborando uma ampla Campanha que visa sensibilizar profissionais de saúde para o parto natural, seguro e humanizado. O desconfortável primeiro lugar mundial em realização de cesáreas começa a provocar no país iniciativas que buscam não apenas reduzir esses altos

índices, mas principalmente valorizar o parto normal. Maiores informações: CFM tel.: (061) 346.9800 fax: (061) 346.0231



Papanicolaou - Faça o Exame. Previna-se contra o câncer de colo do útero
Secretaria de Estado da Saúde - SP

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde lançaram no mês de março uma estratégia para a redução da

28 de Maio - Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher

Desde 1987, organizações feministas em todo o mundo realizam campanhas contra a morbi-mortalidade materna.

Ao longo dos últimos dez anos as ações destas campanhas nos diversos continentes têm envolvido inúmeros grupos feministas e também articulações de mulheres em nível local, nacional, regional e internacional.

Em cada país os movimentos de mulheres têm trabalhado o 28 de Maio a partir de suas prioridades e realidades.

Até o ano 2000 a campanha do 28 de Maio terá como eixo: "Acesso a Serviços de Saúde de Qualidade - Um Direito das Mulheres".

Neste ano de 1998, quando todas as nações comemoram o 50.º aniversário da Declaração Universal dos Direitos Humanos, **celebramos e exigimos em nossa Campanha do 28 de Maio os direitos humanos das mulheres.**

mortalidade por câncer de colo de útero no estado de São Paulo. Segundo as organizadoras dessa Campanha, a meta estabelecida é chegar ao final do ano 2000 com todas as mulheres em dia com o exame de prevenção. Maiores informações: Área de Saúde da Mulher da SES-SP tel.: (011) 853.8893



Campanha do 28 de Setembro

Dia de Luta pela Despenalização do Aborto

A Campanha do 28 de Setembro na América Latina e Caribe publicou seu segundo Boletim contendo informações sobre as atividades de campanha, processos legislativos e iniciativas junto à imprensa na luta pelo direito ao aborto nos diversos países latino-americanos. Atualmente a coordenação dessa Campanha está sob responsabilidade de Cecília Olivares, do Centro de Informação e Desenvolvimento da Mulher, de La Paz, Bolívia. Maiores informações: RedeSaúde, Brasil e-mail: redesaude@ax.apc.org ou CIDEM, Bolívia e-mail: cidem@ccibo.entelnet.bo

Publicações



Perfil Epidemiológico da Saúde Masculina na Região das Américas:

Uma contribuição para o enfoque de gênero
Faculdade de Saúde Pública - USP
Ruy Laurenti (pesquisador principal)
São Paulo, 1998, 159 p.

Elaborado por solicitação da Organização Panamericana de Saúde, esse estudo procura mostrar algumas diferenças entre a saúde do homem e a saúde da mulher, medidas por vários indicadores, muitas vezes obtidos em trabalhos clássicos de mortalidade. Segundo os autores, trata-se de um estudo descritivo e exploratório que teve como objetivo apresentar características da saúde masculina. Os autores consideram que têm sido realizados poucos estudos sobre o sexo masculino com um enfoque de gênero. Maiores informações: Faculdade de Saúde Pública / USP
tels.: (011) 3066.7000 / 3066.7702
fax: (011) 883.4246



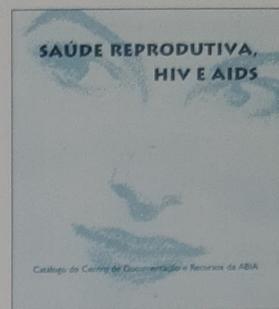
Revista Estudos Feministas

Instituto de Filosofia e Ciências Sociais - UFRJ
Rf, vol. 5, n.º 1/97, 244 p.

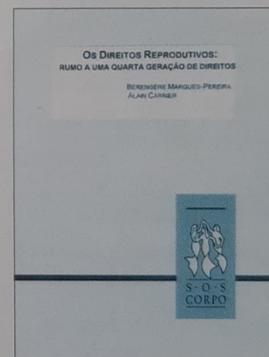
Os artigos selecionados abordam temas variados, como violência simbólica, trabalho e mudanças tecnológicas, e as vivências de mulheres militares e caixas de supermercado. Além de resenhas e informações sobre eventos, esse número traz também o Dossiê Gênero e Velhice, contendo oito artigos que tratam desse ciclo de vida sob uma perspectiva de gênero e pluridisciplinar, apresentando, entre outros, o perfil sócio-demográfico da população idosa no Brasil, políticas públicas e histórias de vida. Maiores informações: IFCS - UFRJ
tel.: (021) 507.3933
fax: (021) 221.1470

Saúde Reprodutiva, HIV e AIDS
Catálogo do Centro de Documentação e Recursos da ABIA
Rio de Janeiro, 1997, 59 p.

O objetivo do catálogo é divulgar e facilitar a consulta ao acervo de mais de 5 mil



documentos sobre o tema, entre teses, folhetos, livros, boletins e cartazes, de que a ABIA dispõe em seu centro de documentação, hoje uma importante interface dessa organização com a comunidade, atendendo de estudantes a pesquisadores. Maiores informações: ABIA tel.: (021) 224.1654
fax: (021) 253.8495
e-mail: abia@ax.apc.org



Os Direitos Reprodutivos: Rumo a uma quarta geração de direitos
Bérengrère Marques-Pereira e Alain Carrier
SOS Corpo - Gênero e Cidadania
Recife, 1997, 14 p.

Trata-se de um artigo inédito no Brasil, traduzido e publicado por iniciativa do SOS Corpo. Segundo os autores, esse texto "visa confrontar a questão da conceitualização de uma quarta geração de direitos – os direitos reprodutivos – com os critérios

do real, através da aplicação dessa reflexão à situação brasileira”.

Maiores informações:

SOS Corpo

tel.: (081) 423.3044

fax: (081) 413.3180

e-mail:

soscorpo@elogica.com.br



A Face Masculina do Planejamento Familiar:

Trabalhando com grupos de homens
 Maria Auxiliadora Garcia da Costa
 Fortaleza, 1997, 88 p.

Esse manual apresenta uma proposta metodológica para a realização de grupos sócio-pedagógicos entre homens, visando a sensibilização da população masculina para uma maior participação nas decisões e ações relativas ao exercício da sexualidade, dos direitos reprodutivos e do planejamento familiar.

Maiores informações:
 tel./fax: (085) 272.7658

Trabalho e Saúde

Mujeres en Riesgo:

Develando lo oculto sobre salud de las trabajadoras
 Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe
 Santiago, 1997, 160 p.



Segundo número da série Cuadernos Mujer Salud, essa publicação contém artigos de autores de vários países, que abordam o tema mulher, trabalho e saúde a partir de enfoques diversos, como trabalho e morbidades, mulheres e trabalho agrícola, gênero e flexibilização do trabalho, entre outros.

Maiores informações:
 tel.: (56-2) 634.9827
 fax: (56-2) 634.7101
 e-mail:
 rsmiac@mail.bellsouth.cl



Bioética: Uma face da cidadania

Fátima Oliveira
 São Paulo: Moderna, 1997, 144 p.

Circunscrito à ética nas ciências biológicas e áreas afins, esse livro busca refletir sobre as perspectivas de “biopoder”, trazidas pelo grande desenvolvimento das pesquisas e do conhecimento biológico na segunda metade do século 20.

Maiores informações:

Editora Moderna

tel.: (011) 291.4677

fax: (011) 608.3055



Doença de Parkinson:

Manual para parkinsonianos e seus familiares
 Wilma Monteiro
 Fortaleza, 1997, 85 p.

Buscando preencher uma lacuna conhecida pelas pessoas leigas e técnicas envolvidas na questão Parkinson, esse manual – em segunda edição, revisada e ampliada – enfoca o autocuidado para o/a paciente e orientações para o/a cuidador/a. São apresentados aspectos facilitadores para o convívio com a doença, abordados pelo ângulo da medicina, fisioterapia, sociologia e psicologia.

Maiores informações:
 Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde
 tel.: (011) 212.8681
 fax: (011) 813. 8578

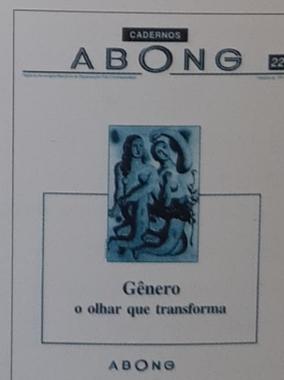
Desejo de Vida: Um programa para garotas de programa

Waldenez de Oliveira (org.)
 São Carlos: UFSCar, 1997, 96 p.

Esse livro é o resultado de um programa educativo realizado



com prostitutas de São Carlos e, segundo a organizadora, foi feito para mulheres prostitutas. Trabalhando com perguntas e respostas, o livro busca informar com linguagem simples como são os corpos da mulher e do homem e esclarecer dúvidas sobre questões como aborto, contracepção e DSTs/AIDS. Maiores informações: Editora da Universidade Federal de São Carlos
 tel./fax: (016) 274.8137
 e-mail: deme@power.ufscar.br



Gênero: O olhar que transforma
 Cadernos ABONG
 São Paulo, n.º 22, out/97, 28 p.

O caderno apresenta cinco artigos que discutem a contribuição do feminismo e das relações de gênero no

debate sobre modelos de desenvolvimento, a discussão sobre gênero nas ONGs de mulheres, e políticas públicas e gênero.

Maiores informações: ABONG
tel./fax: (011) 822.6604
e-mail: abong@uol.com.br



Mulher, Política e Ação

*Câmara dos Deputados
Brasília - DF, 1997, 126 p.*

A Comissão Especial da Câmara dos Deputados destinada ao estudo de medidas legislativas que visem implementar no Brasil as decisões da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995) lançou essa publicação, que contém os principais tópicos abordados em audiências públicas realizadas no Congresso Nacional, alguns dados sobre a participação das mulheres nos poderes legislativo, executivo e judiciário, além de informações gerais sobre os projetos em tramitação e recomendações da Comissão.

Maiores informações:
Câmara dos Deputados
tel.: (061) 318.5440
fax: (061) 318.2440

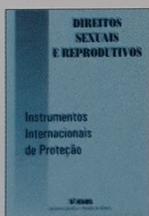


Mulher e AIDS:

O que tenho a ver com isso?
*Centro da Mulher 8 de Março
Mossoró - RN, 1997, 18 p.*

Esse caderno faz parte do projeto "Mulher e AIDS: Muito além do grupo de risco", desenvolvido com a preocupação de incorporar um olhar de gênero ao debate das DSTs/AIDS nas mulheres.

Maiores informações: CM8
tel.: (084) 316.1537
e-mail: cm8@serv2000.com.br



Direitos Sexuais e

Reprodutivos: Instrumentos internacionais de proteção
*Themis - Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero
Porto Alegre, 1997, 143 p.*

Trata-se de um trabalho inédito, que resgata e sistematiza os principais instrumentos internacionais de proteção, que regem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em todo o mundo. A publicação traz traduções (do inglês e espanhol) de declarações, convenções, tratados e plataformas de ação das conferências mundiais, compilados a partir da

abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos.

Maiores informações: Themis
tels./fax: (051) 225.9028 /
225.2025



Sobre Valores e Fatos:

A experiência das ONG que Trabalham com Aids no Brasil
*CN-DST/AIDS -
Ministério da Saúde
Brasília - DF, 1997, 40 p.*

O objetivo da publicação é oferecer um panorama sobre a experiência da CN-DST/AIDS - Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, do Ministério da Saúde, no financiamento de projetos de ONGs para o combate às DSTs e ao HIV/AIDS. Além de resgatar um pedaço da história das primeiras respostas sociais à epidemia, traz também uma análise sobre o perfil das ONGs/AIDS e uma avaliação sobre os projetos implementados.
Maiores informações:
CN-DST/AIDS
e-mail: aids@aids.gov.br

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

*Núcleo de Comunicação, Fundação
UNI - UNESP, Botucatu - SP,
1997, 226 p.*

Essa publicação semestral pretende ser um espaço aberto a contribuições de



pesquisadores, docentes, alunos e profissionais envolvidos com a problemática da educação e da comunicação na área da saúde. Traz ensaios, artigos e resenhas.

Maiores informações:
tel.: (014) 821.2121, r. 2232
fax: (014) 821.3133
e-mail: intface@fmb.unesp.br



Práticas Médicas e Cidadania

Jacqueline Pitanguy e Flávio Edler (orgs.)
*Cadernos CEPIA n.º 3
Rio de Janeiro, 1997, 149 p.*

Esse número dos *Cadernos CEPIA* tem como base as discussões ocorridas no Seminário Práticas Médicas e Cidadania organizado pela CEPIA e pela AMERERJ em 1996. Foram debatidos os seguintes aspectos: ética, formação, mercado de trabalho e profissionalização médica. Ao longo dos debates discutiram-se questões ligadas à medicina e sociedade, ressaltando as dimensões de gênero e poder.
Maiores informações: CEPIA
tel./fax: (021) 205.2136
e-mail: cepia@ax.apc.org

Mais Hospitais Realizam Aborto Legal

O número de hospitais que realizam aborto previsto em lei no país aumentou de 9 para 13, havendo ainda a possibilidade de implantação de mais dois serviços de aborto legal ainda neste ano.

Nos últimos doze meses foram implantados quatro novos serviços nas cidades de Belém, Porto Alegre e São Paulo:

- em Belém, o serviço de aborto legal funciona na Fundação Santa Casa de Misericórdia e foi implantado através de portaria da Secretaria Estadual de Saúde. Segundo a coordenação do serviço, foram atendidas 15 pacientes e realizadas 7 interrupções de gravidez, a maioria em jovens de 18 a 21 anos;

- em Porto Alegre, são dois os hospitais que oferecem atualmente serviço de aborto legal: o Hospital Presidente Vargas e o Hospital Conceição;
- em São Paulo, o programa de aborto legal conta agora com mais um local de atendimento, que está funcionando desde fevereiro no Hospital São Paulo, mantido pela Universidade Federal de São Paulo.

Segundo a responsável pela área de saúde da mulher do Ministério da Saúde, Janine Schirmer, o crescimento no número de serviços de aborto previsto por lei é bastante positivo, uma vez que aumenta a possibilidade de a mulher contar com um atendimento adequado.

Hospitais que prestam serviço de aborto previsto em lei

Belém

Fundação Santa Casa de Misericórdia, tel.: (091) 210.2295

Brasília

Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB, tel.: (061) 443.2322

Campinas/SP

Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher - Unicamp, tel.: (019) 788.8135

Porto Alegre

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, tel.: (051) 226.9300

Hospital Conceição, tel.: (051) 341.1300

Recife

Hospital Agamenon Magalhães, tel.: (081) 441.5888

Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros (Maternidade da Encruzilhada), tel.: (081) 427.3911

Rio de Janeiro

Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, tel.: (021) 580.8343 / 580.1132

Maternidade Herculano Pinheiro, tel.: (021) 390.0180

Maternidade da Praça XV, tel.: (021) 221.1107

São Paulo

Hospital Municipal Dr. Arthur R. Saboya (Hospital Jabaquara), tel.: (011) 578.5111

Hospital Pérola Byington, tel.: (011) 232.3433

Hospital São Paulo, Unifesp, tel.: (011) 576.4226 / 576.4000