

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

Copyright © Rosalind P. Petchesky e Karen Judd, 1998

Copyright dos capítulos individuais © Autoras, 1998

SUMÁRIO

Tradução	Jones de Freitas (Capítulos 1 a 6)	7
	Marcelo Amoy (Capítulos 7 a 9)	13
Revisão de Texto	Consultexto	
Revisão Técnica	Ana Paula Portella	
Editoras brasileiras	Ana Paula Portella e Sonia Corrêa	
Coordenação de Produção	Marcia Laranjeira	
Produção Executiva	Fátima Ferreira	
Projeto Gráfico e Capa	Carlos Pellegrino	
Apoio		
MacArthur, EED, Novrb e CCE		
Este trabalho foi desenvolvido com o apoio financeiro da Comissão Europeia. Os pontos de vista expressos são de responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a posição oficial da Comissão.		
P477n	PETCHESKY, Rosalind P. Negociando Direitos Reprodutivos/Rosalind Petchesky P.; Karen Judd; tradução de Jones de Freitas; Marcelo Amoy - Recife: SOS CORPO - Instituto Feminista para a Democracia, 2005. 400 p. : 24 cm Tradução: Negotiating Reproductive Rights	
	Bibliografia	
	1. Direitos reprodutivos. 2. Título I, JUDD, Karen.	
	CDD 396	
	Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do Centro de Documentação e Apoio Pedagógico do SOS CORPO.	
Todos os direitos reservados ao		
SOS CORPO - Instituto Feminista para a Democracia		
Rua Real da Torre, 593 - Madalena - Recife PE		
Tel: 81 - 3445.2086 / Fax: 81 - 3445.1905		
e-mail: sos@soscorpo.org.br		
www.soscorpo.org.br		
Impresso no Brasil - 2005.		

Agradecimentos	7
Prefácio	
Sonia Corrêa	
1. INTRODUÇÃO	19
Rosalind P. Petchesky	
2. "NUNCA COMO NOSSAS MÃES"	53
Brasil — escolhas reprodutivas e a emergência da cidadania entre trabalhadoras rurais, trabalhadoras domésticas e donas-de-casa	
Simone Grilo Diniz, Cecília de Mello e Souza e Ana Paula Portella	
3. A ASTÚCIA DAS MULHERES VENCE A DOS HOMENS	93
Soluções de compromisso e acomodações estratégicas na vida reprodutiva da mulher egípcia	
Aida Seif El Dawla, Amal Abdel Hadi e Nadia Abdel Wahab	
4. ENTRE A MODERNIZAÇÃO E O REVIVALISMO PATRIARCAL	135
Negociações reprodutivas das mulheres da Malásia Peninsular	
Rita Raj, Chee Heng Leng e Rashidah Shuib	
5. "PORQUE NASCERAM DE MIM"	175
Negociando os direitos das mulheres no México	
Adriana Ortiz Ortega, Ana Amuchástegui e Maria Rivas	
6. SEXUALIDADE E FECUNDIDADE DAS MULHERES NA NIGÉRIA	213
Rompendo a cultura do silêncio	
Grace Osakue e Adriane Martin-Hilber	
7. DE SAMÁS A DAPAI	255
A afirmação de direitos nas decisões reprodutivas nas Filipinas	
Mercedes Lactao Fedros, Aileen May C. Paguntalan, Lourdes L. Archos e Maria Teresa Gutia-Padilla	
8. O SUL DENTRO DO NORTE	295
Escolhas Reprodutivas em Três Comunidades dos EUA	
Dianne Jml Forte e Karen Judd	
9. COMPARAÇÕES ENTRE PAÍSES E PERSPECTIVAS POLÍTICAS	339
Rosalind P. Petchesky	
Bibliografia	373
Sobre as autoras	395

INTRODUÇÃO

Rosalind P. Petchesky¹

As origens e o contexto global do IRRRAG

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

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

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

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

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

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

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

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

Embora a origem do termo *direitos reprodutivos* possa ser encontrada em movimentos que inicialmente surgiram na América do Norte e na Europa, movimentos similares (porém distintos) em defesa da saúde e dos direitos reprodutivos das mulheres formaram-se rapidamente na América Latina, no Caribe, na Ásia e na África, entre o início e meados dos anos 80.⁵ Como observaram García-Moreno e

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

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

⁴ Não existe tradução dicionarizada para o termo *empowerment*. Ele tem sido traduzido por "emancipação" ou "fortalecimento das capacidades". Entretanto, o movimento feminista considera que essas traduções não denotam o significado contido no termo *empowerment*, de reequilíbrio das relações de poder entre homens e mulheres e, por isso, as feministas têm usado o termo *empoderamento* como sua tradução (Nota das Editoras Brasileiras). Todas as notas das editoras e dos tradutores estarão grafadas com asterisco.

⁵ Nos anos 90, foram publicadas numerosas críticas feministas às teorias e políticas populacionais neomalthusianas. Veja, por exemplo, Bandura, 1997; Battiwala, 1994; Cortá, 1994; Dixon-Mueller, 1993; Greenhalgh, 1996; Hartmann, 1995; Pianguey e Petchesky, 1993; e Sen, German e Chen, 1994.

⁶ Nos Estados Unidos, o Comitê pelo Direito ao Aborto e contra os Abusos da Esterilização (CARASA) foi formado em 1977, e a Rede Nacional de Direitos Reprodutivos (R2N2), em 1978. Na Europa, a Campanha Internacional pelo Direito ao Aborto, que se tornou a Campanha Internacional sobre Aborto, Esterilização e Anticoncepção (ICASE), também foi estabelecida em 1978. Em 1984, logo antes da Conferência Mundial sobre População, na Cidade do México, com incentivo dos grupos de ativistas do Sul, transformou-

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

Tanto as organizações de mulheres não-brancas⁷ nos Estados Unidos e no Brasil como os grupos de mulheres da Índia têm feito vigorosa oposição aos abusos da esterilização e à promoção coercitiva ou não-consensual de anticoncepcionais de longa duração por programas de planejamento familiar (Fried, 1990; Hathi, 1996; Srinivas e Kanakamala, 1992; Delegação das Mulheres Não-brancas dos Estados Unidos, 1994). Tanto essas campanhas quanto os esforços de reconceitualização deram força às coalizões de mulheres na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos (Viena, 1993),

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

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

⁷ *Women of color*, no original, descreve todos os grupos raciais não-brancos: negros, mestiços, orientais, etc. (Nota do Tradutor).

na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD – Cairo 1994) e na IV Conferência Mundial de Mulheres (CMM – Beijing, 1995). Representando as mulheres do Sul e do Norte, essas coalizões fizeram com que o velho discurso sobre população e planejamento familiar fosse substituído por um amplo conceito de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, vinculando a liberdade sexual e reprodutiva aos direitos humanos das mulheres.⁸ O princípio nuclear destes conceitos — direitos sexuais e reprodutivos —, até meados da década de 80, era considerado, em quase todos os países e sistemas políticos, como inaceitável. Isso porque era impensável conceber que, até mesmo nas esferas mais íntimas das vidas familiar e sexual e da procriação, devem prevalecer os direitos humanos das mulheres à autodeterminação e igualdade. Esse princípio — e o sucesso dos movimentos de mulheres que fizeram com que o mesmo fosse internacionalmente reconhecido — está incorporado num parágrafo histórico adotado por delegações governamentais em Beijing:

Os direitos humanos da mulher incluem o seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive à sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente com respeito a essas questões, livres de coerção, discriminação e violência. As relações igualitárias entre a mulher e o homem a respeito das relações sexuais e da reprodução, incluindo o pleno respeito à integridade pessoal, exigem o respeito e o consentimento recíprocos e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade e as consequências do comportamento sexual.⁹

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

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

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

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

Por um lado, essa perspectiva dual dos direitos sexuais e reprodutivos inclui a ética feminista de integridade corporal e autonomia pessoal¹⁰ que permeia os documentos do Cairo e de Beijing e questiona diretamente o arsenal moral dos fundamentalistas, sejam eles cristãos ou islâmicos. Essa ética feminista exige não só que as mulheres não sofram abuso e violação de seus corpos, mas que sejam tratadas como agentes principais, como aquelas que tomam as decisões sobre sua fecundidade e sexualidade; devem ser percebidas como o fim, e não o meio dos programas de saúde, população e desenvolvimento. Além disso, esse imperativo é aplicado não somente aos Estados e seus agentes, mas também a todos os níveis em que os diferenciais de poder entre homens e mulheres estão em operação: a família, os serviços de saúde, o local de trabalho, o centro religioso e a comunidade. Por outro lado, a perspectiva feminista vincula os direitos do corpo e da pessoa diretamente aos direitos políticos, econômicos e sociais, ou seja, às condições necessárias para se atingir uma situação de justiça entre pessoas de ambos os sexos e de diferentes classes, raças e etnias (Blatiwala, 1994; Corrêa e Perchesky, 1994).

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

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

¹⁰ Personhood no original. Muito embora personhood possa, em contextos semânticos específicos, ser traduzido por personalidade, optamos por não adotar essa tradução para evitar ambigüidades. Na tradição intelectual brasileira, "personalidade" denota melhor uma certa lógica dos relacionamentos que um atributo dos sujeitos sociais. Na perspectiva desenvolvida neste livro, o sentido fundamental de personhood é o de "ser respeitada e poder tomar decisões éticas como pessoa humana". Isso nos fez optar pela noção de autonomia pessoal que — embora não sendo uma tradução perfeita — está consagrada no discurso político do movimento feminista brasileiro. (Nota das Editoras Brasileiras.)

1997; Corrêa, 1994; Desai, 1994; Sparr, 1994). As mulheres não podem, individualmente, exercer seus direitos sexuais e reprodutivos na ausência de condições que favoreçam seu *empoderamento*. Essas condições incluem tanto suporte material quanto de infra-estrutura (como transporte confiável, creches, empregos, assim como serviços de saúde adequados e acessíveis) quanto mecanismos de apoio nos planos culturais e políticos (como acesso à educação e ao poder político e fortalecimento da auto-estima). A implementação de tais condições para a ampla maioria das mulheres exige um reordenamento das políticas econômicas nacionais e internacionais que permita o não-pagamento do serviço das dividas externas e a redução dos gastos militares, em favor do bem-estar social e dos serviços básicos de saúde (Corrêa e Perchesky, 1994). No entanto, as políticas econômicas e sociais nos sete países onde o IRRRAG atua, refletindo as tendências globais, seguem na direção oposta: implementam programas de ajuste estrutural que impõem privatizações e cortes nos serviços sociais e privilegiam os interesses empresariais e o capital transnacional, continuando a realizar elevados gastos militares.¹¹

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

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

¹¹ Em relação a gastos militares, o Brasil está entre os países do mundo que apresentam os menores percentuais de despesas nesta área (Nota das Editoras Brasileiras).

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

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

Marco Conceitual

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

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

nenhum equivalente em certas línguas nacionais (por exemplo, não existe palavra equivalente a *reprodutivo* em árabe e malaio; e nenhuma expressão vernacular para *empoderamento* ou *entitlement*, em português e espanhol).¹⁰ Embora, nos últimos dez anos, grupos de mulheres, em alguns de nossos países, tenham usado alguma versão do termo *direitos reprodutivos* no seu trabalho de organização e ação política (*advocacy*),¹¹ em outros países, o termo era muito menos aceito. As participantes da Nigéria e das Filipinas preferiam utilizar um discurso voltado para a "saúde" ou para a "plenitude física e mental", pois consideravam que, mais do que o discurso dos direitos, isso faria maior sentido nos grupos de base aos quais estavam relacionadas. No entanto, outras participantes defendiam, de forma igualmente vigorosa, a manutenção de "direitos reprodutivos", especialmente as pesquisadoras do México e do Brasil, onde os movimentos de mulheres têm associado autonomia reprodutiva a direitos de cidadania; as participantes dos Estados Unidos, onde o movimento pelos direitos civis dos afro-americanos tem nutrido uma longa tradição de direitos da comunidade, também tinham uma argumentação semelhante. Ressaltavam que os movimentos progressistas de todo o mundo adotaram uma agenda de direitos humanos associada a lutas por igualdade e justiça não somente para as mulheres, mas também para muitos outros grupos oprimidos. As participantes do Egito e da Malásia observavam que, em seus países, apesar de não existir um equivalente exato em seus idiomas, as feministas, e até mesmo funcionários da saúde, já usavam o termo.

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

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

¹⁰ A tradução direta de *direitos reprodutivos* para o árabe é *al-hoquouq al-ingibah* ou, literalmente, "o direito de dar à luz".

¹¹ *Advocacy* pode, eventualmente, ser traduzido por advocacia. Entretanto, em português, advocacia se refere, fundamentalmente, a atividades de natureza legal ou jurídica. *Advocacy*, porém, tem um significado mais amplo, denotando iniciativas de pressão política e de articulação, mobilizadas por organizações da sociedade civil com o objetivo de dar visibilidade a certos temas no debate público e influenciar políticas públicas. (Nota das Editoras Brasileiras.)

A despeito do debate sobre a linguagem, chegamos a um consenso de que as mulheres devem ter controle sobre quando, se e com quem terão filhos, além de terem acesso às condições que tornam possível esse controle. Todas as participantes concordaram que, para a maioria das mulheres, que é pobre e marginalizada, atingir a autodeterminação reprodutiva requer, em última análise, mudanças fundamentais, não somente na qualidade e disponibilidade dos serviços públicos, mas também nas condições estruturais e nas políticas públicas que sustentam uma ordem social e econômica injusta. No entanto, persistiriam ignições na linguagem e no que se refere ao conteúdo dos direitos reprodutivos. Em 1992, as equipes de alguns países ainda relatavam em aceitar que a liberdade de orientação sexual fosse inerente à agenda de saúde e direitos reprodutivos e, portanto, uma dimensão a ser investigada pela pesquisa. Em função do trabalho das feministas lésbicas e de ativistas da aids, e também à luz da pandemia mundial do HIV/aids e de sua crescente incidência entre mulheres heterossexuais, o conceito de *direitos sexuais* foi posteriormente inscrito no documento de Beijing (veja acima). Embora ainda em estágio inicial, esse conceito tem lugar destacado na agenda de muitas organizações de mulheres e do campo da saúde reprodutiva, e tanto suas dimensões negativas (ausência de abuso e risco sexual) quanto positivas (liberdade para o prazer sexual) foram incorporadas por todas as equipes do IRRRAG.

Em anos recentes, numerosos estudos e revistas especializadas têm examinado, no contexto internacional, as diversas perspectivas feministas sobre a reprodução, estabelecendo uma base analítica sólida para pesquisas empíricas e interculturais.¹¹ A partir desses estudos, a pesquisa do IRRRAG tentou: (a) coletar dados etnográficos

¹¹ Veja Correa, 1994; Dixon-Mueller, 1993; Ginsburg e Rapp, 1995; Greenhalgh, 1995; Hartmann, 1995; Sen, Germain e Chen, 1994; Sen e Snow, 1994; *Reproductive Health Matters*, 1993-1997; e *WCNRR Newsletter*, 1987-1997. Quando o IRRRAG surgiu, não tínhamos conhecimento de nenhum outro esforço similar de colaboração em pesquisa no plano internacional. Posteriormente, tivemos a satisfação de ver o aparecimento de vários projetos que, embora organizados em marcos institucionais muito distintos, tinham objetivos similares de pesquisa e, em alguns casos, de ação. Por exemplo, o GRHPP (Projeto de Políticas Populacionais, Saúde Reprodutiva e Gênero, antes conhecido como INDRA-HAIN), com base em Amsterdã e Manila e envolvendo onze países em várias regiões do mundo, vem utilizando métodos qualitativos para pesquisar as perspectivas da usuária sobre os diferentes tipos de serviços de saúde reprodutiva e planejamento familiar. O Centro Internacional de Pesquisas sobre a Mulher tem contratado estudos em muitos países, abordando, do ponto de vista etnográfico, como as mulheres vivem a sexualidade e negociam o sexo seguro como proteção ao HIV/aids. O Projeto de Estudos da Mulher (da Saúde da Família Internacional) tem implementado programas de pesquisa qualitativa em oito países, abordando as necessidades e perspectivas das mulheres em relação aos programas e métodos de planejamento familiar. Muitas redes internacionais — Mulheres Vivendo sob Leis Islâmicas, Mulheres e as Leis na África Meridional, ARROW e RAINBO (Rede de Informação, Ação e Pesquisa sobre a Integridade Corporal, voltada essencialmente para a mutilação genital feminina) — acrescentaram substancial item de pesquisa a seu trabalho de *advocacy*. Além disso, a revista *Reproductive Health Matters* publica um compêndio de pesquisas e análises similares, normalmente relativas a um só país, em dois volumes por ano.

primários, (b) filtrá-los através de uma lente comparativa e intercultural e (c) fazer um conjunto específico de perguntas sobre a vida sexual e reprodutiva das mulheres e suas estratégias de tomada de decisão nestes campos. Embora nossa pesquisa suscitasse muitas questões correlatas, os estudos nacionais foram motivados, sobretudo, por duas perguntas: como as mulheres de diferentes países, culturas e gerações experimentam o sentimento *e/ou* a consciência de que estão autorizadas e legitimadas a ter direitos (*entitlement*) (e negociam-no) em relação ao seu bem-estar e à sua saúde reprodutiva e sexual e ao seu bem-estar? Em que circunstâncias de vida e através de que termos, códigos e estratégias, elas passam a assumir o controle de seu corpo nos domínios da sexualidade e da reprodução? Assim, desde o início, a pesquisa estava fundamentalmente preocupada com questões de *agenciamento*¹² moral e político e com a formulação, por parte das mulheres, de demandas por autonomia pessoal sobre suas decisões e com sua luta para conquistar essa autoridade. Estávamos especialmente interessados em saber como e quando essas reivindicações emergem na chamada arena “privada” da família e das relações sexuais, buscando, porém, conhecer sua ressonância nos domínios “públicos” — o Estado, os serviços de saúde, a instituição religiosa, a comunidade —, que se tornam guardiões locais do comportamento sexual e reprodutivo da mulher. Além do nível micropolítico, também estávamos interessados em saber quando as políticas públicas relativas à saúde e população reforçam as normas tradicionais da subordinação feminina e quando, de fato, contribuem para o *empoderamento* das mulheres, levando-as a desafiar essas normas.

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

¹² A palavra *entitlement* é literalmente traduzida por *direito* e *sense of entitlement*, portanto, conceito central nesta pesquisa, pode ser traduzido por *percepção ou consciência de direitos*. Nesta tradução, utilizamos estas duas formas ou, ainda, tal como descrito anteriormente, para significar o sentimento de sentir-se autorizada ou legitimada a ter direitos em determinado campo da vida (Nota das Editoras Brasileiras).

¹³ Agenciamento foi, à falta de outra mais adequada, a palavra escolhida para o conceito de *agency*, cuja tradução literal é *agência*. O sentido do conceito de *agency* liga-se à capacidade e possibilidades de os/as indivíduos serem agentes de suas próprias ações e de suas próprias vidas, sendo próximo, mas não idêntico, ao conceito de *sujeito*, entendido como aquele ou aquela que é portadora de autonomia e projeto(s) próprio(s). Em razão destas sutilezas teóricas reveladas pelas dificuldades de tradução, o termo *agency* (ou *agenciamento*) só foi utilizado quando não nos foi realmente possível encontrar outras palavras que melhor expressassem o seu significado (Nota das Editoras Brasileiras).

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

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

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

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

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

Reprodução

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

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

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

Direitos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

organizarem pelos direitos humanos nas décadas de 70, 80 e 90 (Bunch, 1990; Freedman e Isaacs, 1993; Corrêa e Peitchesky, 1994; Obermeyer, 1994). Contudo, esses esforços somente agora começaram a gerar novas formas de luta e novas linguagens que têm repercussão nos níveis locais e nos grupos de base.

No entanto, a falta de confiança nos mecanismos formais para a garantia de direitos legais não significa que as pessoas sejam passivas ou relutantes para apresentar demandas e realizar ações vigorosas com o intuito de conseguir o que acreditam ser um direito ou uma necessidade para si próprias e para seus filhos. Essas demandas podem estar baseadas nos princípios fundamentais de justiça e equidade, mesmo que ainda não tenham sido concretizadas em termos legais. Além disso, as estratégias eficazes para conseguir as podem incluir não somente as formas públicas ou institucionais — tais como ações legais, pressões políticas ou greves —, mas também protestos coletivos menos formais, medidas de auto-ajuda e mesmo formas mais sutis de resistência individual ou subversão “privada”. Ao encarar os direitos e as estratégias para garanti-los dessa forma abrangente, chegamos a uma compreensão que é politicamente mais dinâmica e mais aberta em relação ao chamado reino do privado, ou pessoal, do que os modelos convencionais de direitos humanos.

Consciência de Direitos (Sense of Entitlement)

Antes mesmo de compreender melhor o conteúdo dos direitos e das possíveis respostas às suas violações, estávamos conscientes da necessidade de adotar uma terminologia mais flexível, que levasse em conta não somente as formas cotidianas com que a mulher expressa seu senso de necessidade, justiça ou autodeterminação em relação a seu corpo, mas também as maneiras informais, e mesmo sub-reptícias, de que lança mão. Para captar a percepção de nossas entrevistadas quanto às suas necessidades e demandas (em relação aos maridos, pais, profissionais de saúde ou o Estado), além dos parâmetros jurídicos, adotamos o conceito de *consciência de direitos (entitlement)*. Através dessa noção, esperamos lançar luzes sobre o componente subjetivo dos direitos (aquilo a que as mulheres *sentem* e/ou *compreendem* que têm direito) e, portanto, nossa pergunta fundamental na pesquisa seria: quando, onde e em que circunstâncias surge nas mulheres essa percepção de que há prerrogativas masculinas em relação às decisões e escolhas nas áreas reprodutiva e sexual?

É importante distinguir a forma pela qual a equipe do IRRAG interpreta a noção de *entitlement* (consciência de direitos) da forma mais habitual com que o conceito é utilizado no discurso das políticas públicas. O termo “*entitlement*” surgiu, na Europa, depois da Segunda Guerra Mundial, no contexto de consolidação do Estado de Bem-Estar Social, como um reconhecimento da ideia de que todo indivíduo possuía “direitos naturais” e que os governos tinham o dever de garantir às pessoas em situação social e econômica desvantajosa o pleno usufruto destes direitos (Marshall, 1975). O Estado do Bem-estar Social, uma concessão feita para assegurar a estabilidade social e

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O corpo e o "eu"

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

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

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

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

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

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

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

Acomodação e resistência

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Na medida em que o conceito de *agenciamento* implica autodeterminação, ele nos leva diretamente para a ideia de um conjunto de relações e de uma sociedade transformada, na qual as mulheres atuam como cidadãs plenas e com poder para tomar decisões, tanto na esfera privada quanto na vida pública. Junto com "Alternativas de Desenvolvimento para as Mulheres numa Nova Era" (DAWN), as participantes do IRRRAG concordam que "devemos questionar as práticas culturais quando elas apenas reforçam a subordinação das mulheres e causam danos à sua integridade física ou à sua liberdade de tomar decisões sobre suas próprias vidas" (Corrêa, 1994:82). Ao mesmo tempo, conceitualmente²¹, insistimos na importância de uma perspectiva intermediária: nessa conjuntura da história e do desenvolvimento social, as mulheres podem mostrar uma consciência de direitos, mesmo na ausência de qualquer perspectiva mais concreta a respeito de uma família ou sociedade mais justas ou de soluções para as concessões que fazem quanto à sua integridade corporal. É nesta posição ténue, ambígua, porém promissora, que se acham as mulheres que ouvimos na pesquisa.

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

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

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

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

Desde o início, o projeto foi perturbado por uma questão estrutural: as diferentes posições das sete equipes, especialmente a da coordenação internacional, situada em Nova York, sobre a dinâmica de poder do capital global, dos países e das agências financiadoras.²² A localização da coordenação internacional do IRRRAG nos EUA tinha o potencial de recriar um padrão global em que as decisões financeiras e organizativas, as ligações com os doadores e outros aspectos do poder estariam, uma vez mais, concentrados no Norte. Em maior ou menor escala — desde questões como e onde conseguíamos nossos financiamentos, passando por nossas possibilidades de ter acesso à informação e até sobre a que restaurante íamos e o que comíamos —, éramos constantemente lembradas que, mesmo com a melhor boa vontade, as colaborações internacionais das feministas têm de enfrentar as estruturas de poder hierárquicas, que refletem diferentemente o mundo em que nos situamos. Nossos distintos graus de acesso a recursos e privilégios dentro daquelas estruturas podem afetar nossos interesses relativos em transformá-las, assim como nossa confiança recíproca. Portanto, o desenvolvimento de um processo coletivo voltado para nutrir a confiança mútua foi crítico para possibilitar o trabalho conjunto do IRRRAG.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabela 1 Perfil dos/as Entrevistados/as pelo IRRRAG

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

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

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

"NUNCA COMO NOSSAS MÃES!"

Brasil — escolhas reprodutivas e a emergência da cidadania entre trabalhadoras rurais, trabalhadoras domésticas e donas-de-casa

Simone Grilo Diniz, Cecília de Mello e Souza e Ana Paula Portella¹

Para as mulheres brasileiras, a vida reprodutiva está entrelaçada ao tecido maior da subordinação de gênero em casa e no local de trabalho, da violência doméstica, das representações e práticas relacionadas ao matrimônio e à sexualidade, e de um sistema de saúde em contínua deterioração.¹ A nova Constituição brasileira, promulgada em 1988, estabeleceu que a saúde é um direito universal e uma responsabilidade do Estado, porém, na prática, a implementação plena desse direito e a reformulação da saúde têm sido impedidas pela instabilidade e má gestão financeiras. Ao mesmo tempo, a taxa de fecundidade declinou quase 50% desde 1970, passando de 5,6 para 2,5 filhos por casal, a despeito da atitude *laissez-faire* do governo em relação a políticas de planejamento familiar (BEMFAM/DHS, 1997). No entanto, esse "milagre demográfico" não foi acompanhado do previsto "milagre econômico" para uma significativa percentagem de brasileiros que permanecem aprisionados na

¹ Além das três autoras principais, este capítulo não poderia ter sido escrito sem o esforço dedicado de outros membros da equipe do IRRAG no Brasil: Margareth Arlita, Cássia Carlotto, Teresa Cielei e Maria Dirce Gomes Pinho (São Paulo); Maria Betânia Ávila (Pernambuco); Helena Bocayuva e Carmen Dora Guimarães (Rio de Janeiro). Muitos agradecimentos também para nossos pesquisadores: Silvia Marques Dantas, Josinete de Oliveira e Yanele Almeida (Pernambuco) e Maria Lúcia da Silveira (São Paulo).

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

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

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

O contexto socioeconômico e político brasileiro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fora do local de trabalho, todas as trabalhadoras brasileiras sofrem com a falta de ajuda masculina nas tarefas domésticas; assim, além do trabalho remunerado, as mulheres executam grande parte do trabalho doméstico e dos cuidados com as crianças. Também não foram implementadas políticas de educação e creche para as crianças de até 6 anos de idade, embora esses benefícios estejam previstos na Constituição de 1988. Entre 1982 e 1990, a proporção de famílias chefiadas por mulheres (que têm renda inferior às chefiadas por homens) no Brasil aumentou de 16,6% para 20,3%.⁴ Além disso, a falta de creches e de outros equipamentos de apoio ao trabalho reprodutivo, junto com a prática ilegal, porém comum, de exigir teste de gravidez ou ligação das trompas como condição para o emprego, ajudam a explicar porque a fecundidade declinou mesmo com algumas políticas sociais de apoio à maternidade⁵ (CFEMEA, 1993).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabela 8.2 Educação

Educação	Loja de Costura de Soperion*	Grupo de Saúde Dominicano	Aliança Dominicana	Grupo do Sindicato
Média de anos	10,8	8,5	10,9	14,4
Até 4a série	3	6	4	-
Até 8a série	13	8	9	-
2o grau/técnico	16	2	16	-
Universitário	1	0	0	50

*As informações educacionais não estavam disponíveis para duas das mulheres neste estudo.

Tabela 8.3 Renda Média

Loja de Costura de Soperion	Grupo de Saúde Dominicano	Aliança Dominicana	Grupo do Sindicato
US\$ 10.000	US\$ 12.000	US\$ 10.000	US\$ 20.000

Tabela 8.4 Uso de Contraceptivos

Indicadores	Loja de Costura de Soperion (35)	Grupo de Saúde Dominicano (16)	Aliança Dominicana (29)	Grupo do Sindicato (50)
Nº de mulheres utilizando*	24	8	12	22
Esterilização	14	7	5	5
Norplant/Depo Provera	2	0	1	0
Pílula	6	1	5	15
Preservativo Masculino	2	0	1	13
Nenhum	2	5	6	17
Outros**	9	3	11	13

*Totais superiores ao número de mulheres na categoria refletem o uso de mais de um método.

**Incluem histerectomia, mulheres na menopausa e grávidas e aquelas cujos dados não estavam disponíveis.

COMPARAÇÕES ENTRE PAÍSES E PERSPECTIVAS POLÍTICAS

Rosalind P. Petresky

Comparando através e dentro das diferenças

O que podemos dizer sobre as sete complexas narrativas apresentadas nos Capítulos 2 a 8, que pudesse servir como um fio a mantê-las unidas e, ainda assim, reconhecesse os contrastes e as contradições que trazem à luz? Qualquer esforço para traçar comparações sobre os sete estudos do IRRRAG acabará por chocar-se com as grandes diferenças entre as mulheres que deles participaram: nos métodos para selecioná-las, na sua distribuição por idade, etnia, religião, estado civil, situação de emprego e outras variáveis, e, claro, nos contextos culturais, legais e políticos de cada país e comunidade nas quais elas vivem. A discussão que se segue pode apenas realçar algumas dessas diferenças a fim de ilustrar os desafios e oportunidades que elas nos oferecem.

Em um livro recente, Nira Yuval-Davis desenvolve uma estrutura teórica bastante útil para se analisar como as políticas voltadas para a reprodução biológica e cultural “da nação” afetam a situação das mulheres em diferentes sociedades e culturas — ou, como diz a autora, de um modo “transversal”. Fazendo eco a toda uma geração de feministas do Terceiro Mundo e de feministas negras, latinas e árabes, ela chama a atenção o fato de qualquer tentativa de situar estudos locais em estruturas mais amplas deve considerar as mulheres como “integrantes de coletividades nacionais, étnicas e raciais, bem como situadas em determinados lugares de classe, em diferentes momentos de seus ciclos de vida e da sua sexualidade”.

Ainda assim, um esforço bem-intencionado de elencar questões de direitos reprodutivos e de “reprodução social” com base em uma perspectiva “multidimensional” pode desafiá-los seriamente qualquer análise comparativa dos sete estudos do IRRRAC, ou mesmo dentro de cada um deles. Como pode alguém constituir elos entre as estratégias reprodutivas de uma mulher hausa no norte da Nigéria, uma mulher chinesa na área rural da Malásia ou uma mulher imigrante dominicana na cidade de Nova York (todas elas com identidades muito mais ligadas às suas etnias do que a qualquer noção abstrata de nação) e as participantes de países como o Brasil e o Egito, onde o projeto nacionalizante teve um alcance muito mais amplo? Como pode alguém comparar o impacto da participação das mulheres em grupos locais, no que tange à consolidação de noções de direitos sexuais e reprodutivos, quando, em alguns lugares, tais como o Brasil e as Filipinas, as feministas têm uma longa interação com esses grupos ao passo que, em outros lugares, tais como a Nigéria e o México, essa interação está mal começando?

As diferenças entre as legislações nacionais também exercem um impacto diferenciado na noção das mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos e, assim, dificultam a análise comparativa. Apenas para citar um exemplo óbvio, as leis sobre aborto variam enormemente entre os sete países, assim como variam as punições

Tabela 9.1 Países do IRRKAG, Alguns Indicadores

País	Mapa de la República de Argentina 1990	Fecha de independencia (año)	Mapa de la República de Argentina 1995	Uso de computadores modernos (1990 %)	Índice de desarrollo humano (1990 %)	Carteros asistidos por computadora (a 1986)	PID per cápita (1995 \$USP)	Crecimiento de la población en % (a 1990)
Nigeria	1,000	6,4	96	4	6	45	300	1,2
Filipinas	280	3,9	25	25	40	53	850	1,0
Brasil	220	2,5	57	57	66	73	2,930	2,8
Egipto	174	4,1/3,6*	57/72,9*	44	45	45	660	1,0
México	110	3,2	35	45	45	45	3,610	1,6
Malasia	80	3,6	14/11,6*	31	58	92	3,140	1,3
Estados Unidos	12	2,1	8 (NVC 25)	69	74	99	22,740	5,3

Fonte: UNDP, *Relatório de Desenvolvimento Humano*, 1996; WHO e UNICEF, *Estatísticas sobre Mortalidade Maternal*, 1990 Revisadas (abril, 1996)

- (1) Por 100.000 nascimentos vivos
- (2) Por 1.000 nascimentos vivos
- (3) Para casais casados, apenas, em uso atual

* Dados da Pesquisa Egípcia em Demografia e Saúde (DHS) ou as estatísticas do Ministério da Saúde da Malásia, que diferem

base de dados estatísticas do Ministério da Saúde, que derivem dos dados da ONU sobre mortalidade materna

Finalmente, não há dúvidas de que as relações de gênero em todos os países ainda são caracterizadas por uma cultura patriarcal ou dominada pelos homens, a despeito de a legislação formal, em quase todos os lugares, apoiar a igualdade entre

homens e mulheres. Mesmo assim, varia enormemente o impacto cotidiano da cultura e da tradição no poder que os homens têm sobre as mulheres e, do mesmo modo, também varia a forma que esse poder assume. Isso se torna particularmente evidente quando olhamos para a composição das famílias e para os significados do casamento e da parceria doméstica nas vidas das mulheres. A noção que uma mulher tem de seus direitos sexuais e reprodutivos e sua liberdade para expressá-los depende fortemente de suas possibilidades de escolha: a opção de deixar um casamento ou de simplesmente não casar pode ser uma opção prática real para ela ou pode ser uma passagem para o ostracismo social e a destituição.

Tabela 22. Circunstâncias nas quais o aborto induzido é legal nos países estudados pelo IRRMG.

País	Legal (q. crianças)	Risco à vida	Risco à Saúde	Estupro / Incesto	Forma fetal	Deficiência	Batido
Nigéria		x		x			
Filipinas		x	x		x		
Brasil		x	x	x	x		
Egito		x	x			x	
México				x			
Malásia		x					
Estados Unidos							x

Fonte: Ross, Mauldin e Miller 1993, Tabela 19.

Tanto de um país para outro como no interior de cada um deles, o grau de mobilidade que as mulheres experimentam no casamento difeririam marcadamente. Para as mulheres do meio rural, como nossas entrevistadas na Nigéria, no Egito ou nas Filipinas, não casar era quase impensável por causa da impossibilidade cultural de aceitação de que mulheres tenham e criem filhos fora do casamento. Além disso, o divórcio ou a separação sempre foram encarados como situações dramáticas.¹ As questões mais prementes sobre o casamento são o adiamento da idade de casamento para as mulheres, a garantia do direito de escolha do parceiro e o direito a ser sustentada e apoiada pelo marido. Para as mulheres do Brasil, México e dos Estados Unidos, por outro lado, dadas as particularidades da pobreza urbana e rural nestes países, não casar ou tornar-se mãe solteira (tanto divorciadas, separadas ou solteiras) sem o apoio masculino é mais comum; dentre as entrevistadas dos Estados Unidos, na verdade, essa era a regra. Em lugar de investirem energia e recursos na preparação de suas filhas para o casamento, as mães lhes avisam: "Você não pode depender de homem nenhum".

Ainda assim, a despeito das diferenças entre os contextos políticos e culturais, a pesquisa também revelou semelhanças estereotípicas — algumas vezes, através

¹ Apenas nas Filipinas, o divórcio ainda é oficialmente ilegal. No entanto, entre as participantes das Filipinas classificadas como "casadas", um bom número o era de forma não-oficial, pois viviam em relações de co-habitação, e várias haviam enfrentado separações definitivas, a despeito das restrições legais e religiosas ao divórcio.

das palavras que faziam eco umas às outras através dos abismos da linguagem, da cultura e dos espaços geográficos. Ao mesmo tempo que somos sensíveis às diferentes nuances entre os países, ficamos também profundamente emocionadas por estes ecos. Sobre o casamento e os seus significados, por exemplo, lembramos de Suzanne, uma afro-americana de 39 anos de idade, da Geórgia rural, que administra um pequeno salão de beleza: "Se eu tivesse que fazer tudo de novo, eu não teria me casado e não teria tido filhos. Eu compraria um carrão preto e sairia dirigindo por aí... [pelos] campos largos, abertos". E, agora, ouça novamente Selma, uma empregada doméstica de 27 anos de idade, do Rio de Janeiro:

Se eu tivesse que começar tudo de novo, eu não me casaria. Eu namoraria. Pessoalmente, quando eu estou sozinha em casa, eu me sinto melhor. Você tem o seu próprio espaço, liberdade para pensar, para ouvir música. Você fica mais à vontade e sente mais determinação (veja Capítulo 2).

A fantasia de auto-realização de Suzanne se funde com as imagens comerciais da televisão da cultura de consumo norte-americana (você também pode ser rico e "fazer as suas coisas"), às quais até mesmo os grupos mais marginalizados estão suscetíveis. Por se sentir encurralada em uma pequena cidade rural, ela sonha com espaços "largos, abertos" e uma vida livre, sem filhos. A fantasia de Selma, por outro lado, reflete um contexto urbano e, sobretudo, o anseio por um espaço só seu, que vem de passar seus dias trabalhando no espaço de outras pessoas. E, ainda assim, ambas as mulheres — de subculturas que são mais orientadas para a coletividade do que para si próprias — expressam seus anseios por estar sozinhas, por liberdade e autonomia individual dissociada de atividades reprodutivas e sexuais. Da mesma forma, em localidades tão diversas como o Egito, o Nordeste do Brasil e o Norte da Nigéria, nós, repetidas vezes, encontramos mulheres para quem o controle sobre seus corpos significava mobilidade física e, por isso, falaram da liberdade de "ir e vir". E não nos surpreende que tais imagens sejam particularmente evidentes durante os estágios de vida em que elas sofrem maior repressão sexual: a adolescência, a gravidez e os primeiros anos da maternidade e a viuvez. As experiências da vida reprodutiva e sexual, percebemos, parecem criar conexões "transversais" entre as mulheres, independentemente e apesar das diferenças (comparar Eisenstein, 1994 e 1996; Yuval-Davis, 1997).

Oito achados dos estudos nos países

A partir dessa visão geral, pincamos oito achados específicos que revelam padrões comuns aos diversos países, embora se manifestem cultural e socialmente de formas distintas. Alguns dos achados são surpreendentes, mas outros indicam algumas questões para as quais pesquisadores e ativistas chamam a atenção já há muitos anos. Mas mesmo as mensagens familiares precisam ser repetidas porque a maioria das políticas nacionais e internacionais ainda fracassa em abordá-las seriamente.

1. *Em todos os países, as mulheres aspiram a controlar a sua própria fecundidade, a criação de seus filhos e o uso de contraceptivos, embora as barreiras sociais, institucionais e legais as impeçam de serem bem sucedidas. Essa noção de direitos é exercida em consciente transgressão das regras religiosas e da comunidade — cercada de temores de violência e de duras represálias — e em segredo em relação aos pais, maridos, parceiros e às autoridades.*

A noção de direitos revelada pelos mulheres é mais forte no campo das decisões sobre se e quando elas terão filhos. Sem dúvida, como o estudo no México observou (veja Capítulo 5), isso reflete em parte a legitimação da influência dos programas de planejamento familiar e dos movimentos para a saúde da mulher surgidos nos anos 70. As entrevistadas de todos os países certamente conhecem vários métodos de controle de fecundidade, tanto tradicionais como modernos, ou ambos, e a maioria, de uma maneira ou de outra, tem acesso a eles. Mesmo naquelas áreas de pesquisa onde ainda há um abismo marcante entre as aspirações da mulher quanto ao tamanho de sua família e à realidade de um número grande de gestações indesejadas — mais notadamente entre as mulheres mais velhas das Filipinas — essa noção (não alcançada) de direitos é fortemente evidente.² Em outras palavras, nossos estudos confirmam o que os grupos de saúde da mulher vêm afirmando, por anos, em resposta a definições estreitas de “necessidades não-satisfeitas”: que não é a falta de vontade ou a falta de acesso a métodos contraceptivos o que impede as mulheres de evitar, com êxito, gestações indesejadas, mas, sim, a ausência de métodos que satisficam suas necessidades sociais e biológicas, tal como elas as definem (Correa, 1994; Dixon-Mueller e Germain, 1992; García-Moreno e Claro, 1994).

Em todos os países, as participantes reclamaram sobre os riscos percebidos e os efeitos colaterais dos contraceptivos hormonais disponíveis, sendo essa a razão principal pela qual elas os deixaram de usar. Ainda mais, um número significativo de mulheres foi coagida por barreiras sociais a abandonar seus bravos esforços de regular sua fecundidade: maridos violentos ou que não cooperavam, mães ou outros parentes, provedores de serviços de saúde insensíveis ou inacessíveis e políticas nacionais punitivas em relação ao aborto. Os estudos do Brasil, do México, da Nigéria e das Filipinas relatam histórias de maridos que jogaram fora pílulas, que se recusaram a assinar formulários de consentimento para a esterilização ou que exigiam que as

mulheres lhes dessem um filho [homem]. Algumas vezes as entrevistadas foram diretamente ameaçadas com violência, como uma mulher do Nordeste rural do Brasil, cujo marido, ao remexer suas coisas à procura de pílulas escondidas, avisou, ao encontrá-las: “Se eu vir essas pílulas de novo, você me paga”.

Há relatos sobre violência doméstica, especialmente durante a gravidez, em quase todas as localidades de nossa pesquisa (comparar Heise, 1995 e Heise, Moore e Toubia, 1995). Para muitas mulheres casadas ou unidas nas Filipinas, no Nordeste do Brasil, no México e nos Estados Unidos, essa violência masculina endêmica — geralmente associada ao alcoolismo — que objetiva restringir a liberdade sexual e reprodutiva das mulheres, era uma parte marcante da vida cotidiana. Para as participantes nos outros países, a violência geralmente esconde-se sob a superfície ou assumiu a forma de conflitos verbais, de ameaças de distúrbios domésticos ou censuras por parte da comunidade ou, particularmente, das mulheres mais velhas ou, ainda, de uma socialização que separa meninos e meninas, incluindo, nas mulheres, os hábitos de obediência e/ou submissão. Esse foi especialmente o caso no Egito e na Nigéria, onde as participantes muitas vezes se optavam por acomodações estratégicas para evitar a oposição dos maridos, parentes e autoridades locais.³

As barreiras contra a autonomia das entrevistadas sobre sua fecundidade não vinham apenas dos seus maridos e de membros de suas famílias, mas também de instituições e legislação coercitiva. Entre as participantes latinas e afro-americanas dos Estados Unidos, bem como entre muitas das entrevistadas mexicanas e trabalhadoras domésticas do Brasil, os maridos ou os parceiros não existiam ou estavam fora de consideração — fosse por causa de um divórcio, de uma separação, pela migração, pelas condições inerentes ao trabalho doméstico ou por causa de políticas de bem-estar social que desencorajam as famílias nucleares. Para algumas dessas mulheres, os obstáculos mais sérios para a compreensão de que elas têm o direito de controlar sua fecundidade eram mais institucionais do que domésticos. Isso incluía os esforços dos médicos ou empregadores para impor a esterilização ou para encorajá-las a não terem filhos, bem como o estímulo ao uso de implantes hormonais e as políticas de bem-estar resritivas e antinatalistas dos Estados Unidos. No Egito, as pesquisadoras notaram que, embora os serviços de planejamento familiar fossem fisicamente acessíveis, a insensibilidade e o desrespeito dos médicos dissuadiam as mulheres a buscarem esses serviços, o mesmo sendo verdade para diversas participantes no Brasil, na Malásia e na Nigéria (veja anexo 8, abaixo). Nas Filipinas, por outro lado, o controle que a Igreja Católica exerce sobre o planejamento familiar ainda limita severamente o acesso a métodos contraceptivos e a informações

² Um padrão de violência doméstica está, agora também, se tornando mais visível no Egito. Ver Egito, Conselho Nacional de População, 1995; e Centro de Estudos e Pesquisa da Nova Mulher e Centro El Nadin para a Reabilitação de Vítimas de Violência, 1995.

³ A forma que tais aspirações assumem pode diferir entre os países ou regiões. Por exemplo, em quatro países (Brasil, Egito, México e Filipinas), a maioria das entrevistadas usava métodos para por fim às suas gestações mais do que para adiá-las ou espaçá-las; na Malásia, Nigéria e nos Estados Unidos, existe uma cultura de espaçar mais as gestações, tanto entre as populações do estudo quanto nas populações em geral. Enquanto as mulheres da Nigéria, tanto as do estudo como em geral (veja Tabela 9.1), tendem a ter mais filhos que as dos outros países (com exceção das mulheres do estudo das Filipinas), nossos dados qualitativos afirmam que isso corresponde ao seu desejo — isso é, o tamanho ideal de uma família para a maioria das mulheres nigerianas é de 4 a 6 filhos (veja Capítulo 6).

confiáveis. E, em quase todas as localidades desses países, onde prevalecem leis punitivas ou restritivas ao aborto, a compreensão das participantes sobre o seu direito de limitar as gestações estava sendo duramente afetada e restringida. Assim, a pesquisa confirmou os achados de outros estudos de que "ao se intrrometer e limitar os processos de tomada de decisão, a lei encoraja os indivíduos a buscarem serviços clandestinos" — a um grande risco e alto custo (Paxman et al., 1993: 217).

O resultado de tal intimidação torna-se, frequentemente, um subterfúgio para as mulheres: elas se escondem, mentem, fingem, arrumam algum homem na rua para assinar o formulário de requisição de esterilização, fazem abortos ilegais clandestinamente (e sem segurança) ou fazem de conta que foi um aborto natural. No Egito, o desenvolvimento dessas estratégias femininas chegou a tornar-se uma arte, e comunicar a seus maridos qualquer uso de contraceptivos ou realização de abortos, muito mais do que tentar inscrevê-los em um programa de controle de fecundidade que demande a participação masculina, é algo que elas nem cogiam fazer.⁴ No Brasil, na Malásia, no México e na Nigéria, bem como nas Filipinas, a maioria das mulheres que estava fazendo uso de contraceptivos ou que relatou já ter feito abortos já o tinha feito ou o estava fazendo sem o conhecimento dos maridos ou dos familiares, usando métodos tradicionais ou ilícitos. Ainda assim, em todos os casos, tanto a intenção quanto a noção de seus direitos de controlar sua fecundidade são claros, mesmo quando existem relações de poder que lhes dificultam o alcance de desses objetivos. Mesmo nas Filipinas, onde as taxas de fecundidade entre as entrevistadas eram mais altas que em qualquer outro lugar pesquisado, as mulheres de todas as idades expressaram suas fortes aspirações de evitar ter "muitas bocas para alimentar". Embora a abstinência sexual fosse seu contraceptivo mais frequente, nossas participantes filipinas claramente a viam como um direito seu de se recusar ou de se evadir dos avanços sexuais do parceiro a fim de reduzir o fardo de ter filhos.

2. *Para as mulheres, a base da noção de direitos reprodutivos é a maternidade, justificada pelo fato de que são elas (e não seus maridos ou parceiros) que engrandam os maiores jardins, as maiores dores e responsabilidades da gravidez e da criação das crianças e que, portanto, caberia a elas o direito de tomar decisões nessas áreas. Essa consistência reflete parcialmente o contexto da migração urbana maciça e da redução dos apoios sociais e familiares nos cuidados com as crianças.*

Embora a presença e a influência dos programas de planejamento familiar, na maioria dos países, possa ser uma parte importante do contexto que legitima esta noção das mulheres sobre seus direitos, não é isso que elas, por si mesmas, invocam

como justificativa de seu direito a tomar decisões. Pelo contrário, as mulheres citaram sua responsabilidade pelas crianças como o principal alicerce ético para o seu direito de tomar decisões sobre o aborto, o uso de contraceptivos ou de assumir o controle no que quer que diga respeito às crianças. Mais e mais vezes, ouvimos as palavras *dor, sofrimento, fardo*, como se a dor pela qual passaram, por causa da maternidade, representasse uma espécie de pagamento que elas efetuaram com seus próprios corpos a fim de ganharem autoridade reprodutiva. Esse tipo de economia *corporal* pode ser a contrapartida da "economia espiritual", que a antropóloga Ruth Behar diz ser "um tema constante no discurso das mulheres do povo no México": "paga-se por tudo nesse mundo" (Behar, 1993: 289, 356). Isso se evidenciava nas palavras de Maria, uma viúva yaqui de 40 anos de idade de Sonora, ao dizer para seu marido porque ela resistia às suas tentativas de bater nas crianças:

Porque isso machuca... Porque eu paguei o preço por eles, porque eles nasceram de mim, foi de mim que eles nasceram, e dói se alguém bate neles. Olhe para você, você pode deixar essa casa a qualquer hora e quem vai continuar sofrendo com essa criança? Não vou ser eu! (veja Capítulo 5).

Os sentimentos de Maria são semelhantes aos de Lai Yin, uma chinesa mãe de quatro filhos da área rural da Malásia, que insistia: "Sou eu quem toma as decisões no que diz respeito ao planejamento familiar... Ele só brinca [com elas], ele não toma conta delas... Ele não sofre, o sofrimento é todo suportado por mim" (veja Capítulo 4).

Mas observe-se que a noção de direito reprodutivo de Lai Yin, como o de tantas outras mulheres que entrevistamos, se estabelece no contexto das dificuldades econômicas e no da sobrevivência (muito pouca comida para se manter, carência de atenção para as crianças), e não que "isso é o que eu quero, o que eu preciso para mim ou o que me daria prazer". Ilustrando esse eu interconectado e socialmente situado (veja Capítulo 1), o contexto no qual as mulheres apelam para as responsabilidades da maternidade como fundamentos éticos para sua autoridade reprodutiva inclui não apenas a necessidade econômica, mas também a migração urbana, a desagregação das famílias numerosas, a perda do apoio dos parentes para os cuidados com as crianças e para a manutenção da casa e o resultante aumento da sobrecarga das mães biológicas —, tendências que são comuns em todos os países em desenvolvimento de nosso estudo. Entrevistadas na Malásia, no México, no Brasil, no Egito urbano e nas Filipinas enfatizaram a ausência de meios viáveis para cuidarem das suas crianças como uma razão para sua busca pelo controle de sua fecundidade. Isso reflete o bem conhecido fato de que as regras para o tamanho das famílias se relacionam com os valores historicamente mutáveis sobre o que significa criar filhos decentemente; mas são as mulheres, na sua condição de mães que, com mais frequência, assumem o trabalho de reforçar esses valores (Dixon-Mueller, 1993; Ravindran, 1996, Capítulos 2 a 4).

⁴ Esse achado da equipe de pesquisa do IRRRAG no Egito contrasta violentamente com um estudo recente baseado em dados do DHS egípcio de 1988 que enfatizava uma preferência cultural no Egito por decisões familiares tomadas em conjunto (marido e mulher) (Govindasamy e Malhotra, 1996) (veja Capítulo 3).

De algum modo, a tendência das mulheres a se sentir mais confortável justificando suas decisões reprodutivas “autônomas” em termos da sobrevivência econômica de suas famílias mais do que nos de suas próprias necessidades pessoais (muito menos em termos de seu “direito a ter controle sobre seus corpos”) pode ser vista como uma forma de acomodação. Em que ponto esse “eu situado” se mistura a essa mãe “sem eu”? E ainda assim, a “economia corporal” delineada nas afirmações de Marta e Lai Yin implica uma clara noção de um eu e um conceito de justiça pelo qual excessivos fardos mentais e físicos legitimam os direitos primários de tomada de decisão. As entrevistadas dos Estados Unidos, por outro lado, particularmente as que dependiam dos benefícios da rede de bem-estar social, expressaram uma postura ética bastante diferente, descrevendo a maternidade não em termos de sacrifícios e dores, mas, sim, em termos de seu direito de ser mães. Como em outras áreas da pesquisa, as norte-americanas também apelaram para suas responsabilidades como mães para justificarem os direitos reprodutivos que elas se atribuíam, mas o fizeram não vis-à-vis a seus maridos ou parceiros, mas ao Estado. Conscientes do poder do Estado de definir suas vidas e as vidas de seus filhos, elas viam a maternidade não apenas como uma maneira de se estabelecerem como adultas na comunidade, mas também como uma legítima expressão de cidadania, o que lhes garantia o direito a um apoio público adequado. Como uma mulher dominicana colocou, “direito é poder cuidar de nossas crianças, dar a elas o que elas precisam” (veja Capítulo 8 e Benmayor, Tornellas e Juarbe, 1992).

3. *O ponto até onde as entrevistadas desejavam e eram capazes de expressar e exercer seus próprios julgamentos a respeito de sua sexualidade e reprodução variou significativamente de acordo com o ciclo de vida e os grupos étnicos. Mas os padrões também diferiram entre os países: às vezes, mulheres jovens solteiras revelaram uma maior noção sobre os direitos que se atribuíam e, outras vezes, mulheres mais velhas, que já tinham passado pelo tempo e pelo teste da maternidade, apresentavam maior clareza quanto a isso.*

As diferenças geracionais entre as mulheres quanto à sua consciência de direitos no campo das decisões sexuais e reprodutivas foram evidentes em todos os países. Em parte, essas diferenças refletiram as mudanças socioeconômicas que afetam os sete países em diferentes graus, especialmente os fatos de que mulheres mais jovens estão recebendo mais educação, se casando mais tardiamente e tendo menos filhos do que tiveram suas mães e avós (ONU, 1995). Uma nova ênfase no valor da educação das filhas tornou-se particularmente importante entre as participantes no Egito, na Malásia e na Nigéria urbana, onde encontramos jovens mulheres sem parceiros mais dispostas que a geração de suas mães a defenderem o direito das mulheres de escolherem seus maridos, de trabalharem fora de casa, de decidirem livremente a respeito da contracepção e do aborto e, algumas vezes, de também abandonarem as velhas regras da virgindade pré-marital. Nas Filipinas, onde essas diferenças de geração entre as mães e as filhas

são menos vividas, as filhas casadas não estavam mais propensas a usar contraceptivos do que suas mães.

Em diversos países — notadamente no Brasil e na Nigéria — as mães pareciam ansiosas por expressar aspirações para suas filhas que elas nunca buscaram para si próprias, incluindo um forte desejo de que suas filhas pudessem ter não apenas mais educação, mas também mais liberdade do que elas tiveram. As ativistas do movimento de saúde de São Paulo foram bastante enfáticas nesse sentido — como Fernanda, que queria que sua filha “ao menos terminasse o segundo grau” e “tivesse uma mente mais aberta” e Maria, que “trabalhou como uma escrava para que elas [suas filhas] pudessem estudar”, dizendo para elas: “Vocês não podem depender de marido”. O mais surpreendente foi a mãe de São Paulo que invertiu o velho dito maternal que diz: “Cuide de si mesma” e “Seja uma boa menina”. Em vez de aconselhar sua filha a guardar sua virgindade e a honra da família, ela falou “Mesmo se você transar, vá com cuidado e use camisinha”. Embora tudo isso refletia, sem dúvidas, um contexto de crescente insegurança econômica, bem como uma consciência sobre os riscos de se contrair HIV/AIDS, também fala das maneiras pelas quais a consciência dos direitos sexuais e reprodutivos é experimentada a cada geração.

Por outro lado, em algumas localidades, notamos que foram as mulheres mais velhas as mais veementes e bem resolvidas a respeito de suas decisões sexuais e reprodutivas. Esse padrão foi especialmente marcante na Nigéria, onde a tradição dá às mulheres mais velhas, particularmente às que já passaram pela menopausa, um maior status e uma maior autoridade na comunidade do que têm as mulheres mais jovens, incluindo uma certa liberdade para buscar o prazer sexual sem sofrer estigma. Algumas vezes, o poder das mulheres mais velhas tem consequências positivas — por exemplo, o cuidado pós-parto dado às jovens mães nigerianas por suas parentes mais velhas e as lições sobre como resistir à violência no casamento e ao sexo indesejado que as mães ou sogras filipinas dão às suas filhas ou noras. Em outras circunstâncias, no entanto, o poder das mulheres mais velhas é empregado para perpetuar os valores patriarcais e a subordinação sexual das mulheres mais jovens e ainda sem parceiros. Isso se tornou evidente em numerosos e perturbadores exemplos de conflitos entre mães e filhas: mães egípcias que insistiam em arranjar o casamento de suas filhas, mulheres mais velhas no Egito e na Nigéria que continuavam a administrar a MGF e outras práticas tradicionais perigosas; mães filipinas que se recusavam a permitir que suas filhas continuassem na escola; e mães, em todas as localidades, que sonegavam informações sexuais vitais para as suas filhas, comunicando, em vez disso, mensagens de perigo, medo e vergonha.

O que se tornou claro, em praticamente todos os países e em todas as localidades, foi que o estágio do ciclo de vida das mulheres em que elas tinham menos poder foi aquele logo após o casamento e o nascimento do primeiro filho. De fato, percebemos que a noção que as mulheres têm a respeito de seus direitos sexuais e reprodutivos

é fortemente mediada pela maternidade, especialmente entre as participantes mexicanas, egípcias, nigerianas e as mulheres do Nordeste do Brasil e entre as entrevistadas imigrantes e afro-americanas nos Estados Unidos. De alguma maneira, ter filhos se torna tanto um rito de passagem quanto uma fonte de autoridade, após o que as mulheres se sentem mais autorizadas a externar seus pensamentos, afirmar suas opiniões e necessidades a respeito da contracepção e da esterilização, atacar a violência e o abuso masculinos, buscar fontes de satisfação pessoal fora de suas casas ou relaxar o suficiente só para poder "desfrutar do sexo" (veja achado 7). O fato de que muitas participantes somente se tornaram ativas em organizações comunitárias no Brasil e no México e nos grupos de imigrantes de Nova York depois que seus filhos cresceram (ou, ao menos, o suficiente para cuidarem de si próprios ou uns dos outros) também foi significativo. Para elas, assim como para muitas das entrevistadas na Nigéria, a maternidade, como o alicerce ético de auto-atribuição de direitos, significa que sua autonomia sexual e reprodutiva será adiada em suas vidas. Mais que isso, essa ética maternal vem carregada com outros custos: ela aprofunda os conflitos gerais até o ponto em que as ativistas e as mulheres trabalhadoras chegam a depender de suas filhas mais velhas ou avós para assumir seu trabalho em casa; e isso, no futuro, penalizará todas as mulheres que não têm filhos.

4. *As mulheres estão em diálogo com a religião, mas não a deixam governar nem seu comportamento nem suas razões éticas a respeito do controle da fecundidade. No Brasil, no Egito e nas Filipinas, elas, com frequência, imaginam um Deus misericordioso que compreende as suas necessidades de se submeter a um aborto, de usar contraceptivos ou de se recusar a fazer sexo com seu marido se não o desejam. No entanto, as autoridades religiosas ainda exercem grande poder sobre as possibilidades de as mulheres se auto-atribuírem direitos reprodutivos e direitos sexuais.*

Que o comportamento das pessoas frequentemente diverge das crenças morais e religiosas que elas publicamente manifestam, especialmente a respeito de assuntos íntimos como o controle da natalidade e a sexualidade, já é sobejamente sabido e documentado (CEFC, 1994, 1997; Luker, 1984; Petchesky, 1990). Esse padrão foi particularmente evidente, em todos os sete países, em relação ao aborto. Porém, ficamos surpresas e interessadas ao perceber, entre nossas entrevistadas, que uma espécie de moralidade prática, baseada no sofrimento corporal das mulheres e na responsabilidade social pelas crianças, bem como nas pressões econômicas, habitualmente assume a precedência sobre crenças religiosas e os ensinamentos da Igreja Católica ou das autoridades islâmicas. As autoridades da Igreja nas Filipinas devem ficar chocadas ao perceber que, lá, as mulheres pobres dizem: "Isso [o controle da natalidade] não é da conta da Igreja" (veja Capítulo 7). A Igreja no Brasil, por já ter tido, há algum tempo, sua vertente popular com a teologia da libertação, ficaria menos surpresa, mas, sem dúvida, ainda ficaria preocupada ao ouvir nossas entrevistadas justificarem seus procedimentos de aborto em termos de um Deus que

a tudo perdoa e tudo compreende. Essa é uma outra instância em que as palavras das mulheres ecoam umas às outras através da diversidade cultural e geográfica. É certo que as mulheres brasileiras se identificariam com as convicções de Soheir, uma mãe trabalhadora muçulmana do Cairo urbana, quando ela concilia seu aborto com a vontade de Deus, perguntando-se, retoricamente, se Deus gostaria que toda a sua família sofresse se ela tivesse que deixar seu trabalho (veja Capítulo 3).

A pergunta de Soheir exemplifica o mosaico de teologia adaptada e ética situacional que caracteriza a consciência de muitas mulheres sobre suas decisões reprodutivas. Assim como as mulheres brasileiras e filipinas, ela realinha seus direitos reprodutivos através da invenção de uma divindade benevolente⁵ e o faz com base em uma situação econômica difícil que a constrange de todos os lados. Diferentemente das brasileiras e filipinas, no entanto, ela também se acomoda às regras tradicionais de decoro da cultura egípcia, que faz do aleitamento materno no trabalho algo impensável. Em alguns poucos casos, essa negociação com a religião, de fato, leva a uma apropriação de certos aspectos dos ensinamentos religiosos tradicionais que pareçam funcionar a favor das mulheres — por exemplo, as participantes muçulmanas na Malásia e no Norte da Nigéria que baseiam suas noções de direito ao divórcio na lei islâmica ou as entrevistadas cristãs no Sul da Nigéria que citam a Bíblia para apoiarem sua oposição aos rituais da vivívez.

Ao mesmo tempo, a autoridade religiosa opera em diferentes graus, na maioria dos países, para influenciar as políticas públicas e a prática clínica quanto ao aborto e à contracepção. A recente luta legal em relação às regulamentações governamentais que legitimam a MGF em hospitais públicos no Egito e a interferência da Igreja nas políticas e nos programas de planejamento familiar nas Filipinas são os exemplos mais ruidosos desse fato, mas o poder das instituições religiosas é apenas levemente mais sutil em sua influência sobre a legislação e a disponibilidade prática de serviços nos Estados Unidos e na Malásia. Como sugerido no achado 1, tal influência pode constituir-se em uma formidável barreira prática contra a percepção das mulheres em relação ao direito de controlar sua fecundidade.

Os ensinamentos religiosos também avançam profundamente na consciência das mulheres através da difusão das regras tradicionais na família e na comunidade, especialmente acerca de assuntos de sexualidade e de prazer sexual. Isso foi evidente

⁵ As mulheres pobres do Nordeste do Brasil revelam uma longa história de oposição aos ensinamentos da Igreja Católica ao referirem-se prosaicamente aos seus procedimentos de aborto durante o primeiro trimestre de gestação como uma "negociação com Deus". A teologia da libertação, profundamente entinchada entre os pobres do Brasil, fornece uma visão alternativa — a de uma divindade piedosa e bondosa que ajuda as mulheres quando elas atravessam tempos difíceis — que justifica suas transgressões da moralidade do clero (veja Capítulo 2 e Ribeiro, 1994). Nós não temos conhecimento, no entanto, de tal tradição entre as mulheres católicas pobres das Filipinas e entre as mulheres muçulmanas pobres do Egito e, por isso, nossas pesquisadoras ficaram fascinadas ao encontrarem esse tema comum entre culturas tão diferentes.

entre as participantes de todos os países. Quando Zenaib diz que, como uma mulher nigeriana hausa (muçulmana), ela nunca deveria desfrutar do sexo por receio de que seu marido pense que ela é uma “depravada”, ela reproduz as visões das mulheres católicas entrevistadas nas Filipinas e nas comunidades de imigrantes latinas nos Estados Unidos, bem como as das participantes afro-americanas (que eram protestantes e também profundamente religiosas). Na verdade, as atitudes de fatalismo e de imoralidade inerentes ao prazer sexual feminino reverberam entre algumas das participantes em todos os países e podem ser atribuídas, em parte, ao poder da ideologia religiosa (veja achado 7). Não importa se essas atitudes têm profundas raízes nas tradições patriarcais que antecedem as religiões organizadas e que são, algumas vezes, até mesmo repudiadas pelas autoridades religiosas (como na Nigéria). A confusão entre as participantes egípcias sobre se a MGF era um dever religioso e, de forma semelhante, entre as muçulmanas na Malásia sobre a contracepção, nos relembra que a sanção ou a aprovação de uma religião pode, às vezes, emprestar santidade a tradições que, historicamente, têm muito pouco a ver com religião.

5. Na maioria das localidades, o poder das mulheres para exercer seus direitos quanto às decisões reprodutivas e sexuais era significativamente maior quando elas tinham renda própria, fosse através de seu trabalho fora de suas casas ou por alguma atividade exercida em seus próprios lares. Ainda assim, em todas as localidades, as mulheres ainda assumem a responsabilidade da “dupla jornada”.

Por um lado, nós poderíamos dizer que o trabalho remunerado de Soheir reflete a penúria das famílias pobres, mas ele também a autoriza, se é que não lhe atribui, o direito de tomar decisões reprodutivas. Em todos os países, nós verificamos que a grande maioria das entrevistadas, em todos os grupos etários, mas principalmente entre as mulheres com menos de 50 anos, buscou trabalhar fora de casa e, quando os maridos (ou, nos Estados Unidos, as autoridades do bem-estar social) lhes fizeram objeções, elas trataram de fazê-lo sub-repticiamente, arrumando trabalhos de meio-expediente ou fazendo algo em suas próprias casas. E a maioria teve êxito, como se pode constatar através das altas taxas de ocupação (incluindo os empregos informais) entre os grupos de entrevistadas listados na tabela 1.1. Embora de forma nenhuma isso tenha garantido “liberdade” ou igualdade, o fato de possuírem renda própria e, em muitos casos, suas próprias habilidades profissionais ou seus pequenos negócios funcionou como uma condição minimamente capacitadora não apenas para que tivessem um aumento de renda, mas para ter um pouco mais de dignidade, respeito próprio e espaço para alinhar suas vontades em relação a questões reprodutivas e sexuais.

Desafiando o mito de que os homens são os principais provedores de suas famílias, as mulheres casadas ou unidas com filhos, em quase todos as áreas da pesquisa, viram a conquista de recursos monetários próprios como uma estratégia crucial para ajudá-las não apenas a manter suas famílias vivas, mas também a negociar conflitos com seus maridos, parceiros e empregadores a respeito da contracepção,

do cuidado com as crianças, da divisão do trabalho em suas casas e com relação a sexo indesejado ou à violência. No Egito urbano, uma esposa empregada, como Zenaib, retira autonomia suficiente de sua condição de costureira profissional para afirmar: “O homem que bate em sua mulher carece de masculinidade” e “Meu marido não tem nada a ver com esse assunto de contracepção”. Lucy, nas Filipinas, descobriu que seu trabalho fora de casa lhe deu um pouco de tempo para ir ao cinema e meios para desviar seu marido da bebida por ter como pagar suas dívidas. As trabalhadoras “maquiadoras” no Norte do México, que têm uma forte consciência de si mesmas como trabalhadoras de tempo integral e membros de sindicatos, estavam mais inclinadas do que outras entrevistadas mexicanas a usar métodos contraceptivos mais cedo e a exigir apoio de seus empregadores na obtenção de cuidados para seus filhos, como creches. Na Malásia, onde as mulheres mais jovens agora esperam ter uma boa educação e continuar trabalhando depois de se casar, uma garota chinesa de 16 anos de idade do meio rural disse, com bastante confiança: “É melhor trabalhar depois de se casar. Se você fica em casa, seu marido pode lhe tratar mal. Se você está trabalhando, você não tem medo, você está se mantendo”.⁶

No Brasil, Miracéia e outras trabalhadoras domésticas casadas, fortalecidas pelo fato de terem uma remuneração e por sua identidade de trabalhadora, chegaram a ter êxito na imposição de um padrão de igualdade de gênero em suas casas em relação às tarefas domésticas e ao cuidado com as crianças. No entanto, na maioria das áreas, as participantes casadas ainda se enfrentavam a “dupla jornada”, realizando, sozinhas, quase todas as tarefas domésticas e os cuidados com as crianças em paralelo a seus trabalhos fora de casa. Tanto no Egito quanto nas Filipinas, as mulheres que entrevistamos consideravam o trabalho fora de casa como um recurso pelo qual elas deveriam “pagar um preço”, desde que não relaxassem em suas atividades domésticas. Uma vez que obtiveram gratificação pessoal e coisas de que precisavam através de seus trabalhos, elas sentiam que deviam ganhar esse direito; o trabalho em casa e fora de casa se tornou uma rotina e não uma questão de igualdade de gênero.

Ao mesmo tempo, na maioria das áreas pesquisadas, ter acesso a uma renda independente foi um fator crucial que possibilitou às mulheres restringirem a violência em suas casas e, se a situação se tornasse insustentável, deixarem seus maridos e criarem seus filhos por conta própria. Ironicamente, esse foi o caso mesmo quando o fato de trabalharem fora de casa muitas vezes exacerbou o risco de se depararem com a violência doméstica.⁷ Nós ouvimos numerosas histórias de mulheres

⁶ As histórias das entrevistadas na Malásia também ilustram as formas pelas quais os padrões das mulheres podem ser constrangidos pelo medo que seus pais têm das influências inovadoras do trabalho na cidade, como no caso de Aini, ou pelo ciúme sexual de um marido, como no de Lia.

⁷ De fato, o próprio fato desse risco existir motivou certas mulheres, especialmente na Malásia e nas Filipinas, a esconderem as atividades que lhes geravam essa renda de seus maridos, através de trabalhos clandestinos ou feitos em suas casas (Veja Capítulos 4 e 7).

nas Filipinas, no México e nos Estados Unidos que enfrentaram seus maridos alcoolatras e violentos com facas ou outras armas, que reagiram ou que simplesmente os abandonaram quando a violência se tornou demasiada. No Brasil e também na Malásia, um bom número de entrevistadas havia abandonado os maridos violentos, aparentemente de forma definitiva. O elemento crítico que reforça a consciência de direitos das mulheres em todos esses casos foi a sua confiança em sua capacidade de se sustentar e, algumas vezes, em adição a isso, o apoio de suas mães e sogras. Ao lado de Tisay, nas Filipinas (que, armada com um emprego decente, abandonou seu marido, que lhe batia, e arrumou um namorado com quem ela se recusa a casar), elas poderiam dizer: "As mulheres não merecem sofrer violência dos homens". Para as mulheres em nossa pesquisa, bem como as de outros estudos, as bases da consciência de direitos (a noção de tê-los e a capacidade de exercê-los) incluem recursos humanos tais como uma rede de parentes, bem como recursos materiais ou financeiros (George, 1996; Batiwala, 1994). Tal atribuição de direitos se correlacionou fortemente, entre as nossas entrevistadas, não apenas com o exercício desses direitos, mas na prática de articulá-los em termos de propriedade pessoal e direitos sociais — como as participantes das Filipinas que afirmaram: "Eu reajo, ele não é mais meu dono", ou como Tisay, que ligava seus direitos aos das mulheres como um grupo.

6. *Em algumas localidades, fazer parte de grupos comunitários ou sindicatos pareceu ser um dos fatores mais fortes a motivarem a consciência de direitos e, sobretudo, a liberdade de expressá-los abertamente; mas este último caso esteve restrito a certas condições locais e políticas.*

A filiação a uma organização, um sindicato ou um grupo comunitário não foi uma variável que o projeto do IRRRAG, como um todo, tivesse originalmente pretendido estudar como um dos fatores que pudessem contribuir para a noção de consciência de direitos reprodutivos e sexuais. Essa variável tornou-se um foco deliberado de estudo apenas nas pesquisas do Brasil, do México e dos Estados Unidos, como reflexo do contexto político desses países e de seus movimentos de mulheres. Na Nigéria, no Egito e nas Filipinas, as conexões das participantes com organizações locais serviram, primariamente, como um mecanismo para a identificação e o acesso às mulheres que seriam entrevistadas. Na Malásia, elas não foram um fator nem na metodologia da pesquisa nem em seus achados. Ainda assim, em vários dos países, tal filiação pareceu fazer a diferença entre uma consciência implícita, manifestada principalmente através de ações, e uma outra que era expressamente articulada em termos de direitos. Mais que isso, em alguns casos, o próprio processo da pesquisa se tornou um veículo dinâmico pelo qual as mulheres (e no Egito e no Brasil, também os homens) começaram a perceber seus direitos sexuais e reprodutivos e suas próprias identidades, sob uma nova luz.

Assim como o fato de terem sua própria renda, a mera participação dessas mulheres em uma organização ou em um sindicato não necessariamente as "libertava",

especialmente sob condições de crescente marginalização e insegurança profissional. Mas ambos os fatos fizeram com que elas se inserissem em um contexto social no qual podiam entender sua situação e a possibilidade de se verem como sujeitos ativos de direitos; com isso, sua identidade constitui-se para além de seus corpos. Essa dinâmica apareceu de maneira mais contundente nas palavras que ecoaram através dos países, como as da ativista do movimento de saúde de São Paulo, que ressaltou: "Quando eu comeci a participar, eu era uma *Maria Ninguém*, que não tinha consciência de nada; uma mulher que cuidava do marido... Aqui no movimento, eu me tornei consciente de que a gente tem que lutar por nossos direitos". Nós ouvimos de Natália, uma mãe solteira zapoteca da área rural de Oaxaca, essa mesma percepção de uma identidade transformada: "Antes [de me juntar à organização de saúde], eu era *ninguém*, por assim dizer. Mas agora não. Hoje em dia todo mundo diz, 'vamos falar com ela que ela sabe'". Da mesma forma, Isabel, nas Filipinas, descobriu sua habilidade de "aprender alguma coisa nova" (para compensar sua educação precária) e ganhou "o sentimento de realização" através da participação na organização de saúde da comunidade.

Da mesma maneira, as participantes nas três áreas de pesquisa dos Estados Unidos, indicaram que pertencer a um grupo organizado lhes forneceu um espaço crítico onde elas puderam superar seu isolamento e conversar umas com as outras sobre assuntos tais como violência, sexualidade e contracepção. Em alguns casos, a expansão da identidade para além da maternidade e o trabalho diário conduziram a percepções de identidade grupal e à possibilidades de ação coletiva. Assim, para uma das mulheres do grupo de costura de Soperton, a lição foi que "As mulheres negras... devem se aceitar e ajudar umas às outras", e, para uma latina do grupo de saúde, "envolvimento comunitário" significava "[aprender a] lutar pelos direitos de mulheres" (veja Capítulo 8). Embora o estudo egípcio não tenha inquirido sobre o lugar da identidade comunitária ou grupal na determinação da consciência de direitos daquelas mulheres (exceto entre as mulheres muçulmanas sem parceiros), tal correlação é sugerida no caso das entrevistadas de Bouliaq-Cairo. Diferentemente das outras áreas de pesquisa do Egito, todas as mulheres de lá já vinham trabalhando em uma organização de base comunitária à época do estudo. Entre todas as participantes egípcias, foram elas que mais clara e consistentemente expressaram suas posições a respeito de assuntos como seus direitos de casar com quem desejassem, de resistir à violência de seus maridos e de tomar decisões sobre sua própria fecundidade, a despeito dos desejos de seus maridos.

Nos estudos de outros países, o processo de pesquisa propriamente dito se tornou uma ocasião para as participantes começarem a questionar suas próprias suposições sobre gênero, sexualidade e reprodução e a experimentarem um clima de apoio para suas demandas. Isso aconteceu mais explicitamente nos Estados Unidos, onde as participantes dos grupos de discussão disseram às pesquisadoras que "ninguém tinha perguntado nossa opinião antes" e expressaram seu desejo de participar de grupos como aquele mais freqüentemente. No estudo das Filipinas, o modelo de pesquisa participativa feminista antecipou desde o início que os achados

do campo serviram, simultaneamente, como material de pesquisa e de intervenções. Lá, através das entrevistas de acompanhamento, descobriu-se que o fato de terem sido perguntadas sobre certos assuntos pela primeira vez conduziu as participantes a um tipo de *consentimento*, de uma maneira rudimentar, o processo de pesquisa se precisou a algumas das mesmas funções de abertura de novos valores e novas identidades, tal como a participação política no Brasil, no México e nos Estados Unidos.

Os resultados de cada país sugerem que pode haver uma diferença de magnitude entre o tipo de consciência de direitos reforçada pelas atividades geradoras de renda e aquelas associadas à participação política (especialmente em organizações com algum tipo de presença feminista). Embora a renda própria possa dar às mulheres uma maior noção sobre o direito de tomar suas próprias decisões em relação a assuntos reprodutivos, o ativismo pode levá-las a dar outros passos para a formação de suas identidades como cidadãs e como sujeitos que lutam ativamente por seus direitos, não apenas dentro de suas casas, mas frente aos provedores de saúde e ao Estado. No entanto, algumas formas de organização são claramente muito diferentes de outras no que tange ao tipo de consciência e expressão de direitos que virão a encorajar. No Brasil e no México, uma recente história política de participação em organizações populares e de base — para as mulheres, bem como para os homens — tem gerado uma forma de cidadania ativa através dos movimentos sociais. De forma semelhante, entre sindicalistas de Nova York, a idéia dos direitos das trabalhadoras, veiculada por uma estrutura organizacional, estava bem arraigada e, assim, era mais prontamente transferível para o domínio dos direitos individuais. As mulheres mais velhas, líderes dos grupos tradicionais da Nigéria, no entanto, assim como as jovens estudantes muçulmanas do Egito, são exemplos eloquentes de que a filiação política pode resultar em uma espécie de investitura que é hierárquica e conservadora e que vem a reforçar a cultura patriarcal. Não é apenas a participação em um grupo, *per se*, mas o tipo de organização e sua ideologia, que podem ser as chaves para a questão da consciência de direitos sexuais e reprodutivos.

7. *A maioria das entrevistadas manifesta ter uma pequena noção de direito ao prazer sexual, tanto no que se refere a tê-lo quanto no que toca ao direito de mostrar sua necessidade de tê-lo. Isso contrasta forte e frequentemente com a noção que essas mulheres têm do direito de não serem objeto de violência por parte de seus maridos e de não estarem sujeitas a sexo indesejado. Mas a minoria que manifesta sua determinação de desfrutar do sexo o faz sem se desculpar por isso.*

As mulheres são muito mais contundentes em sua oposição aos perigos envolvidos na sexualidade das mulheres heterossexuais do que o são ao expressarem qualquer direito ao prazer sexual, especialmente fora das fronteiras do casamento heterossexual. Como mencionado acima, as entrevistadas no Brasil, no Egito, no México, nas Filipinas e nos Estados Unidos demonstraram ter uma patente e, algumas vezes, muito bem marcada resistência aos abusos e à violência de seus maridos e,

também, mostraram utilizar-se de táticas subversivas ou indiretas (por exemplo, mentir sobre seus períodos menstruais ou doenças), mas, com frequência, efetivas, para evitarem fazer sexo sem que o desejem. As participantes malaisias e indianas na Malásia e as muçulmanas e cristãs na Nigéria foram as que mais frequentemente manifestaram sua crença no dever da esposa de obedecer ao seu marido e no direito do marido de ter satisfação sexual quando desejá-lo, ainda assim, um bom número delas deixou seus casamentos quando os abusos se tornaram insuportáveis. E, na Nigéria, onde as mulheres são geralmente responsabilizadas pela disseminação do HIV/AIDS e outras DSTs, Zenab, uma dona-de-casa muçulmana hausa, argumentou fortemente que “se um homem estiver infectado com AIDS ou qualquer outra DST, sua esposa deveria ser livre para se recusar a dormir com ele para se proteger”.

Apesar disso, quando se tratava de afirmar seu direito ao prazer e à satisfação sexual, apenas um pequeno número de mulheres se manifestou. Embora Zenab tenha insistido em se proteger dos riscos de infecção, ela também argumentou que uma mulher deveria se considerar satisfeita “em dar prazer ao seu marido e a ter filhos como decorrência do ato”, não se importando em desfrutar do sexo. Nas Filipinas, no México e na Nigéria, a visão tradicional de acomodação sexual como um dever das esposas e do prazer sexual como uma prerrogativa dos homens — uma imagem das mulheres como receptáculos passivos ou meros campos através — pareceu estar especialmente consolidada. As descrições de mensagens intimidadoras ou vergonhosas a respeito da menstruação, da puberdade ou dos encontros sexuais (incluindo até mesmo a noite de núpcias) reverberaram em todos os estudos, através de toda a diversidade cultural — mensagens que, embora tenham se originado nas ideologias religiosas e nas tradições patriarcais, com frequência, eram filtradas através de um doutrinamento de gênero imposto às garotas por suas mães ou outras parentes mulheres. No Egito e na Nigéria, rituais dolorosos tais como a MGF, o *bedadi dohila* e os tabus menstruais reforçam essas mensagens verbais e simbólicas. Algumas entrevistadas, como aquelas que estoicamente suportavam sexo sem o querer nas Filipinas, viam tais tormentos como o preço que se pagava para se ter paz em casa e respeito na comunidade.

Embora as mulheres, em todos as áreas, lamentassem a injustiça desse doutrinamento e, acima de tudo, a falha de suas mães em prepará-las para a vida com informações corretas a respeito do sexo, a maioria ainda expressava reticência sobre tomar a iniciativa sexual e pouca consciência do prazer sexual como uma necessidade básica tanto para as mulheres quanto para os homens. De todas as comunidades pesquisadas, apenas no Egito havia o conceito de que as mulheres, como os homens, têm direito à satisfação sexual no casamento — um conceito endossado pela lei *sharia* — comumente aceita tanto pelas mulheres quanto pelos homens. E mesmo lá, tomar a iniciativa sexual é algo que as mulheres, habitualmente, só podem pensar em fazer com honra por meios indiretos, através de expedientes de sedução.

Não apenas os tabus religiosos e a rígida socialização de gênero explicam por que tantas de nossas entrevistadas achavam a sexualidade alienante e desagradável. Há que

se considerar também as duras condições de suas vidas cotidianas, que fazem com que o desfrute sexual lhes seja virtualmente impossível. Algumas participantes das Filipinas, como Tasing, com quinze filhos, foram bem claras ao dizer que o constante e penoso trabalho doméstico, tantos filhos e a falta de espaço ou de "seu próprio quarto" faziam o sexo ser algo "cansativo e doloroso". E, sem dúvida, embora a situação de Tasing constitua um caso extremo, suas condições de trabalho árduo, sua fadiga e falta de privacidade são compartilhadas por muitas outras mulheres em todos os sítios de pesquisa. Além disso, pareceu evidente, com base nas experiências relatadas na maioria dos países, que muitos maridos, especialmente nos períodos iniciais do casamento, têm muito pouco conhecimento sobre como dar às mulheres algum tipo de prazer ou mesmo que isso é algo que eles deveriam tentar fazer.

A experiência de Wafaa, uma mulher casada de meia-idade do Cairo, que relatou que seu marido era "bom pra mim" e "geralmente [se ocupava del] preliminar antes do intercuro" pareceu ser a exceção. Mais típicos foram os relatos em outros países, revelando que o desfrute do sexo no casamento só aconteceu após muitos anos, quando ocorreu — por exemplo, a mulher do sindicato de Nova York que relembrou: "No começo do casamento, ele queria sexo a cada momento do dia... Eu não queria, eu não gostava... Levei anos até que eu conseguisse simplesmente relaxar e poder gostar de sexo". Outras mulheres tiveram maridos ou parceiros que permaneceram cruéis e insensíveis, como Gabriela, uma empregada de padaria em Sonora: "Eu acho que ele é como todos os homens, eles só se preocupam com sua própria satisfação, e eles a querem o tempo todo, a cada noite, e você... você se enche disso... eles te perseguem tanto com sexo que você nem tem a chance de gostar disso".

Dado esse padrão constante de assédio e negação sexual, as poucas e lentes vozes que ouvimos a favor do prazer sexual das mulheres foram as mais marcantes de todas. Em praticamente todos os casos, essas tenderam a ser ou de mulheres jovens sem parceiros ou de mulheres mais velhas, que já estavam além da idade de ter ou criar filhos. Embora fossem minoria, elas emergiram em quase todos os países. Muitas das mulheres jovens sem parceiros afirmaram seu direito a ter muito mais informação sobre sexo do que suas mães tiveram, e algumas mães — como as progressistas ativistas de saúde de São Paulo — concordavam com isso. As mulheres jovens urbanas do Norte da Nigéria rejeitavam o padrão duplo da virgindade apenas para as mulheres, e uma até anunciou, desafiante: "Toda vez que eu tenho vontade de dormir com meu namorado eu vou até ele". Mas a maioria dos estudos constatou que as participantes estavam mais propensas a abraçar seus direitos ao prazer sexual em idades mais avançadas, presumivelmente depois de já terem provado ser boas esposas e mães (veja achado 3) — por exemplo, as mulheres que já tinham passado da menopausa no Norte rural da Nigéria que insistiram: "Nós não somos velhas demais para fazer sexo e por que haveríamos de desistir de qualquer coisa?... Os homens velhos ainda fazem sexo". E em outras palavras também repetidas através dos continentes, nós ouvimos uma das nigerianas mais velhas da área rural advogando os direitos iguais das mulheres

de tomarem a iniciativa do sexo com base em que "*O corpo é dela, ela deve ser livre para ter controle sobre ele*"; e uma trabalhadora da agricultura no Nordeste do Brasil, na casa dos quarenta anos, argumentou, quase com as mesmas palavras, que uma mulher "não precisa pedir permissão nenhuma: *o corpo é dela, e ela faz o que quiser com ele*".

Praticamente o único apoio aberto à sexualidade lésbica que nós ouvimos em qualquer dos estudos veio de uma outra trabalhadora brasileira da agricultura, também em seus quarenta anos: "Isso é uma questão de escolha. Se alguém se sente bem com um homem, que fique ao lado dele. Se eu gosto de mulher, isso é problema meu... Todo mundo tem o direito de escolher o que é bom para si".⁸ Embora os estudos tenham incluído muito poucas manifestações por parte das participantes, seja de uma forma ou de outra, sobre sexualidade lésbica, e apenas as mulheres do sindicato de Nova York tenham levantado o assunto da masturbação, não faltaram mulheres que estavam conseguindo e, em alguns casos, escolhendo, viver sem homens. Isso foi verdadeiro para a maioria das entrevistadas nos Estados Unidos, bem como no Brasil e no México. Na Malásia, uma sociedade na qual o casamento é quase uma regra universal, foi particularmente surpreendente ouvir Yati, uma mulher malaia urbana na casa dos vinte anos, declarar sem qualquer desculpa: "Eu nunca me preocupei em não me casar porque eu sinto que eu posso sobreviver por minha conta... sem um homem". No caso de Yati, bem como no de outras mulheres em nosso estudo que são voluntariamente solteiras, divorciadas ou separadas, incluindo muitas que estavam criando filhos, sobreviver sem um homem tornava-se possível por elas terem alguma habilidade ou algum meio viável de ganhar sua vida (veja achado 5). O contexto estrutural foi crítico aqui, assim como o foi na determinação de outros aspectos da consciência de direitos dessas mulheres.

8. *As entrevistadas de todos os países reclamaram da baixa qualidade, da inacessibilidade e dos altos custos da saúde reprodutiva e dos serviços de planejamento familiar; elas se ressentiam, sobretudo, do tratamento desrespeitoso e abusivo que recebiam dos profissionais de saúde. Serviços públicos podem estimular a formação da consciência de direitos das mulheres, e, para muitas delas, é mais fácil articular demandas institucionais do que individuais.*

Durante os anos 90, dezenas de estudos, usando diferentes métodos e indicadores, tentaram avaliar a "qualidade dos cuidados" de saúde reprodutiva e os serviços de planejamento familiar em diversos países a partir da "perspectiva das usuárias" (veja Bruce, 1990; Aitken e Reichenbach, 1994; INDRA/HAIR, 1996; Hardon e Hayes, 1997; Jain e Bruce, 1994; RHM/WHO, 1997; e *Estudos sobre Planejamento Familiar*, Vols. 22-28). O projeto do IRRRAG não foi expressamente

⁸ É possível que esse discurso notadamente feminista não seja uma coincidência completa, mas reflita a influência, sobre esse grupo de trabalhadoras da agricultura em Pernambuco, das organizadoras feministas do SOS Corpo, no Recife.

lançado para investigar as perspectivas de nossas entrevistadas sobre a qualidade dos cuidados e do fornecimento de serviços (comparar INDRA/HAIN, 1996 e Hardon e Hayes, 1997). Ainda assim, nossas indagações a respeito de como as mulheres vivenciam os processos de decisão sobre ter filhos, contracepção, aborto e problemas ginecológicos, invariavelmente levantaram uma lista de reclamações sobre injustiças sofridas em suas más experiências nos serviços de saúde. Se a participação política e a conquista de uma renda própria ajudam a garantir os direitos das mulheres, os sistemas e serviços de saúde nos sete países — todos inadequados e insensíveis às mulheres pobres — certamente não o fazem.

Na maioria das localidades, particularmente no Brasil, no Egito, no México, na Nigéria e nos Estados Unidos, as participantes repetiram suas, agora familiares, queixas sobre a qualidade insatisfatória, a inacessibilidade e os altos custos dos serviços hospitalares e clínicos. Isso foi tão mais verdadeiro quanto a presença de programas de planejamento familiar nesses países vem sendo, sem dúvida, um fator positivo para a formação da noção do direito de as mulheres controlarem sua própria fecundidade. Em todos os países, os problemas de acesso foram um reflexo direto da privatização dos serviços de saúde, registrada em cada capítulo, e da rápida redução tanto dos recursos públicos quanto da percepção governamental do direito à saúde como um direito social. Onde os serviços de saúde reprodutiva, planejamento familiar, obstetrícia e tratamento das dsls são inevitavelmente inacessíveis e dispendiosos, como na Nigéria, as mulheres continuam utilizando-se de curandeiros locais, parteiras, farmácias ou métodos tradicionais. Nas Filipinas, como mencionamos anteriormente, a despeito da existência de um programa de planejamento familiar patrocinado pelo governo há muito tempo, a oposição da Igreja Católica ainda faz com que muitas mulheres, especialmente aquelas das áreas rurais, se vejam impedidas de receber métodos e informações à qual elas têm direito moral e legal.

Ainda assim, mesmo onde os serviços públicos e de baixo custo estão disponibilizados, como na maior parte do Egito e da Malásia, nossos estudos constatarem que o uso de métodos tradicionais de contracepção, aborto e parto parece ser uma escolha consciente por parte de muitas das entrevistadas. Frequentemente, essa decisão é produto de um aconselhamento inadequado e dos efeitos colaterais desagradáveis ou não-tratados que elas experimentam ou que esperam experimentar, bem como da persistência de restrições legais e culturais ao aborto.⁹ Mas, de longe, a barreira mais importante aos serviços de saúde de qualidade,

⁹ No Brasil, no Egito, na Malásia e nas Filipinas, muitas das entrevistadas já tinham tido métodos modernos de contracepção em uma ou outra ocasião, mas descontinuaram seu uso ou os estavam usando irregularmente. As razões para isso foram, principalmente, os efeitos colaterais físicos que elas experimentaram, combinados com a oposição de seus maridos e familiares (veja achado 1), embora esses problemas fossem claramente associados ao aconselhamento de má qualidade, pela ausência de acompanhamento e pelo a natlabeismo (incapacidade de ler as instruções das embalagens).

foi o tratamento desumano e inferiorizante que as participantes, em todos os países, recebiam dos profissionais de saúde. Certamente houve exemplos de mulheres que receberam um aconselhamento sensível nos serviços e que estavam usando métodos não-permanentes de contracepção com êxito, como Lai Yin e Karulhama, na Malásia. Na Cidade do México, nossa pesquisa encontrou exemplos extraordinários de mulheres que sabiam o que queriam e como negociar com o formidável mundo dos hospitais públicos e com as facilidades derivadas do planejamento familiar, colocando-se frente a frente com médicos e maridos, de forma a se certificarem de que suas necessidades seriam atendidas. No entanto, essas foram exceções. De maneira geral, as mulheres foram desencorajadas e alienadas por tratamentos insensíveis e, com frequência, abusivos e preferiam desistir dos serviços médicos, em lugar de se submeterem a tais abusos. Atitudes e práticas indiferentes por parte dos profissionais de saúde, geralmente enraizadas em preconceitos de gênero, classe, étnicos ou raciais, operam como uma barreira *de facto* a esse acesso, chegando mesmo a destruir a confiança em todos os serviços públicos.

As histórias de abuso por parte de profissionais de saúde reprodutiva não viciam apenas do Sul global, conforme atestam as mulheres afro-americanas da área rural que utilizaram implantes Norplant. Quando tentaram retirar os implantes por causa de efeitos colaterais, as equipes das clínicas locais lhes disseram que suas queixas sobre sangramento excessivo, perda de peso e palpitações eram “inconveniências” e não “problemas médicos” e que, portanto, não ganhavam a remoção por intermédio do Medicaid, a menos que elas pagassem US\$ 300,00 para reembolsar o Estado. As histórias das entrevistadas no Brasil e no México sobre tratamentos abusivos recebidos de médicos e partos — incluindo sarcasmo, rudeza e mesmo assédio sexual contra elas e outras mulheres — são verdadeiramente chocantes, como confirmam os numerosos relatos de esterilização involuntária, especialmente no México. Porém, enquanto as pesquisadoras vocalizam as legítimas preocupações dos movimentos em prol da saúde das mulheres a respeito de uma cultura médica que privilegia métodos cirúrgicos e invasivos (veja Capítulo 2), a fúria palpável das mulheres nesses estudos se focaliza menos em métodos particulares do que nos aspectos humanos da assistência. Algumas vezes, as entrevistadas claramente queriam a laqueadura de trompas, uma inserção de DIU ou uma cesariana (como a indômita Emilia, na cidade do México); no entanto, mais que qualquer coisa, elas queriam ser levadas a sério, queriam ser ouvidas e tratadas com respeito. Na Nigéria, no Egito, nas Filipinas e na Malásia, as mulheres pareciam menos propensas a protestar verbalmente contra abusos dos serviços, preferindo “voiar com seus pés”, se recusando a voltar à clínica ou ao hospital, ainda que isso pudesse prejudicar sua própria saúde.

Embora serviços de baixa qualidade e inacessíveis pareçam ser a realidade para quase todas as populações de nosso estudo, essa inadequação é mais severa em algumas localidades do que em outras. Uma olhada nas diferentes taxas de

mortalidade materna, na proporção de nascimentos com assistência profissional, nas taxas totais de fecundidade e nas taxas de uso de contraceptivos entre nossos sete países oferece a evidência mais aafiada dessas diferenças nacionais (veja Tabela 9.1). Além disso, a realização de abortos ilegais ou legalmente restritos, embora seja um problema em todos os sete países (Tabela 9.2), apresenta consequências mais adversas em termos de morbi-mortalidade materna para as mulheres em alguns dos países.¹⁰ O aborto permanece um assunto delicado em muitas das localidades da pesquisa, abordado pela maioria das entrevistadas com muita cautela e, freqüentemente, com uma grande discrepância entre o que se dispõem a dizer publicamente e o que fazem na prática. Como enfatizado antes, a reticência dessas mulheres é o resultado imediato e pragmático de leis punitivas e de sanções religiosas e culturais, reforçadas pela condenação das equipes de profissionais de saúde. Mais do que isso, as atitudes negativas das entrevistadas em relação ao aborto parecem ser, muitas vezes, motivadas pelo temor do que elas já ouviram sobre o que muitas mulheres sofreram ou morreram, tanto quanto por sentimentos morais ou religiosos.

O efeito de longo prazo de tais restrições, no entanto, assim como os efeitos dos abusos nas clínicas, pode acabar estimulando a consciência de direitos das mulheres, ao invés de suprimi-la. Nós percebemos que os encontros públicos objetivando a discussão de assuntos tais como o aborto ou a esterilização involuntária traziam à tona a raiva das entrevistadas e as tornavam conscientes das injustiças perpetradas pelos profissionais de saúde e pelas instituições. De forma crescente, elas estão se dispondo a se levantarem contra o preço desnecessário que as mulheres têm que pagar em sofrimento ou mortes só porque lhes é negado o acesso a procedimentos legais e seguros de aborto. As participantes dos grupos locais de São Paulo e do Nordeste do Brasil — que se enraivavam contra os médicos que “não estão nem aí” quando vêem mulheres sangrar até a morte, todos os dias, por causa de abortos auto-induzidos e que as repreendem “se você é pobre”, mas não se você é rica — diferem das participantes do Egito e da Nigéria em um aspecto crítico: elas pertencem a grupos comunitários organizados que lhes fornecem uma estrutura na qual a raiva pode ser canalizada em direção a uma ação coletiva (veja achado 6). Apesar disso, muitas de nossas entrevistadas, organizadas ou não, pareceram achar mais fácil articular sua percepção dessas injustiças e se atribuírem direitos em relação às

instituições públicas do que em relação aos seus parceiros e familiares, aqueles com quem elas têm que conviver. Talvez a negociação dos conflitos públicos a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos acabe tornando mais fácil para essas mulheres a negociação de seus conflitos privados em suas casas.

Resumo

Mais uma vez, os achados das pesquisas do IRRRAG delineiam o quadro de tremenda resistência e coragem das mulheres que não se conformam pacientemente com os magros recursos e com as intratáveis barreiras culturais e sociais à sua liberdade sexual e reprodutiva, mas que, pelo contrário, desafiam a tradição de passividade feminina: manobrando em volta, subvertendo, curvando e, algumas vezes, desafiando diretamente essas barreiras. Não se enquadrando nem na imagem de vítimas nem na de resolutas guerreiras feministas, elas expressam uma consciência de direitos sexuais e reprodutivos, em algumas questões mais fortemente do que em outras e em contextos minados por obstáculos — dos maridos, pais, médicos e outros membros das equipes de saúde, das autoridades religiosas e do Estado. A maioria das nossas entrevistadas mostrou uma clara noção sobre seu direito de tomar suas próprias decisões a respeito do casamento (quando e com quem), de sua fecundidade (número e época de terem filhos), da contracepção, de sua recusa à violência doméstica e a fazer sexo quando não desejam, do cuidado com as crianças e do trabalho (se e quando devem trabalhar fora de casa ou buscar recursos econômicos por sua própria conta). Embora se ressiniam da falta de responsabilidade masculina em relação à contracepção segura e ao cuidado com as crianças, elas “preferem confiar em seus próprios recursos e no seu controle das coisas do que confiar na cooperação dos homens”. A esse respeito, elas parecem estar dispostas a ir longe para manter o sigilo, a segurança e a autonomia, a fim de evitar os riscos constantes de violência doméstica, de discórdia conjugal, de vergonha pública ou de abusos clínicos. A confiança de nossas entrevistadas egípcias em métodos de aborto artiscados e auto-induzidos, ou das nigerianas, nas parteras locais para assistir os partos, representam um tipo de resistência e, até mesmo, uma moralidade contra-hegemônica, ainda que sejam resistência e moralidade em que a mulher paga um preço com seu próprio corpo.

¹⁰ De acordo com estatísticas recentes, o aborto inseguro é responsável por um terço de todas as mortes maternas e por “800 000 hospitalizações anuais” na América Latina, e as taxas de aborto têm crescido mais rapidamente no Brasil, especialmente no Nordeste (Singh e Sedgh, 1997). No Egito, onde há menos disponibilidade de dados confiáveis dos hospitais sobre essas complicações, não é menos conhecido que os “hospitais do país... atendem a um número crescente de casos de complicações pós-aborto” (Huntington *et al.*, 1995). Ver também Berruq, 1993; Khatib, 1992; Germain *et al.*, 1992; e Younis *et al.*, 1993 a respeito da excessiva e desnecessária morbiidade provocada por serviços de saúde reprodutiva de baixa qualidade.

se rende a práticas tradicionais inseguras, tais como a MGF, que causa danos à sua integridade corporal (ou à de sua filha), com o objetivo de adquirir maior mobilidade e respeito, ela não apenas compromete sua saúde e seu prazer sexual, mas também acaba sustentando um contexto cultural no qual as noções de vergonha e honra se ligam à virgindade feminina (Córrea, 1994). Quando uma mulher argumenta "Sou eu quem tem que decidir, porque sou eu quem suporta as dores e as responsabilidades da maternidade", ela está, com a mais absoluta certeza, afirmando uma demanda ética (consequencialista) em nome de sua própria auto-atribuição do direito de tomar as decisões reprodutivas. No entanto, sua posição se enfraquece por não poder exigir que os outros sujeitos também envolvidos no bem-estar das crianças — o Estado, os maridos ou parceiros — compartilhem essas responsabilidades. Em outras palavras, ela ainda considera como correta a "naturalidade" das divisões tradicionais de gênero e define a maternidade como a essência daquilo que ela é.

As duras realidades com as quais tantas das mulheres em nossos estudos estão tentando negociar demonstram, inequivocamente, que conhecer seus direitos pode estar longe de ter a habilidade de efetivamente exercê-los. Isso nos obriga a perguntar o que é que capacita as mulheres a passarem da noção à ação, de uma negociação estratégica a uma demanda por justiça social? O que as motiva a enfrentar as condições estruturais que governam suas estratégias cotidianas e que fazem os próprios termos nos quais essas estratégias se baseiam tão profundamente injustos? O fato de tantas mulheres, em todos os países, participarem rotineiramente da "epidemia clandestina" dos abortos inseguros, por exemplo, reflete uma percepção das circunstâncias, que podem ser injustas ou opressivas, mas também são, apenas, "uma parte da vida": a pobreza, a falta de cuidados e de atenção para com as crianças, maridos raivosos que as ameaçam com retaliações violentas, leis e códigos religiosos punitivos que se opõem ao aborto legal, a indisponibilidade de métodos contraceptivos seguros e aceitáveis e a falta de uma assistência à saúde humanizada.

Todos os estudos do IRRRAG tentaram situar as percepções e as tomadas de decisões das mulheres dentro de um contexto mais amplo, o das condições sociais, econômicas e culturais que restringem essas mesmas decisões. Alguns desses estudos — especialmente os realizados no Brasil, no México urbano e nos Estados Unidos — apontaram para uma complexa interface entre as oportunidades político-organizativas nos grupos comunitários e sindicais e o comprometimento com uma ação coletiva. Para que a nossa pesquisa vá além da revelação de certos elementos e possa se constituir em subsídios para transformação social, nós precisamos apoiar as mulheres na conexão de sua percepção das injustiças — ainda que articuladas ou implícitas através das negociações diárias dos conflitos reprodutivos e sexuais — com as demandas por mudanças sociais e econômicas. Com base nessa dupla perspectiva, podemos mobilizar ações mais fortes e melhor fundamentadas para redirecionar as políticas e transformar as sociedades.

Recomendações para as políticas e as ações

Os achados das pesquisas do IRRRAG sugerem algumas ações práticas para (a) pesquisadores/as e grupos de pesquisa; (b) movimentos de saúde e dos direitos das mulheres e (c) formuladores/as e patrocinadores/as de políticas tanto nos governos nacionais quanto nas organizações internacionais.¹¹

1. Os/as pesquisadores e os grupos de pesquisa interessados na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como um aspecto de desenvolvimento deveriam valorizar o processo, pelo menos, tanto quanto valorizam os resultados da pesquisa (Benmayor, 1991; Khanna, 1996). Deveriam considerar a utilidade de empregar o enfoque da pesquisa participativa feminista. A equipe das Filipinas descreveu a dinâmica desse processo à medida que ele se desenvolveu, mas a mesma experiência foi mais ou menos repetida em todos os estudos:

As mulheres sabiam que o que elas relatavam seria publicado e exibiram um certo orgulho ao saberem que suas palavras seriam, por sua vez, debatidas em fóruns locais e internacionais. Em algumas instâncias, esses debates foram, para elas, ocasiões de se vestirem com suas melhores roupas. Por sua vez, a organização local das mulheres pode usar sua participação na pesquisa para fortalecer a sua presença e credibilidade na comunidade, ao mesmo tempo que as integrantes das organizações adquiriram valiosas habilidades interpessoais, organizacionais e de pesquisa (comunicação não-publicada).

Assim, o processo de pesquisa propriamente dito pode se tornar uma maneira de convalidar a experiência das mulheres, as suas trocas de idéias e o seu engajamento em ações que visam à garantia dos direitos das mulheres.

2. Nós encorajamos outros pesquisadores e grupos de pesquisa-ação a fazerem o acompanhamento dos estudos do IRRRAG nas áreas onde o desenho de nossa pesquisa apresentou lacunas ou onde nossos achados apontaram para a necessidade de mais dados. Em particular, nós precisamos de mais investigação, com urgência:

Em diferentes grupos sócio-econômicos. Como e quando as mulheres de classe média, em diferentes estágios de vida, expressam sua consciência

¹¹ Nosso propósito, aqui, não é cobrir cada implicação possível para as políticas e as ações que emergem dos estudos do IRRRAG, porém, mais do que isso, é ressaltar aquelas que, até agora, em nosso ponto de vista, têm recebido pouca atenção e poucos recursos.

de direitos nos domínios da reprodução e da sexualidade, e como os padrões por elas manifestados se comparam àqueles manifestados pelas mulheres pobres e das classes trabalhadoras?

Em relação aos homens. O que as mulheres vêem como direitos seus em relação ao apoio e à responsabilidade por parte de seus parceiros homens, filhos e irmãos sobre suas tarefas reprodutivas e sexuais e suas decisões? De que maneiras elas — e também os homens em suas comunidades — gostariam de ver o envolvimento dos homens, ou não?¹²

Em relação às parentes, amigas e conhecidas. De que forma as mães, sogras, irmãs e outras parentes mulheres, amigas, colegas de trabalho, parteras e enfermeiras reforçam ou inibem a aquisição dessa noção de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e meninas? Quem dentre elas exerce uma maior influência?

Em relação à sexualidade. Até que ponto a consciência de direitos sexuais, em estágios diferentes das vidas das mulheres e em diferentes grupos étnicos e de classe, abrange o direito ao prazer sexual, dentro e fora do casamento, e o direito de ser lésbica?

Em relação ao trabalho. Será que as pesquisas vindouras validarão a hipótese (veja Capítulo 7) de que alguns tipos de trabalho geradores de renda têm mais possibilidade do que outros de garantir às mulheres seu direito de tomar decisões e de ser sujeitos nos domínios da reprodução e da sexualidade?

Em outros países e outras regiões. Será que outros estudos semelhantes, que usem os métodos e a estrutura do IRRRAG, levantarão os mesmos resultados em países e regiões não incluídos originalmente em nosso projeto — por exemplo, países da Europa Oriental e Ocidental, do Caribe, da América Central, da Ásia Oriental e da África Oriental e Meridional?

¹² O projeto do IRRRAG pretende dar continuidade ao presente estudo com uma segunda pesquisa que abordará essas questões sobre os homens em algumas das comunidades pesquisadas.

* Este segundo estudo já foi concluído. Os resultados do estudo brasileiro estão publicados em Portella, Ana Paula; Medrado, Benedito; Diniz, Simone e de Mello e Souza, Cecília. (2004). *Homens: Sexualidade, Direitos e Construção da Pessoa*. Recife: SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia/Instituto Papai. (Nota das Editoras brasileiras)

3. Os/as defensores/as e ativistas da saúde da mulher, em programas de desenvolvimento que promovem a saúde e os direitos sexuais das mulheres e meninas, deveriam enfatizar não apenas o direito e os meios de elas se protegerem dos perigos das dis/RTIs, mas também seu direito ao prazer sexual e à diferentes formas de expressão sexual. Para contrabalançar as mensagens tradicionais de vergonha e a hegemonia cultural e social dos fundamentalistas religiosos, tais programas deveriam fornecer às mulheres de todas as idades imagens positivas sobre seus corpos, bem como as idéias de que o prazer erótico é parte natural e desfrutável da vida e de que as orientações sexuais diversas e os modelos diferentes de famílias são particularidades intrínsecas às sociedades humanas.

4. Os/as ativistas e defensores da saúde da mulher, em seus trabalhos educativos, deveriam dedicar mais atenção às diferenças de gerações entre as mulheres e ao lugar que as mulheres mais velhas ocupam como mantenedoras, informantes e mediadoras dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente em relação às mulheres mais jovens sem parceiros. Embora saibam que as mulheres mais velhas percebem sua acomodação às regras e práticas tradicionais como sua única fonte de dignidade e respeito, os grupos de mulheres precisam desenvolver estratégias sensíveis, porém eficazes, para fornecer fontes alternativas de respeito para as mulheres mais velhas, bem como para melhorar a comunicação entre as diferentes gerações de mulheres. Tais estratégias devem incluir a organização de grupos de discussão multigeracionais sobre a sexualidade feminina, o prazer sexual e seus riscos;¹³ o desenvolvimento de materiais educativos feministas, direcionados para as mulheres mais velhas como mantenedoras do *status quo*, abordando as consequências sociais e para a saúde, tanto para elas mesmas quanto para suas filhas, de práticas tradicionais tais como a MGF, o casamento precoce, a preferência pelas crianças do sexo masculino etc., e apresentando alternativas realistas; e a inclusão de mulheres mais velhas, bem como de mulheres jovens e meninas, para os movimentos de saúde e dos direitos das mulheres.

¹³ As discussões sobre sexualidade e prazer sexual têm se tornado um dos focos principais dos grupos de saúde das mulheres e dos programas de planejamento familiar que buscam ajudar as mulheres a negociarem o sexo seguro e a integrar as estratégias de prevenção de HIV/dsi em suas práticas de saúde reprodutiva (veja, por exemplo, Zeidenstein e Moore, 1996 e Becker e Lettman, 1997). Nossa preocupação, aqui, é que o foco de muitos programas para jovens não deveriam se desviar da importância de trazer para essa conversa as mulheres mais velhas, que desempenham seu papel na formação das atitudes e opções das mais jovens.

5. Os programas e os projetos que buscam envolver os homens na responsabilidade pela saúde reprodutiva e sexual deveriam, primeiramente, descobrir o que as mulheres desejam e precisam dos homens e, também, se um envolvimento precipitado dos homens nesse processo pode ter consequências adversas para o bem-estar e a garantia dos direitos das mulheres. Em particular, os programas de "envolvimento masculino" não deveriam absorver fundos e recursos vitais dos programas que objetivam garantir os direitos de mulheres e meninas nem deveriam, sob qualquer circunstância, prejudicar a confidencialidade que as mulheres buscam em suas decisões e ações em relação à fecundidade e à sexualidade (Berer, 1996; Helzner, 1996). Tais programas, ao contrário, devem colocar sua prioridade no aconselhamento de homens e meninos para prevenir atitudes culturais negativas, abusos e violência cujos alvos são as mulheres e meninas, os quais estão entre os obstáculos mais sérios à autonomia das mulheres e à garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, eles deveriam se concentrar no aumento da responsabilidade de homens e meninos, aliviando a de mulheres e meninas, em todos os estágios de seus ciclos de vida, em relação às tarefas cotidianas domésticas e aos cuidados de atenção às crianças (veja a Plataforma de Ação do FWCW, parágrafos 28, 125-6, 176-7 e 283, e o Programa de Ação da ICPD, parágrafo 4.11).

6. Em vista dos achados do IRRRAG de que a participação política frequentemente contribui para a consciência de direitos das mulheres em relação à sexualidade e reprodução, os governos, os/as patrocinadores/as e as agências intergovernamentais deveriam encorajar o trabalho das organizações de mulheres tanto através da locação de recursos quanto através da criação de um clima político aberto e incentivador. Tal apoio levará a cabo o objetivo do Programa do Cairo de "encorajar a expansão e o fortalecimento das comunidades de base, dos grupos de mulheres ativistas e daqueles baseados nas comunidades" (Programa do ICPD, Parágrafo 4-12) e poderá focalizar especificamente as organizações de saúde e de direitos das mulheres que estejam trabalhando na direção da implementação dos documentos do Cairo e de Beijing. Nesse mesmo sentido, os governos, os/as patrocinadores/as, as agências internacionais e os grupos de mulheres deveriam trabalhar para aumentar a participação das mulheres em sindicatos e outras associações na esfera pública que expandam a noção de direitos de seus integrantes como mulheres, cidadãs e membros da sociedade civil.

7. Os governos, as organizações intergovernamentais e os grupos em prol dos direitos e da saúde das mulheres deveriam promover diálogos ecumênicos sobre assuntos relativos aos direitos sexuais e reprodutivos e deveriam trabalhar para dar mais espaço à voz de teólogos alternativos e feministas nos debates públicos acerca dessas questões. Dever-se-ia dar apoio a grupos como Catholics for a Free Choice, Sisters in Islam e Women Living Under Muslim Laws (Católicas pelo Direito a Decidir, Irmãs no Islã e Mulheres que Vivem sob Leis Islâmicas) para que eles possam trabalhar mais intimamente com mulheres rurais e urbanas e, assim, convalidar a autoridade e os julgamentos éticos das mulheres nessas questões, frente às hierarquias religiosas, e colocá-las em contato com interpretações que não se baseiem em correntes do pensamento religioso.

8. Os achados do IRRRAG confirmam, mais uma vez, que as mulheres continuam se submetendo a abortos mesmo sob condições de extremo risco e ilegalidade e que essa persistência resulta de uma noção ética de direitos baseada na necessidade prática. Os governos e as instituições religiosas deveriam reconhecer a legitimidade das decisões das mulheres, tornando os abortos seguros, legais e menos necessários (porque seriam oferecidos como uma alternativa final a uma grande variedade de métodos contraceptivos, fornecidos em clínicas sensíveis e cuidadosas). Isso deveria ser feito não apenas com base nas preocupações de saúde pública (para reduzir a morbimortalidade materna resultante de abortos inseguros), mas também por respeito à integridade moral e à personalidade das mulheres, por sua posição como mães e responsáveis por suas famílias e por suas necessidades, como sujeitos morais, de negociarem seus direitos reprodutivos abertamente e com segurança, mais do que através de subterfúgios sigilosos.

9. Os serviços públicos de saúde, bem como os particulares, têm a responsabilidade, ao garantir uma "assistência de qualidade" a todos os pacientes, de se certificarem que os provedores desses cuidados sejam sensíveis e respeitem a dignidade das mulheres, sua capacidade de tomar decisões e sua diversidade étnica. Todos os provedores deveriam desenvolver, como parte de sua capacitação profissional, a compreensão sobre os contextos e perspectivas de suas pacientes, sob o ponto de vista de gênero, idade, orientação sexual, etnia e cultura; deveriam também ser proibidos de impor suas visões morais e religiosas no desempenho de suas funções