

**MAIO DE 2012,
A NOVA ESTRATÉGIA MUNDIAL
DA CULTURA DA MORTE**

***Comissão em Defesa da Vida
do Regional Sul-1 da CNBB***

SUMÁRIO

- Apresentação.

- Objetivos deste documento.

1. Introdução.

2. As três estratégias da Cultura da Morte.

- A primeira estratégia: os serviços de planejamento familiar e a legalização do aborto.

- A segunda estratégia: os direitos sexuais e reprodutivos.

- A terceira estratégia: a redução de danos e os serviços de aborto seguro.

3. O papel das grandes fundações.

4. A nova política do governo brasileiro para implantar o aborto no país.

5. As origens da nova política.

6. O protocolo de atenção pós-aborto.

7. As Iniciativas Sanitárias no Uruguai.

8. O Consórcio Internacional para a Contracepção de Emergência.

9. O Consórcio Internacional para o Aborto Médico.

10. A promoção do aborto no segundo trimestre.

11. A pressão internacional para que o governo brasileiro permita o livre acesso aos medicamentos abortivos.

12. A Organização Mundial da Saúde coloca os abortivos na lista de medicamentos essenciais.

13. O Instituto Bill e Melinda Gates de População e Saúde Reprodutiva.

14. O governo brasileiro inicia a ofensiva internacional.

15. Conclusão.

MAIO DE 2012, A NOVA ESTRATÉGIA MUNDIAL DA CULTURA DA MORTE

APRESENTAÇÃO.

O governo brasileiro está na iminência de iniciar uma nova política para promover o aborto no país. No entanto, as novas medidas que estão sendo anunciadas são apenas o ponto de partida de um golpe contra a vida humana, que começou a ser planejado, há cerca de dez anos, para desencadear, *de um modo fulminante e simultâneo*, o estabelecimento da Cultura da Morte em toda a América Latina.

O objetivo deste documento é mostrar como, neste ano de 2012, a Cultura da Morte pretende desencadear, internacionalmente, sua nova estratégia para promover o aborto.

A promoção do aborto é um atentado criminoso contra o mais fundamental dos direitos humanos. Promover o aborto é promover o homicídio de vidas inocentes. Pela preservação da democracia, *estude e divulgue este documento.*

24 de agosto de 2012

OBJETIVOS DESTE DOCUMENTO.

A implantação mundial do aborto segue uma agenda inaugurada em 1952, quando o megabilionário John Rockefeller III fundou, em Nova York, o *Conselho Populacional*, com a finalidade de implementar políticas internacionais de controle de crescimento populacional, hoje não apenas ainda em vigor, como também mais ativas do que naquela época.

Mas, ao mesmo tempo, mais do que apenas o controle demográfico, estas políticas representam o início da instalação de uma nova ditadura mundial que terá como base a destruição da distinção entre direitos humanos e legislação positiva. Isto é o que se chama, comumente, de Cultura da Morte.

Um dos princípios básicos da democracia moderna está no reconhecimento da diferença essencial entre os direitos humanos e a legislação positiva, inclusive a legislação constitucional. Uma vez que esta diferença seja abolida, estarão instalados os princípios de um estado totalitário, que não reconhece a existência de direitos humanos anteriores à própria constituição do Estado, direitos que o Estado pode modificar e impor, segundo seu próprio arbítrio. A democracia somente pode ser florescer onde os direitos humanos sejam reconhecidos como tais por si mesmos, onde não sejam uma concessão do governo, um resultado do consenso dos legisladores, ou o fruto de uma decisão popular tomada em plebiscito. A implantação do aborto não significa apenas um avanço no controle do crescimento populacional, mas também o passo mais decisivo para a transformação gradual dos direitos humanos em legislação positiva. O efeito de uma legislação deste tipo, que está sendo introduzida de caso pensado, será que outras mais terão que ser sucessivamente criadas para justificar os erros das anteriores. Com isto, porém, estará virtualmente instalada a destruição do ideal democrático e, pelo caráter internacional da agenda que a impulsiona, inaugurada uma forma inteiramente nova de ditadura global.

Os autores da Cultura da Morte traçaram sua primeira grande estratégia em 1952, por ocasião da fundação do Conselho Populacional, em Nova York, por iniciativa de John Rockefeller III. A estratégia consistiu essencialmente na disponibilização, em escala mundial, dos serviços de planejamento familiar e da legalização do aborto.

A segunda estratégia iniciou-se em 1990 quando a Fundação Ford criou, naquele ano, a política mundial dos direitos sexuais e reprodutivos.

A terceira estratégia foi planejada, durante pelo menos uma década, *para produzir um resultado fulminante e simultâneo em todos os países* que, não obstante a primeira e a segunda estratégias, atualmente *continuam a recusar-se em aceitar a implantação da Cultura da Morte*. A nova estratégia consiste essencialmente em uma falsa política de redução de danos e na implementação, dentro dos serviços já existentes de planejamento familiar, de novos serviços de aborto seguro, seguindo o mesmo esquema pelo qual os seus idealizadores implantaram, na última década do século XX, em todo o mundo, a contracepção de emergência.

A descrição da origem, da evolução e do modo como se pretende instalar esta terceira estratégia no Brasil e na América Latina é o principal objeto deste documento.

O governo brasileiro é, no momento, um dos principais atores desta infame agenda imposta desde o estrangeiro a todo o nosso continente. O povo brasileiro é maciçamente contrário ao aborto. Os níveis de rejeição ao aborto no Brasil são altíssimos e crescem ano após ano. Os dados do Ministério da Saúde sugerem também que a própria prática do aborto tem diminuído, nos últimos cinco anos, a taxas da ordem de 12% ao ano, a cada ano. Apesar deste quadro, que o Brasil compartilha com vários outros países da América Espanhola, nosso atual governo aparelhou vergonhosamente toda a estrutura pública para promover o aborto como em nenhum outro país da América Latina.

Contrariando as promessas de governo da atual presidente Dilma Rousseff que, para poder eleger-se em 2010, *teve que prometer, por escrito, que nada faria para promover o aborto no país*, o governo brasileiro anunciou, em junho de 2012, uma série de medidas que, sob a falsa aparência de uma política de redução de danos, inaugurarão de fato uma nova política para promover o aborto no Brasil. Segundo as novas medidas, apresentadas como se fossem de origem nacional, o governo *não considera crime orientar uma mulher sobre como praticar o aborto* e está preparando um programa pelo qual o *Sistema de Saúde Brasileiro* passará a orientar as mulheres *sobre como usar corretamente os métodos existentes para abortar*. Além disso, o Ministério da Saúde está também preparando uma cartilha *para orientar as mulheres que desejam abortar* e uma nova Norma Técnica que servirá de base para um programa de aconselhamento para mulheres que enfrentam uma gravidez indesejada. Finalmente, o Ministério também está considerando liberar a venda de remédios abortivos para o público. Todas estas medidas serão tomadas independentemente do fato de que a lei estabeleça ou não que a prática do aborto seja um crime.

Logo após o anúncio de tais medidas, os grupos que trabalham em defesa da vida no Brasil denunciaram que a origem da nova política estava claramente documentada no Diário Oficial da União. O periódico governamental registrava que o Ministério da Saúde havia assinado, com a Fundação Oswaldo Cruz, uma seqüência de cinco contratos, praticamente idênticos, datados de dezembro de 2009, outubro de 2010, dezembro de 2010, dezembro de 2011 e janeiro de 2012, para formar grupos de estudo sobre o aborto no Brasil. O primeiro dos contratos da série menciona explicitamente que a finalidade do trabalho seria *planejar a legalização do aborto no Brasil*. No final de 2011, o Diário Oficial da União também mencionava *diversas viagens de funcionários do Ministério da Saúde ao exterior* para participar de reuniões sobre estratégias e processos em

andamento para permitir o acesso da população a medicamentos abortivos. O anúncio, em junho de 2012, da nova política para o aborto do governo brasileiro, não seria nada mais do que o resultado planejado destes contratos e destas viagens.

A reação não tardou a esperar. No final de junho de 2012 vinte e sete deputados federais protocolaram os requerimentos RIC 2380/12 e RIC 2381/12, endereçados ao Ministério da Saúde do Brasil, solicitando a apresentação de toda a documentação pertinente e das cópias completas dos cinco contratos assinados pelo ministério, além dos relatórios de trabalho das viagens empreendidas. O teor dos requerimentos pode ser lido nos seguintes endereços do Congresso Nacional:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=549777>

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=549778>

Segundo informações do Congresso Nacional, a documentação solicitada somente foi apresentada à Câmara na quarta feira, dia 22 de agosto. O prazo de 30 dias, estabelecido por lei para o cumprimento da requisição, sob pena de crime de responsabilidade, havia-se esgotado doze dias antes, no dia 10 de agosto, sem que o Ministério houvesse encaminhado qualquer satisfação aos parlamentares. Até o momento em que este texto estava sendo redigido, não havia informações disponíveis sobre o teor da documentação.

Mas, enquanto isto, em todo o continente, vários grupos em defesa da vida, que se dedicam ao estudo destas questões, rastream a verdadeira origem desta política. Os dados mostram que a nova iniciativa do Ministério da Saúde brasileiro não se iniciou em 2009, nem partiu de brasileiros. Tratava-se apenas do ponto de partida visível para desencadear uma nova estratégia, muito mais ampla e ambiciosa, para a promoção do aborto em todo o continente. Os dados estão, no momento, circulando entre os grupos que trabalham em defesa da vida. A história parece iniciar-se em 2002, e trata-se, ao que tudo indica, do início da terceira grande estratégia para implantar a Cultura da Morte a nível internacional, *idealizada, desta vez, principalmente para os países que resistem crescentemente à implantação do aborto, em particular na América Latina.*

A questão é gravíssima.

Pela preservação da democracia, estude com atenção este documento. Divulgue-o para todos os seus conhecidos.

Para facilitar impressão, estudo e envio pela internet, uma cópia deste documento pode ser encontrado, em arquivo pdf, neste endereço:

<http://www.documentosepesquisas.com/maio2012.pdf>

A promoção do aborto é um atentado criminoso contra o mais fundamental dos direitos humanos. Promover o aborto é promover o homicídio de vidas inocentes.

Como ficará visível neste texto, o problema transcende as fronteiras individuais dos países e faz parte de um plano pesadamente financiado por organizações internacionais que investem na promoção do aborto em todo o mundo. Agora, mais do que nunca, estamos todos juntos, no mesmo barco.

1. APRESENTAÇÃO.

Em junho de 2012 o Ministério da Saúde anunciou que estava estudando a possibilidade de introduzir no Brasil serviços de aconselhamento às gestantes que tencionam abortar, ensinando-as a praticar o aborto de modo seguro. Uma norma técnica estaria sendo redigida para orientar o Sistema de Saúde a prestar este tipo de assistência às mulheres, a venda de medicamentos abortivos seria liberada nas farmácias e uma cartilha seria distribuída à população mostrando como praticar o aborto.

O presente documento, apoiado em diversas referências, contextualiza o alcance destas afirmações do Ministério da Saúde do Brasil em uma perspectiva histórica e internacional.

Para os que não dominam completamente o assunto, recomenda-se a leitura integral do Relatório Reece, da Estratégia Ford de Direitos Reprodutivos de 1990 e do Relatório de Trabalho da Fundação MacArthur no Brasil, que podem ser encontrados nestes endereços:

Relatório Reece, resumo em português:
<http://www.documentosepesquisas.com/relatorioreece.pdf>

Estratégia Ford de Direitos Reprodutivos de 1990, resumo em português:
<http://www.votopelavida.com/fundacaooford1990.pdf>

Estratégia Ford de Direitos Reprodutivos de 1990, original em inglês:
<http://www.votopelavida.com/fordfoundation1990.pdf>

**Lessons Learned – o Relatório de trabalho da
Fundação MacArthur no Brasil:**
<http://www.votopelavida.com/macarthurlessonslearned.pdf>

Os demais documentos citados ao longo do texto poderão ser lidos conforme a necessidade de aprofundamento do tema desenvolvido.

2. AS TRÊS ESTRATÉGIAS DA CULTURA DA MORTE.

Tudo indica que estamos na iminência da inauguração de uma terceira estratégia global para a implantação do aborto e da Cultura da Morte.

A primeira estratégia vigorou desde 1952 até 1990.

A segunda estratégia, ainda que em preparação desde meados dos anos 70, foi inaugurada em 1990 e continua em execução nos países em que o aborto já é legalizado.

A terceira estratégia, preparada desde 2002, pretende ter-se inaugurado, a nível mundial, em maio de 2012, e deverá ser implementada nos países que estão se recusando a dobrar diante da Cultura da Morte.

(A) A primeira estratégia: os serviços de planejamento familiar e a legalização do aborto.

A primeira estratégia foi desenhada em 1952 quando John Rockefeller III fundou o *Population Council*, a organização que, em conjunto com a Fundação Ford, com a qual o *Population Council* se associou logo em seguida, coordenou até 1990 o movimento de contenção do crescimento demográfico no mundo.

A estratégia consistia em três etapas, cada uma das quais durou pouco menos de uma década.

A primeira etapa promoveu o estabelecimento de uma rede mundial de especialistas e centros de estudos de demografia, que pudesse dar apoio às fases seguintes. George Martine, presidente da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, em um extenso documento intitulado *“O papel dos organismos internacionais na evolução dos estudos populacionais no Brasil”*, relata, na qualidade de testemunha ocular, o efeito que os recursos das organizações Rockefeller tiveram no redirecionamento dos estudos demográficos do país a partir dos anos 50. O mesmo fenômeno ocorria simultaneamente, pelas mesmas causas, em vários outros países considerados como estrategicamente relevantes, nos cinco continentes:

“Na década de 50 imediatamente começaram a surgir recursos, fundações, institutos e organismos internacionais, cada qual à sua maneira, a combater a ameaça do rápido crescimento demográfico. O caudal dos que promoviam o controle populacional foi sendo engrossado por gente poderosa como John D. Rockefeller, o que acabou gerando uma cruzada mundial a favor da redução da fecundidade. Foram inventados e apresentados, ad nauseam, vários modelinhos destinados demonstrar ao mundo a desgraça que ocorreria se os países pobres não conseguissem reduzir rapidamente o seu crescimento. Embora tenham aparecido, imediatamente, sólidos argumentos econômicos que relativizavam as ameaças preconizadas, esta segunda linha de argumentação nunca conseguiu neutralizar a simplicidade atraente da tese controlista. Isto estimulou uma expansão muito rápida de demografia. Ao longo das últimas décadas foram disponibilizados muito mais recursos fáceis para trabalhar questões de população do que para analisar outros temas sociais igualmente importantes como nutrição, delinquência, marginalidade, analfabetismo e outros. [...] Adicionalmente Rockefeller forneceu recursos para a área de biologia reprodutiva no Brasil, cujos principais beneficiários foram o Cemicamp, cuja figura central era Aníbal Faúndes, e a Universidade Federal da Bahia, no centro coordenado por Elsimar Coutinho”.

<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v22n2/v22n2a04.pdf>

A segunda etapa promoveu o estabelecimento de programas de planejamento familiar nos países de terceiro mundo, principalmente na Ásia e na África.

A terceira etapa consistiu em um lobby junto ao governo federal dos Estados Unidos para que este reconhecesse o problema populacional mundial como questão de segurança interna dos Estados Unidos. Os programas de planejamento familiar, a esta altura já implantados em grande parte dos países do terceiro mundo, serviriam de vitrine para fundamentar as exigências apresentadas ao governo americano. Esta terceira etapa, logo em seguida, estendeu-se à cooptação da ONU para que esta reconhecesse a necessidade de conter a explosão populacional, o que

começou a suceder de fato com o reconhecimento das Nações Unidas, por ocasião da Conferência Internacional de Direitos Humanos de Teerã, realizada em 1968, do planejamento familiar como direito humano e a com a fundação, no final dos anos 60, do FNUAP (Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais), fruto em grande parte do trabalho desenvolvido pessoalmente pelo próprio John Rockefeller III.

O meio fundamental através do qual pretendia-se obter o controle populacional na perspectiva desta primeira estratégia consistia na legalização e na implantação de serviços de saúde, entre os quais o planejamento familiar e também o aborto.

Importa ressaltar, para as finalidades destas notas, que para executar a etapa do estabelecimento de programas de planejamento familiar nos países do terceiro mundo, o Conselho Populacional decidiu desenvolver e difundir internacionalmente o uso do DIU. A parte mais importante dos serviços de planejamento familiar, implantados sob orientação do Conselho Populacional, consistia basicamente em inserir DIUs nos úteros femininos.

Deve-se ressaltar, entretanto, que os DIUs já eram conhecidos desde os anos 20, mas a repentina e maciça difusão mundial destes dispositivos somente foi possível como consequência imediata do trabalho do Conselho Populacional.

Os primeiros dispositivos intra-uterinos foram inventados nos anos 1920 por Grafenberg na Alemanha e Haire na Inglaterra, e consistiam de serpentinas de prata de 18 milímetros de diâmetro. Inseridos através da cérvix dilatada sem anestesia, os anéis de Grafenberg freqüentemente levavam a infecções com inflamações pélvicas, endometrite, septicemia e peritonite. Na metade da década de 1930 estas complicações levaram ao abandono completo do anel de Grafenberg na Europa.

Após a segunda guerra mundial, o Japão, que havia embarcado em um intensíssimo esforço de controle de natalidade, conforme será dito mais adiante, além de legalizar o aborto de forma bastante ampla e facilitada, estimulou pesquisas sobre contraceptivos e DIUs feitos de nylon e polietileno. Estas pesquisas atraíram a atenção dos norte americanos em geral, e do Conselho Populacional em particular.

As pesquisas iniciais do Conselho Populacional com o DIU foram realizadas nos Estados Unidos para evitar *“a alegação de que os americanos estariam utilizando outros povos como cobaias”*. Subseqüentemente os DIUs foram entregues a comissões locais de diversos países para que fossem ali examinados e a decisão de utilizá-los partisse das próprias autoridades do lugar, para que o DIU *“fosse aceito como seu próprio método, e não apenas como um método importado dos Estados Unidos”*. O Conselho Populacional, em parceria com a Fundação Scaife, obteve tanto sucesso com a difusão dos DIUs que em pouco tempo não havia mais oferta para a demanda criada. Então, com a cooperação de Lippes e Margules, os inventores do DIU, e a Ortho Pharmaceutical Company, que detinha os direitos das patentes, o Conselho Populacional obteve o direito de conceder licenças para o estabelecimento de fábricas internacionais de DIUs para a utilização de programas de planejamento familiar de grande escala em países subdesenvolvidos. Foram instaladas fábricas na Coréia, Taiwan, Hong Kong, Paquistão, Índia, Turquia e Egito. Em pouquíssimo tempo o DIU disseminou-se, praticamente sem oposição, sobre toda a Terra.

(B) A segunda estratégia: os direitos sexuais e reprodutivos.

Em 1990 a Fundação Ford reconheceu que a legalização do aborto e o oferecimento de serviços de saúde era insuficiente para zerar o crescimento populacional do planeta, porque a maior parte das pessoas ainda sonhavam em formar uma família e ter filhos. A Fundação reconhecia, em

seus documentos, explicitamente, que o problema agora era não apenas legalizar o aborto e disponibilizar serviços planejamento familiar, mas desmotivar as pessoas do desejo de ter filhos. Para isto seriam necessárias, mais do que a simples propaganda, alterações estruturais da sociedade, entre as quais a emancipação da mulher para o mercado de trabalho, a alteração da moralidade das relações sexuais, a introdução da idéia do aborto como um direito. Estes objetivos não poderiam ser alcançados pelo financiamento da pesquisa médica. Seria necessário financiar, em vez disso, em primeiro lugar, pesquisas na área das ciências sociais e, em vez da oferta de serviços de saúde, seria necessário priorizar o financiamento do movimento feminista. Foi criada, deste modo, conforme denominado pela Fundação Ford e consta oficialmente de documentos de 1990, a nova estratégia de direitos sexuais e saúde reprodutiva. Graças ao trabalho dos grupos feministas, financiados pela Fundação Ford e coordenados pela socióloga Adrienne Germain, integrante do quadro da Fundação, a ONU aderiu ao programa estabelecido pela organização através das Conferências do Cairo em 1994, de Pequim em 1995 e de Glen Cove em 1996.

A estratégia de direitos e saúde sexual e reprodutiva funcionou satisfatoriamente praticamente em todo o mundo onde o aborto já era legal. Mas não funcionou na América Latina, onde as taxas de rejeição ao aborto, não obstante o trabalho dos grupos feministas, cresciam em vez de diminuírem. Também não funcionou na África sub-saariana, onde havia pouca infra-estrutura para o trabalho organizado das ONGs financiadas pelas grandes Fundações e um grande apego aos valores tradicionais da família.

(C) A terceira estratégia: a redução de danos e os serviços de aborto seguro.

Tudo indica que, ainda que não haja um documento formal como o da Estratégia de Saúde Reprodutiva da Fundação Ford de 1990, o aborto seguro será a terceira grande estratégia para implantar o aborto. Esta estratégia não tentará, como principal objetivo, convencer os governos de que a explosão populacional é um problema de segurança nacional, ou desmotivar a população que deseja ter filhos para que não deseje construir uma família tradicional. O alvo básico da nova estratégia é a submissão das populações que já conscientemente não aceitam ou estão trabalhando contra as estratégias anteriores. Queremos, neste documento mostrar o que é, como surgiu e como irá atuar, a partir de 2012, esta terceira estratégia.

3. O PAPEL DAS GRANDES FUNDAÇÕES.

Antes de examinarmos o contexto imediato do que foi anunciado pelo governo brasileiro em junho de 2012, é preciso examinar primeiramente o papel que as grandes fundações desempenham atualmente na política mundial.

Criadas pelos mega-magnatas do fim do século XIX, as grandes fundações iniciaram-se nos primeiros anos do século XX como organizações filantrópicas dedicadas ao financiamento de projetos nas áreas da saúde e da educação.

Em 1923, entretanto, deu-se um primeiro embate que já denunciava que algo não andava bem no campo da filantropia. Após uma longa e dramática reunião, o pastor batista Frederick Gates, que havia fundado e dirigido a Fundação Rockefeller desde o seu princípio, demitiu-se da organização porque esta havia começado a fazer exigências contratuais para continuar suas doações a escolas públicas de Medicina. Estas exigências estavam obrigando, segundo o pastor Gates, tais estabelecimentos a seguir princípios inteiramente novos e contrários aos que haviam sido planejados por seus fundadores. Isto, segundo o pastor Gates, já não podia mais ser entendido como

filantropia, mas como o início da perversão de seu ideal originário. No ano seguinte o Comitê Executivo da Fundação Rockefeller, percebendo que realmente a organização parecia estar inclinada a imprimir um rumo diverso aos seus trabalhos, ainda abalados pela demissão de Gates, seu co-fundador e primeiro presidente, preparou um memorando onde podia-se ler que:

“a Fundação não deverá apoiar trabalhos nem organizações cujos objetivos sejam alterações nas legislações, não deverá buscar obter reformas políticas, econômicas ou sociais, ou influenciar os resultados ou as conclusões das pesquisas por ela patrocinadas”.

O memorando, é preciso dizer, caiu gradualmente no total esquecimento e hoje não passa de um simples registro histórico. Pouco a pouco, pessoas como John Rockefeller III foram se convencendo que, para obter a paz no mundo, as grandes Fundações deveriam abandonar a ênfase nos trabalhos da filantropia tradicional e deveriam buscar, como objetivos, justamente aqueles tipos de atividades que haviam sido condenadas no memorando de 1924.

Nos anos 50 o Congresso Americano, alarmado pelo desenvolvimento anormal do trabalho das Fundações, instalou uma Comissão de Inquérito para investigar a natureza e a extensão das atividades destas instituições. A Comissão foi impedida de terminar os seus trabalhos, mas publicou um relatório parcial assustador. Este documento, conhecido como Relatório Reece, está resumido em português no endereço

<http://www.documentosepesquisas.com/relatorioreece.pdf>

Ainda que resumido, convém ler este arquivo na sua integridade, para poder avaliar realisticamente a extensão do que o presente documento pretende descrever. Já nos anos 50, o próprio Congresso Americano estava denunciando que algo muito grave estava acontecendo na área daquilo que a sociedade supunha tratar-se de simples filantropia.

Em seguida à leitura do Relatório Reece, convém ler também, em sua integridade, o resumo do relatório sobre a Estratégia de Saúde Reprodutiva, elaborado em 1990, pela Fundação Ford, e notar como ela representa exatamente o contrário do que havia sido estabelecido no Memorando da Fundação Rockefeller de 1924. O resumo deste relatório encontra-se no arquivo

<http://www.votopelavida.com/fundacaoford1990.pdf>

e o original inglês, para ser lido como complementação, encontra-se no arquivo

<http://www.votopelavida.com/fordfoundation1990.pdf>

Antes de terminar esta seção, convém examinar também como o programa de Direitos Reprodutivos de 1990 da Fundação Ford foi fielmente executado no Brasil, nas suas linhas fundamentais, pela Fundação MacArthur.

A técnica em si consiste, como sempre, em uma rede de fundações estrangeiras que financia outra rede de ONGs do país nativo, para que esta última siga, em conjunto, as diretivas planejadas no exterior. A rede de ONGs locais aparenta agir por livre iniciativa, mas constitui, na verdade, uma rede de organizações criadas ou mantidas por fundações estrangeiras, que impõem aos nativos as estratégias externas. Pela falta de recursos locais, as ONGs nativas não podem fazer senão aquilo que lhes é ditado pelas fundações que lhes fornecem os recursos. Deste modo, devido à ausência de informação, no país alvo, sobre os detalhes deste método de trabalho, as fundações estrangeiras podem dar-se ao luxo de planejar a modificação, sem grande resistência, dos costumes, da moral e

da legislação da nação, mesmo contra a vontade do povo nativo e sem que este tenha uma idéia das verdadeiras razões do que está acontecendo. Ao povo, e às autoridades civis e religiosas, é dada a falsa impressão de que tudo é o resultado do destino natural e inevitável da história.

Do ponto de vista do conteúdo, para além da técnica, o relatório da Fundação MacArthur não é nada mais do que a aplicação concreta no Brasil dos princípios da estratégia de direitos reprodutivos elaborado em 1990 pela Fundação Ford, aplicada nos anos seguintes à ONU, ao Brasil e a inúmeros outros países. O relatório de como a Fundação MacArthur aplicou 36 milhões de dólares entre 1990 e 2002 para desenvolver a política dos direitos reprodutivos e implantar o aborto no Brasil está no seguinte arquivo:

<http://www.votopelavida.com/macarthurlessonslearned.pdf>

Estes três documentos, em seu conjunto, (o Relatório Reece, a Estratégia de Saúde Reprodutiva da Fundação Ford e o relatório da Fundação MacArthur no Brasil), ilustram perfeitamente bem o mecanismo básico de ação das grandes Fundações e explica como, apesar do povo brasileiro não apenas ser maciçamente, como também crescentemente, contrário à prática do aborto e à sua legalização, possa existir tamanha pressão para que este seja promovido, implantado e legalizado.

Convém notar, para a subsequente leitura deste documento, que na página 56 do relatório, a Fundação MacArthur afirma que em 2002 estava deixando o país, não sem declarar que, entretanto, após mais de uma década de trabalho, *o Brasil já estava pronto para legalizar o aborto*. Apesar de deixar o Brasil, a Fundação deixava recursos a serem gerenciados pelo CEBRAP, para que a *Comissão de Cidadania e Reprodução* pudesse continuar o trabalho já iniciado. A Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) será mencionada várias vezes, mais adiante, quando expusermos o contexto atual da nova estratégia de redução de danos para implantar o aborto no país.

4. A NOVA POLÍTICA DO GOVERNO BRASILEIRO PARA IMPLANTAR O ABORTO NO PAÍS.

O relatório publicado em 2002 pela Fundação MacArthur sobre suas atividades no Brasil afirmava que o Brasil já estava pronto para legalizar o aborto. Bastaria para tanto apresentar ao Congresso um projeto de lei neste sentido para que ele fosse aprovado.

A história recente mostra, entretanto, que tal coisa não aconteceu. A Fundação MacArthur não havia previsto que um fato novo estava ocorrendo no Brasil, assim como em muitas outras nações latino-americanas e provavelmente em outros lugares do mundo. A rejeição do povo ao aborto, em vez de diminuir, estava aumentando. Por este motivo, o projeto para legalizar o aborto no Brasil, apresentado em 2005 pelo Partido dos Trabalhadores, que havia recém conquistado o poder, foi reprovado em 2008 na Câmara dos Deputados por duas votações seguidas de 33 votos contra zero e 57 votos contra 4. O contexto político das votações evidenciou, ademais, que qualquer outro projeto de lei que pretendesse legalizar o aborto no país seria, de modo semelhante, rejeitado pelo Poder Legislativo.

Complicava o novo quadro o fato de que, devido ao apoio que o governo petista havia dado, entre 2004 e 2010, à promoção do aborto no Brasil, a então candidata governista à sucessão de Lula à presidência da República e atual presidente Dilma Rousseff, teria perdido as eleições de 2010 se, quinze dias antes da votação do segundo turno, não se tivesse comprometido, apesar de seu histórico pessoal, a não promover o aborto no país.

As promessas foram feitas, redigidas e assinadas. Mas, apesar delas, o governo petista não desistiu dos seus acordos internacionais e continuou, em silêncio, a promover o aborto no país. Em 2009, quando Lula ainda era presidente, o governo decidiu contratar um grupo de estudos para planejar como seria possível, mesmo em condições tão adversas, legalizar o aborto no Brasil. Consta no Diário Oficial da União que, mediante um termo de cooperação, o governo brasileiro contratou a Fundação Oswaldo Cruz para estabelecer um grupo de *“Estudo e Pesquisa para despenalizar o aborto no Brasil e fortalecer o Sistema Único de Saúde - SUS”*, conforme *“especificações técnicas e objetivos constantes do plano de trabalho que integraria o contrato”*.

Farta documentação, encontrada no Diário Oficial da União, mostra que o governo Dilma, através do Ministério da Saúde, contrariamente às promessas feitas durante a campanha eleitoral de 2010, deu continuidade aos estudos que haviam se iniciado em 2009, época do governo Lula.

A nova estratégia elaborada pelo grupo de estudos foi finalmente apresentada pelos principais jornais brasileiros na primeira semana de junho de 2012. Foi anunciado que o Ministério da Saúde preparava uma Norma Técnica pela qual o Sistema de Saúde brasileiro passaria a acolher as mulheres que desejam abortar, orientando-as sobre como usar os métodos corretos para o procedimento. *Tratava-se de uma estratégia para violar a lei, para depois derrubar a lei.* A Ministra Eleonora Menicucci, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, afirmou, nesta ocasião, que

'somente é crime praticar o próprio aborto, mas o governo entende que não é crime orientar uma mulher sobre como praticar o aborto'.

O Ministério da Saúde, ademais, afirmava estar preparando uma cartilha que seria distribuída para o povo, orientando as mulheres que pretendessem abortar. A cartilha seria distribuída em todo o Brasil e o anúncio afirmava que deveria ficar pronta até o fim do mês de junho.

O Ministério estudava também a liberação, para o público, da venda de remédios abortivos, hoje de uso reservado à rede hospitalar. Desta maneira, os médicos poderiam orientar as mulheres sobre como praticar o aborto seguro e os medicamentos necessários estariam amplamente disponíveis para o público nas farmácias.

5. AS ORIGENS DA NOVA POLÍTICA.

A estratégia elaborada pelo Grupo de Estudos contratado pelo governo desde 2009 não possuía nada de original. Ela estava sendo elaborada fora do Brasil, há vários anos e, mais recentemente, sua imposição imediata foi decidida no exterior. O Ministério apenas tratou de apresentá-la como iniciativa nacional, supostamente copiada de uma iniciativa semelhante, já em parte existente no Uruguai.

A nova estratégia, na realidade, originava-se de cinco vertentes:

- (1) o Protocolo de Atenção Pós Aborto do IPAS,
- (2) as Iniciativas Sanitárias do Uruguai,
- (3) o Consórcio Internacional para a Contracepção de Emergência,
- (4) o Consórcio Internacional para o Aborto Médico,
- (5) o Instituto Bill e Melinda Gates de População e Saúde Reprodutiva.

6. O PROTOCOLO DE ATENÇÃO PÓS-ABORTO.

Em meados dos anos 60 e 70, John Rockefeller III, diretamente e através de suas organizações, passou a exercer um pesado lobby junto ao governo federal americano para que este reconhecesse a questão do controle demográfico mundial como um problema de segurança interna dos Estados Unidos.

Entre os resultados alcançados estiveram uma série de audiências públicas no Senado americano que se estenderam entre os anos de 1965 a 1968 e em que foram ouvidas 120 autoridades em questões populacionais, incluindo o próprio John Rockefeller III. Como consequência destas audiências, o Senado acrescentou em 1967 um Título X ao Foreign Assistance Act, nomeado de *'Programas Relacionados ao Crescimento Populacional'*, autorizando a USAID (United States Agency for International Development) a receber recursos para promover programas de planejamento familiar no exterior. Um escritório de população foi criado dentro da USAID, para cuja direção foi contratado o médico epidemiologista Reimert Ravenholt. Este homem gastou, durante cerca de uma década, a fabulosa quantia de quase 2 bilhões de dólares para financiar a redução do crescimento populacional mundial através da esterilização forçada, do uso de contraceptivos e do aborto, tanto o legal como o clandestino. Médicos vinham de todos os países do mundo para os Estados Unidos receberem treinamento em técnicas de aborto e recebiam os equipamentos necessários para iniciarem os serviços em seus respectivos países. Foi também a USAID que financiou a pesquisa básica que culminou com a disseminação das modernas drogas abortivas, que eram vistas pelos diretores do organismo como *“a nova penicilina que acabaria com a enfermidade mundial da explosão populacional”*. A USAID promoveu cursos e congressos internacionais sobre a prática de aborto para milhares de médicos provenientes de praticamente todos os países do mundo em desenvolvimento, patrocinou a distribuição de centenas de milhares de aparelhos para procedimentos de aborto em mais de setenta países, na maioria dos quais o aborto não era legal, e em vários deles implantou redes de clínicas de abortos. Os programas de treinamento em esterilização forçada foram realizados em parceria com a faculdade de medicina da Universidade John Hopkins, que contava com um dos mais prestigiados centros de ginecologia do mundo. A USAID enviava convites aos departamentos de ginecologia e obstetrícia de praticamente todas as principais escolas médicas de todos os continentes e pedia a indicação de médicos que quisessem participar de um curso de duas semanas sobre esterilização, com todas as despesas pagas, na Universidade John Hopkins. Os promotores do curso forneciam os equipamentos necessários para a prática posterior e fornecia supervisão no trabalho de esterilização para quando os médicos retornassem aos seus países de origem.

No final do governo Nixon uma forte reação resultou na votação da Emenda Helms, a qual proibiu a USAID de continuar promovendo o aborto e o uso de verbas federais para o financiamento da prática do aborto, tanto dentro como fora dos Estados Unidos. Impedidos de trabalhar, pela Emenda Helms e por novas pressões administrativas durante o governo Carter, os diretores da divisão de população da USAID viram-se obrigados a criar uma organização privada, a qual recebeu o nome de IPAS, para continuar a missão repentinamente interrompida. Desde o final dos anos 70, com a ajuda das fundações internacionais, o IPAS tornou-se um dos principais promotores internacionais do aborto legal e ilegal. Sediado na Carolina do Norte, com filiais em inúmeros países, inclusive no Brasil, o IPAS distribui equipamentos para a prática de abortos, assessora clínicas de aborto e promove cursos para médicos em procedimentos de aborto em todo o mundo. No Brasil, o IPAS, em parceria com o governo federal, promove regularmente cursos sobre aborto na maioria das grandes maternidades e escolas de medicina.

O governo Reagan, seguindo-se ao de Carter, endureceu ainda mais as medidas introduzidas pela Emenda Helms e proibiu, em 1984, durante a Conferência Internacional de População do

México, através de medidas que se tornaram conhecidas como a *“política da Cidade do México”*, que qualquer organização, nacional ou internacional, que trabalhasse com a promoção do aborto, pudesse receber verbas federais, mesmo que os recursos não se destinassem diretamente a práticas de aborto.

Vendo-se tolhido, o IPAS reagiu criando, em 1991, o conceito de *“cuidados pós aborto”* e, em 1993, juntamente com outras organizações, criou o Consórcio da Atenção Pós Aborto para educar os operadores da saúde em todo o mundo sobre as conseqüências do aborto inseguro e desenvolver os cuidados pós aborto como uma estratégia de saúde pública. A essência da estratégia estava em que os cursos que o IPAS ministrava e os aparelhos que distribuía em todo o mundo podiam ser utilizados, através das mesmas técnicas, não apenas para fazer um aborto, mas também para esvaziar o útero de restos placentários depois de um aborto mal feito. Em 2001 um memorando do governo americano estabeleceu que a política da Cidade do México não proibia o *“tratamento dos danos causados por abortos legais ou ilegais, inclusive a atenção pós aborto”*. Com isto o IPAS e seus parceiros poderiam continuar a ministrar cursos e distribuir seus equipamentos sem perder a ajuda financeira norte americana. Bastaria afirmar que os cursos e os equipamentos não se destinavam à prática do aborto, mas aos cuidados pós aborto. O IPAS começou a atuar no Brasil em 1993, introduzido através do trabalho da Fundação MacArthur, conforme consta na página 50 do relatório já citado desta organização.

Um histórico do protocolo de cuidados pós aborto do IPAS pode ser encontrado no arquivo

<http://www.gutmacher.org/pubs/journals/2910603.pdf>

7. AS INICIATIVAS SANITÁRIAS NO URUGUAI.

O programa, aparentemente destinado à redução de danos devidos ao aborto no Uruguai, conhecido como *“Iniciativas Sanitárias”*, iniciou-se, na realidade, nos anos 90, na cidade de Campinas, no Brasil, com a atividade ilegal desenvolvida pelo Dr. Aníbal Faúndes, professor de Ginecologia e Obstetrícia na Unicamp e membro permanente, desde os anos 70, da equipe profissional do Population Council que integra as organizações Rockefeller.

No dia 16 de junho de 1994, o Dr. Aníbal Faúndes declarou ao jornal Folha de São Paulo que ele

“ensinava às mulheres como usar remédios abortivos para praticarem elas mesmas um aborto. 'Está melhor que elas saibam fazê-lo bem', dizia o medico, 'do que se rompam seus úteros’”.

Posteriormente, o mesmo Dr. Aníbal Faúndes declarou, no dia 1 de junho de 2007, ao jornal brasileiro O GLOBO, que entre o ano 2001 e 2003 ele teria ajudado a implantar a mesma idéia em um projeto mais ambicioso no Uruguai. Faúndes, de fato, referia-se ao projeto *“Iniciativas Sanitárias”*.

No dia 8 de março de 2002, escolhido propositalmente por ser o Dia Internacional da Mulher, uma equipe de médicos do Hospital Pereira Rossell, a principal maternidade do Uruguai, liderada pelo Dr. Leonel Briozzo, apresentou uma proposta ao Ministério da Saúde para que fosse aprovado um protocolo que previa a obrigatoriedade de que os médicos do país orientassem as mulheres que estivessem decididas a abortar sobre o modo correto de provocar um aborto sem riscos, prescrevendo antibióticos a partir das 24 horas que antecedessem o momento do aborto e

garantindo que, assim que se iniciasse a hemorragia, seriam atendidas e tratadas nos hospitais sob sigilo médico. Segundo o protocolo, os médicos somente não poderiam provocar eles mesmos o aborto, nem indicar o lugar onde se poderiam obter as drogas para provocá-lo.

Os primeiros dois Ministros da Saúde que receberam a proposta do protocolo não se pronunciaram a respeito. A equipe do Hospital Pereira Rossell, como resposta, anunciou que, sob a orientação jurídica de seus advogados, iriam iniciar eles mesmos a prática, independentemente da aprovação do protocolo por parte do Ministério.

Finalmente, no dia 6 de agosto de 2004, depois que o Senado havia rechaçado, no mês de maio, por 17 votos contra 13, um projeto que previa a legalização do aborto no país, o novo Ministro da Saúde, Dr. Conrado Bonilla, aprovou o protocolo do Hospital Pereira Rossell, convertendo-o em obrigatório para todo o Uruguai.

Conforme foi noticiado, na ocasião, pelo periódico argentino conhecido como Página 12,

“Em um fato sem precedentes na região, o governo do Uruguai publicou uma resolução que obriga os médicos do setor público e privado a oferecer assessoria às mulheres que decidam interromper sua gravidez, apesar de que o aborto neste país é ilegal. A norma inclui a administração preventiva de antibióticos desde as 24 horas anteriores ao suposto momento em que a paciente poderia decidir realizar a intervenção. A idéia é gerar um ambiente de confiança entre o médico e a mulher que decide interromper a gravidez e indicar-lhe que, assim que o tenha feito, já no primeiro sangramento, possa apresentar-se ao hospital”.

Apesar da norma aplicar-se a todos os médicos do país, o Dr. Leonel Briozzo e seus colegas afirmaram várias vezes que, tanto ele como a sua equipe, não desejavam impor, por meios judiciais, a norma a seus colegas de trabalho. Em vez disso, obtiveram um financiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, na qual o Dr. Aníbal Faúndes era presidente do Comitê de Direitos Sexuais e Reprodutivos, para capacitar os médicos de todo o Uruguai a cumprir a nova norma, iniciando pelas diversas policlínicas do Montevideu e daí seguindo para o interior do país.

A normatização original, aprovada pelo Ministro da Saúde no ano 2004, afirmava que um de seus *“objetivos específicos”* consistia em *“diminuir o número de abortos provocados”*. Ao ser divulgada a notícia da aprovação da Norma em agosto de 2004, o Dr. Leonel Briozzo afirmava que

“De cada dez pacientes que duvidam a respeito de qual decisão tomar, 5 decidem seguir com a gravidez e outras 5 realizam o aborto. A experiência mostra que quando tiramos o véu do terror da gravidez indesejada e falamos abertamente a respeito, diminui a porcentagem de abortos”.

Mas em 2007 a televisão uruguaia exibiu em horário nobre uma reportagem sobre o serviço de aconselhamento do Hospital Pereira Rossell, onde foram mostradas várias pessoas vendendo livremente, na sala de espera do hospital, os mesmos remédios abortivos que os médicos estavam ensinando às gestantes como usar e que, supostamente, ainda eram ilegais no país. Logo em seguida, no dia 31 de julho de 2007, em uma audiência pública no Senado, o Dr. Justo Alonso declarava, em nome do programa Iniciativas Sanitárias, que mais de 90% das mulheres que se utilizavam do serviço acabavam praticando o aborto.

Algumas semanas depois, no dia 11 de setembro de 2007, um dos poucos grupos a favor da vida que foram rapidamente ouvidos em audiência no Senado uruguaio aproveitou a oportunidade para fazer os seguintes comentários aos parlamentares:

“Um dos objetivos do serviço de aconselhamento do Hospital Pereira Rossell foi definido como a diminuição da prática dos abortos provocados, respeitando sempre a decisão informada da usuária. O protocolo afirma também: ‘trata-se, em síntese, de desincentivar a prática do aborto provocado e, quando isto não seja possível, diminuir os riscos que esta prática implica’. Mas atualmente 90% das mulheres que chegam ao Pereira Rossell termina abortando e do restante 10%, não se sabe por que, não retorna. Então, simplesmente este objetivo não está sendo alcançado”.

Enquanto isso, sem que tivesse havido, em momento algum, qualquer preocupação em examinar por que o número de abortos não diminuía, a iniciativa dos médicos uruguaios passava a tomar corpo internacionalmente.

Em 2008 o Parlamento Uruguaio votou o Projeto de Lei de Defesa do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva. Os artigos 9 a 14 que legalizariam o aborto foram vetados pelo presidente Tabaré Vasquez, mas os artigos 1 a 8, aprovados e sancionados, elevaram o protocolo do programa de Iniciativas Sanitárias, de simples norma do Ministério da Saúde, a lei da República.

8. O CONSÓRCIO INTERNACIONAL PARA A CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA.

A contracepção de emergência, mais conhecida hoje como a pílula do dia seguinte, já era conhecida nos meios científicos desde o final dos anos 60. Estas drogas impedem o desenvolvimento da gravidez se tomadas até 72 horas após a relação sexual. Por outro lado, é sabido que, se a mulher estiver em seus dias férteis e tiver ovulado, seu óvulo será fecundado em questão de poucas horas, ou até de poucos minutos, após a relação sexual. Não é possível negar, nestas condições, que se a contracepção de emergência evita o desenvolvimento de gravidez mesmo quando tomada 72 horas depois da relação sexual, ela não terá evitado a fecundação. ***Trata-se, portanto, de um procedimento manifestamente abortivo.*** Se a mulher já ovulou e tem uma relação sexual, não existe nenhum modo pelo qual, no dia seguinte à relação e, com muito mais razão, depois de dois ou de três dias, qualquer procedimento possa impedir a ocorrência de uma concepção que já havia se realizado um, dois ou três dias antes. Nestas circunstâncias o que ocorre é que, se a fecundação ocorreu no dia da relação sexual, entre cinco e sete dias depois, quando o óvulo já fecundado deveria estar-se nidando na parede interna do útero, a nidação será impedida pela alteração endometrial promovida pela droga, uma droga que terá sido tomada depois da concepção, mas não antes da nidação. Neste caso o óvulo já fecundado, não podendo nidar-se, será rejeitado pelo organismo materno e expelido juntamente com a menstruação.

Apesar de conhecida nos meios científicos, durante três décadas a indústria farmacêutica não quis promover o produto, basicamente por causa dos seguintes motivos, levantados por uma pesquisa realizada pela IPPF em 1994: (1) o receio de serem acusados de prática de aborto, (2) a falta de treinamento dos profissionais da saúde, (3) a falta de demanda por parte das mulheres.

Foi a Fundação Rockefeller que decidiu, em 1995, iniciar o processo para a disseminação da contracepção de emergência no mundo.

Em abril de 1995 a Fundação hospedou no seu Centro de Conferências de Bellagio, no Lago de Como, na Itália, 24 especialistas de todo o mundo para discutirem a contracepção de emergência. Entre eles havia dois brasileiros, sendo que um deles, o Dr. Elsimar Coutinho, da Universidade Federal da Bahia, atuava como presidente da Conferência. A Dra. Beverly Winikoff, do Conselho

Populacional, também estava listada entre os participantes. A Conferência foi patrocinada em conjunto com a IPPF, a Family Health International, o Population Council e a Organização Mundial da Saúde. Os objetivos imediatos do encontro foram a publicação de uma declaração e a fundação de um consórcio internacional de entidades para a difusão da contracepção de emergência.

A **“Declaração de Consenso sobre a Contracepção de Emergência”** (Consensus Statement on Emergency Contraception), resultado da Conferência de Bellagio, pode ser encontrado neste arquivo:

<http://www.documentosepesquisas.com/statement-emergency-contraception.pdf>

O corpo do texto afirmava que os médicos relutavam em disponibilizar a contracepção de emergência. Mas, para todos estes casos, o documento sugeria claramente que deveria sustentar-se, insistentemente, sem apresentar qualquer justificativa, que a contracepção de emergência não era abortiva:

“Os provedores relutam em fornecer este método. Em caso de desentendimento, os contraceptivos de emergência não são abortivos. Os contraceptivos de emergência previnem a gravidez indesejada”.

O Consenso também propunha 14 recomendações, entre as quais desencadear amplo trabalho de promoção e propaganda, principalmente entre a população mais jovem, incluir a contracepção de emergência nos programas de planejamento familiar, nas listas de medicamentos essenciais e no currículo das escolas de saúde, e realizar coletas sistemáticas de dados sobre o uso dos contraceptivos de emergência pelos sistemas de saúde e pelos censos demográficos.

Sete organizações internacionais que haviam participado da Conferência, entre as quais a Concept Foundation, a IPPF, a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Populacional, criaram em seguida o **Consórcio Internacional para a Contracepção de Emergência** (ICEC). A Organização Mundial da Saúde, uma das fundadoras do ICEC, acrescentou a contracepção de emergência na sua Lista de Medicamentos Essenciais no mesmo ano.

A estratégia do ICEC foi basicamente a de contatar uma indústria farmacêutica, a Gedeon Richter da Hungria, e convencê-la a lançar uma pílula do dia seguinte sob o nome de Postinor 2, que seria utilizada dentro dos esquemas dos serviços de planejamento familiar já existentes. Os recursos para o desenvolvimento do Postinor 2 vieram da Fundação Rockefeller e da Fundação Packard. Os membros do ICEC fariam todo o trabalho de advocacy, distribuição e de lobby junto às autoridades políticas e de saúde para o registro do novo medicamento, mas quem iria aparecer seria a indústria farmacêutica, e não o ICEC, nem tampouco a Fundação Rockefeller. Antecipando a polêmica, o Consórcio decidiu evitar o contato com os meios de comunicação durante os estágios iniciais do projeto. Apesar de conhecida há décadas, a contracepção de emergência foi divulgada como um produto inteiramente novo, resultado do desenvolvimento da pesquisa científica, cuja disseminação seria impossível de ser detida e que as indústrias farmacêuticas jamais deixariam de disponibilizar. Todas as organizações envolvidas no processo foram avisadas no sentido de que qualquer menção que o produto fosse abortivo deveria ser imediatamente refutada por pesquisadores e entidades, de modo que qualquer oposição viesse a parecer impossível. Para agilizar a atividade do ICEC, foram criados mais cinco sub-consórcios continentais ligados ao ICEC: a Sociedade Americana de Contracepção de Emergência, o Consórcio Latino-americano de Anticoncepção de Emergência (CLAE), o EC Afrique, e mais dois outros consórcios para a Europa Oriental e para o mundo Árabe.

O trabalho foi iniciado em quatro países piloto: México, Quênia, Sri Lanka e Indonésia. A introdução da contracepção de emergência nestas quatro nações possibilitou ao ICEC traçar uma estratégia de implantação da pílula do dia seguinte, seguindo um programa de nove etapas. Seguindo este cronograma, logo em seguida a pílula do dia seguinte foi registrada em 40 países e seu uso introduzido em 140.

A página inicial do site do ICEC descreve hoje seu trabalho nestas poucas palavras:

“Apesar de que a contracepção de emergência estivesse disponível há mais de 30 anos, as mulheres em todo o globo tinham permanecido na ignorância desta importante opção e sem acesso às informações e os produtos para que a pudessem utilizar efetivamente. Isto era particularmente evidente nos países em desenvolvimento.

Em resposta a esta situação, a Fundação Rockefeller reuniu uma Conferência em 1995 para discutir a contracepção de emergência. Logo após este encontro, um grupo de sete organizações internacionais, trabalhando na área do planejamento familiar, formaram o Consórcio para a Contracepção de Emergência e passaram a demonstrar que esta segunda chance contraceptiva poderia tornar-se uma parte principal da saúde reprodutiva mundial”.

A documentação a este respeito pode ser encontrada nestes arquivos:

http://www.clcns.com/under_the_table.pdf

<http://www.cecinfo.org/about/history.htm>

<http://www.cecinfo.org/about/members.htm>

<http://www.cecinfo.org/worldwide/introducingEC.htm>

9. O CONSÓRCIO INTERNACIONAL PARA O ABORTO MÉDICO

As fundações internacionais não obtiveram sucesso com a legalização do aborto na América Latina. Neste continente, a experiência de Iniciativas Sanitárias no Uruguai, fruto da experiência pessoal de seu criador, quando professor de Obstetrícia na Universidade de Campinas, chamou a atenção pelo seu êxito isolado.

Aníbal Faúndes, há três décadas funcionário do quadro permanente do Conselho Populacional e mentor intelectual de Iniciativas Sanitárias, não tardou a comparar os resultados de Iniciativas Sanitárias com os resultados semelhantes dos protocolos de Atendimento Pós-Aborto do IPAS e com a experiência das organizações Rockefeller na difusão do DIU e da contracepção de emergência. A experiência de Iniciativas Sanitárias era, na realidade, um protocolo de Atendimento Pré-Aborto, a contrapartida óbvia do Atendimento Pós-Aborto criado pelo IPAS. Ambos os protocolos poderiam ser unidos em um único protocolo, o CAC, ou *Comprehensive Abortion Care*, em vez de apenas PAC, ou *Post Abortion Care*. E não seriam mais necessárias as complexas manobras de lobby aos poderes legislativos para legalizar o aborto, uma vez que o ato de induzir o aborto, através da ingestão de um comprimido, poderia ser realizado na própria casa da mulher, sem necessidade de ser legalizado. Evitando os lobbies aos poderes legislativos, que exigem operações complexas e específicas, de acordo com as realidades, a história e os tempos legislativos de cada país, a batalha pelo CAC, pelo aborto médico, pela política de redução de danos, pelos serviços de

aborto seguro, ou por qualquer outro nome com que se quisesse chamá-lo, poderia ser realizada de modo rápido e simultâneo em todo o mundo, seguindo a metodologia já conhecida pelas organizações Rockefeller quando da implantação do DIU nos anos 60 e da contracepção de emergência nos anos 90.

Foi deste modo que se iniciou, nos primeiros anos do século XXI, utilizando metodologias já conhecidas, o mais ambicioso projeto já concebido até hoje para internacionalizar o aborto, de um modo fulminante, e sem necessitar legalizá-lo.

Em 2003 as organizações Rockefeller criaram a ONG Gynuity, fundada e presidida, desde então, pela Dra. Beverly Winikoff. Ela já havia participado do Comitê que havia elaborado a **Declaração de Consenso sobre a Contracepção de Emergência**, de 1995, o evento que havia dado a partida a todo o rapidíssimo processo mundial de difusão daquela prática. Winikoff havia trabalhado durante vinte e cinco anos no Population Council, organização à qual havia se integrado praticamente desde a mesma época que Aníbal Faúndes. Mas, ao contrário de seu colega brasileiro, antes disso Winikoff já era funcionária da divisão de saúde da Fundação Rockefeller.

A atividade desenvolvida pela Gynuity segue o padrão adotado pelas organizações Rockefeller. Antes de iniciar qualquer campanha, tratam de fundamentar a sua validade no meio acadêmico. Assim havia sido com o DIU, assim havia sido com a contracepção de emergência. Conforme se depreende da leitura do Relatório Reece e de inúmeras outras fontes, o envolvimento das grandes fundações com a pesquisa acadêmica data dos primórdios do século XX. Na realidade, estas organizações praticamente ditam os rumos da pesquisa científica nos setores que interessam às suas agendas. A Gynuity passou a pesquisar, realizar congressos, promover publicações na área científica sobre o aborto seguro por meio de medicamentos. Uma das primeiras tarefas da Gynuity foi redigir, como resultado de uma nova reunião internacional no Centro de Conferências da Fundação Rockefeller em Bellagio, um manual sobre a maneira de introduzir o aborto por meio de medicamentos em países em desenvolvimento, o que significa, na prática, nos países onde o aborto é ilegal.

No mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde produziu a primeira edição de seu próprio manual do aborto seguro, denominado “**Aborto Seguro: Guia Técnico e Político para Sistemas de Saúde**”. O manual foi posteriormente atualizado e uma segunda edição publicada em 2012. Ambas as edições não são apenas manuais técnicos, mas também plataformas políticas disfarçadas de publicação técnica, seguindo a mesma linha argumentativa do manual de estratégias da IWHC e dos comitês de direitos humanos da ONU.

Simultaneamente à realização de inúmeras conferências internacionais por parte da Gynuity, fundou-se em Londres o ICMA, ou **International Consortium for Medical Abortion**, a organização que deveria desempenhar o papel análogo ao do ICEC, ou **International Consortium for Emergency Contraception**. Ao que parece, o ICMA não foi, em seus inícios, objeto de maiores atenções dos Rockefellers. Fundado em Londres, em 2002, por uma organização denominada **Reproductive Health Alliance**, tinha como objetivo ser um fórum que reunisse os principais atores de todo o mundo que estivessem trabalhando com o aborto por meio de medicamentos, dentro da perspectiva do aborto seguro. A **Reproductive Health Alliance** encerrou suas atividades logo a seguir, mas o ICMA continuou. Os editores da revista **Reproductive Health Matters**, que faziam parte da diretoria do ICMA, e em cujo conselho editorial figuravam pessoas como Adrienne Germain da IWHC, Lilian Abracinskas, líder feminista do Uruguai, Frances Kissling, presidente mundial das Católicas pelo Direito de Decidir, e Regina Barbosa, pesquisadora da Unicamp, decidiram levar adiante a iniciativa e organizar uma **Conferência Internacional sobre Aborto Seguro** em Johannesburg, África do Sul, em 2004. Neste ínterim, a Gynuity passou a fazer parte do comitê diretor do ICMA.

Com o apoio de fundos do governo da Suécia e da Alemanha, a equipe da Reproductive Health Matters conseguiu organizar a Conferência Internacional sobre Aborto Seguro, em Johannesburg, no ano de 2004, na qual participaram 108 representantes de 50 países. Nas palavras dos promotores do evento, a conferência **“colocou finalmente o ICMA no mapa-mundi”**. A partir desta data a sede da organização mudou-se para a República Moldava, no Leste Europeu, e o ICMA obteve o apoio financeiro da Fundação Packard e dos governos da Holanda, do Reino Unido e da Suécia. O ICMA passou também a atrair a atenção das organizações Rockefeller, principalmente pelo potencial que a iniciativa teria na implementação do aborto seguro na América Latina. A idéia era reproduzir, para o caso do aborto seguro, a mesma estrutura e o mesmo papel que o ICEC desempenhou na campanha mundial pela contracepção de emergência, quando esta organização coordenava, em cada continente, diversos consórcios independentes.

Em agosto de 2005 o Population Council, a principal entre as organizações Rockefeller que se dedicam à promoção do aborto e do controle populacional, em conjunto junto com a Gynuity, a IPPF e as Católicas pelo Direito de Decidir, realizou um congresso na Cidade do México sobre os **“desafios do aborto inseguro na América Latina”**, com a presença de mais de 70 profissionais do México, Peru e Brasil. Neste evento, além das discussões a respeito das estratégias para aumentar o acesso aos serviços de aborto seguro na região, a Gynuity apresentou um estudo contendo uma **“revisão da experiência obtida em mais de 10.000 abortos por meio de medicamentos em uma clínica clandestina da América Latina”**. O encontro terminou com a decisão de criar o **Consórcio Latino Americano contra o Aborto Inseguro**.

O novo consórcio, que seria o primeiro de quatro outros consórcios que dividiriam entre si os principais continentes do planeta, foi finalmente fundado no ano seguinte em Lima, no Perú. Denominado de **Consórcio Latino Americano contra o Aborto Inseguro (CLACAI)**, sua criação foi patrocinada pela Gynuity, que participou da reunião inaugural da nova entidade. Assistiram 50 participantes, vindos de 13 países da região, entre **“provedores de abortos”** (sic), grupos de pesquisadores e organizações feministas, com a finalidade de estruturar o organismo e planejar ações para aumentar o acesso ao aborto por meio de medicamentos na região.

Nos anos seguintes foram fundados o **Asia Safe Abortion Partnership (ASAP)**, em 2008; o **Eastern European Alliance for Reproductive Choice (EEARC)**, também em 2008; e o **African Network for Medical Abortion (ANMA)**, em 2009.

Atualmente o ICMA conta com 160 membros institucionais e 460 membros individuais de todos os países do mundo. Os países mais representados são os Estados Unidos (71 membros), a Índia (52 membros) e o Perú (51 membros).

Na América Latina, o consórcio regional CLACAI conta com 57 organizações e 27 membros individuais. Participam do CLACAI, por parte do Brasil, a **ANIS** de Brasília, dirigida pela antropóloga Débora Diniz, e a **Comissão de Cidadania e Reprodução**, ligada à Fundação MacArthur. Mas participam também, embora oficialmente representando os Estados Unidos, as **Católicas pelo Direito de Decidir**, o **IPAS**, a **IPPF**, a **Planned Parenthood of America**, filial americana da IPPF, e o **Alan Guttmacher Institute**, além da própria **Gynuity**. O **Conselho Populacional**, pertencente às organizações Rockefeller, também participa do CLACAI, mas representando o México, e a **Fundação Pathfinder** integra o CLACAI, mas representando o Perú e o Equador. Representando o Uruguai, um dos países com maior número de participantes, figuram, entre outros, a própria **Universidade da República do Uruguai** e, por meio do **Sindicato Médico do Uruguai**, a ONG que havia sido fundada pelo Dr. Leonel Briozzo para atuar dentro do Hospital Pereira Rossell, em Montevideú. Veja o quadro completo neste arquivo:

<http://www.clacai.org/integrantes>

No ano 2005 o governo britânico, ao qual, logo em seguida, se somariam o governo da Dinamarca, da Suécia, da Noruega e da Suíça, que são basicamente os mesmos governos que estão financiando as atividades do ICMA, constituiu um fundo internacional conhecido como SAAF (*Safe Abortion Action Fund*), para financiar projetos de implantação de serviços de aborto seguro em países em desenvolvimento. Para administrar a aplicação do fundo foi chamada a multinacional do aborto, a IPPF, proprietária nos Estados Unidos de uma rede constituída por mais de 20% de todas as clínicas de abortos do país. A IPPF deveria financiar, com o dinheiro do fundo, vários projetos de implantação de serviços de aborto seguro em diversos países em desenvolvimento, no valor de até 300 mil dólares bianuais para cada projeto. No dia 18 de maio de 2007 a IPPF anunciou que o *Fundo para Ações para o Aborto Seguro*, através de uma comissão de 14 especialistas em aborto, havia decidido liberar 11 milhões de dólares em recursos para o financiamento de 45 projetos em 32 países, com a finalidade de implantar ou estudar a implantação de programas de aborto seguro. Veja estas informações no seguinte documento:

<http://www.documentosepesquisas.com/saaf.pdf>

Em 2007, o mesmo governo britânico, em parceria com o IPAS e a organização Marie Stopes, a maior provedora de clínicas de abortos da Inglaterra, financiou o mega-evento conhecido como a *Global Safe Abortion Conference*, realizada em Londres, para discutir a implantação dos serviços de aborto seguro em todo o mundo. O arquivo referente ao evento é

<http://www.documentosepesquisas.com/global-safe-abortion-conference-2007.pdf>

No ano seguinte, em 2008, no prédio da prefeitura de Montevidéu, no Uruguai, foi realizada uma réplica regional do Congresso de Londres, apenas para operadores de saúde latino-americanos. O Congresso foi seguido de um curso de alto nível, realizado no Hotel Sheraton de Montevidéu, desta vez somente para quinze especialistas, selecionados entre os mais de 600 congressistas do primeiro evento, com o objetivo de capacitar os participantes a iniciar imediatamente programas de abortos seguros em seus países de origem:

<http://www.documentosepesquisas.com/congreso-aborto-seguro-montevideo-1.pdf>

<http://www.documentosepesquisas.com/congreso-aborto-seguro-montevideo-2.pdf>

<http://www.documentosepesquisas.com/congreso-aborto-seguro-montevideo-3.pdf>

10. A PROMOÇÃO DO ABORTO NO SEGUNDO TRIMESTRE.

Uma característica notável em toda a movimentação pelo aborto seguro, no final da primeira década do século XXI, está no interesse com que seus promotores estão empenhados em difundir a prática do aborto no segundo trimestre da gravidez. Estes profissionais afirmam publicamente, por um lado, que desejam diminuir o número de abortos, e que estão aconselhando as mulheres a não abortar. Mas, em março de 2007, poucas semanas antes da mega conferência de Londres, a Gynuity reuniu, a pedido da IPPF, sob os auspícios do ICMA, uma outra conferência, realizada também em Londres, restrita apenas ao tema do aborto de segundo trimestre. Entre os participantes havia líderes de vários países da América Latina, como Brasil, Colômbia, México e Peru. Representando o Brasil nesta conferência estava o Dr. Aníbal Faúndes, o qual mostrou, em sua apresentação, que os exames de ultra-som, onde os médicos podiam ver

“um feto com traços pessoais demasiadamente individualizados”,

em conjunto junto com a

“tradição de defender e proteger a vida do feto”,

estavam causando problemas no Brasil para a realização de abortos durante o segundo trimestre da gravidez. Segundo Faúndes, uma das vantagens da nova estratégia do aborto seguro por meio da auto-medicação das mulheres consistia em que este enfoque favorecia

“uma abordagem mais positiva relativa ao aborto”

no segundo trimestre da gestação. O motivo era simples:

“Depois do terceiro mês de gravidez é mais fácil para o médico assinar uma receita em vez dele mesmo praticar a cirurgia de extração do feto”.

O seguinte arquivo contém a apresentação de slides realizada por Faúndes, nesta ocasião, em Londres:

[Aníbal Faúndes: OFERECENDO ABORTOS DE SEGUNDO TRIMESTRE EM SITUAÇÕES LEGALMENTE PROIBIDAS:

http://www.medicalabortionconsortium.org/uploads/file/annibal_fundes_providing_second_trimester_abortion_icma_conference.pdf

Este outro arquivo fornece uma visão geral de toda a Conferência, voltada inteiramente para a promoção do aborto de segundo trimestre:

<http://www.medicalabortionconsortium.org/uploads/file/ICMA%20Conference%20Report%202007.pdf>

A partir desta data pode-se facilmente perceber que a promoção do aborto de segundo trimestre tornou-se um dos temas mais importantes do site do ICMA:

<http://www.medicalabortionconsortium.org/second-trimester-abortion-women-s-health-and-public-policy.html>

<http://www.medicalabortionconsortium.org/memorandum-on-the-legality-of-2nd-trimester-abortions-in-the-countries-of-the-world.html>

<http://www.medicalabortionconsortium.org/law-policy/>

11. A PRESSÃO INTERNACIONAL PARA QUE O GOVERNO BRASILEIRO PERMITA O LIVRE ACESSO AOS MEDICAMENTOS ABORTIVOS.

Outro sinal preocupante sobre o que se pretende fazer é o grau de pressão, inteiramente inusitado, que o CLACAI e seus membros estão realizando, pelo menos desde 2009, sobre as autoridades sanitárias brasileiras, para que estas liberem completamente a venda de drogas abortivas para o público.

Em junho de 2009, na *Conferência Latino Americana de Prevenção ao Aborto Inseguro*, realizada em Lima, no Peru, o Dr. Cristiano Rosas, do IPAS, afirmava que a Febrasgo (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia), também presidida por ele, havia recomendado à ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) que quebrasse as barreiras de acesso das mulheres às drogas abortivas, visando permitir a sua venda e distribuição nas farmácias e serviços ambulatoriais, *ainda que sob prescrição médica*.

Em outubro do mesmo ano a CCR, que representa e continua o trabalho da Fundação MacArthur no Brasil, realizou uma *Reunião Técnico-Científica sobre o Aborto Medicamentoso no Brasil*, com o apoio do Ministério da Saúde, para a qual foi convidado um representante da ANVISA. O encontro todo, na realidade, foi organizado com o intuito de pressionar aquele representante da ANVISA para que a entidade liberasse a venda dos medicamentos abortivos no país. O representante afirmou, durante sua exposição, que a posição da ANVISA era estritamente técnica, e que esta não poderia liberar os medicamentos por colocar em risco a segurança das próprias mulheres que iriam usá-los. Durante o debate, se é que este podia ser assim chamado, o representante declarou estar admirado em ouvir este tipo de pedido por parte de uma audiência composta de peritos no assunto, ao mesmo tempo em que não compreendia por que os presentes não conseguiam entender seus argumentos. O representante da ANVISA foi submetido a uma humilhação prolongada e vergonhosa, indigna de uma reunião que pretendia intitular-se técnico-científica. Era continuamente interrompido aos gritos pelos presentes, acusado de fundamentalismo e de manter aliança com forças conservadoras.

O site da CCR publicou posteriormente uma versão bastante mais branda do que realmente aconteceu no encontro. Segundo o site,

“para a diretora da CCR, Comissão de Cidadania e Reprodução, Margareth Arilha, a reunião trouxe questões muito sérias, postas no tabuleiro de forma grave”.

O mesmo Cristiano Rosas, ainda segundo o site da CCR, que alguns meses antes havia se manifestado, em Lima, pedindo à ANVISA a venda dos abortivos sob prescrição médica, *já considerava a própria venda com prescrição médica*, que ele próprio havia solicitado na capital do Peru, *como um caso de ideologia*:

“Só posso ver um viés ideológico e conservador nas regulamentações restritivas da ANVISA ao uso destes medicamentos. A necessidade de prescrição médica para o produto é um absurdo ao qual a agência não responde”.

http://www.ccr.org.br/a_destaque_seminario15-16out2009.asp

O relatório de 2010 do ICMA afirma, em sua página 14, que no Brasil as organizações filiadas ao consórcio realizaram, em setembro de 2010, outro encontro do mesmo gênero, com suporte do *Fundo de Atividades Populacionais da ONU*, para discutir com as autoridades da ANVISA a total liberação da venda de remédios abortivos no Brasil:

“A Conferência sub-regional ‘Simpósio Estratégico sobre a Disponibilidade do misoprostol no Brasil’ realizou-se em São Paulo no mês de setembro. Esta conferência técnica foi organizada pelos representantes nacionais do CLACAI, com suporte dos escritórios nacional e regional da UNFPA. O encontro reuniu cerca de 15 especialistas nacionais e internacionais, incluindo médicos, organizações feministas, especialistas em medicamentos, e os representantes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Medicamentos (ANVISA). Entre os tópicos

discutidos estava a influência conservadora constante que limita o acesso do misoprostol no país. Os resultados, em termos do envolvimento dos atuais atores políticos na discussão da necessidade de implementar o acesso do misoprostol como uma medida chave para a redução do aborto inseguro no Brasil”.

<http://www.medicalabortionconsortium.org/uploads/file/ICMA%202010%20narrative%20Report.pdf>

No dia 13 de junho de 2012, logo após as declarações da Ministra Eleonora Menicucci sobre a nova política de redução de danos do governo brasileiro, a CCR publicou um editorial no qual afirmava:

“Desde 2009, a CCR vem se relacionando com o Ministério da Saúde e a Anvisa para problematizar as restrições feitas ao uso do misoprostol no Brasil. Foram realizados vários seminários e grupos de trabalho específicos, que se reuniram com as instâncias governamentais, a UNFPA, pesquisadores e ativistas, enfatizando a inadequação das normativas vigentes que restringem o medicamento, que tem inúmeras indicações em ginecologia e obstetrícia, e que poderia inclusive ajudar a reduzir a mortalidade materna no país. A ANVISA restringe inclusive o acesso a informações sobre usos do medicamento que não estejam em linha com as indicações de aborto legal, obrigando a circulação apenas em âmbito hospitalar.

A CCR participa do Consórcio Latino Americano para Redução do Aborto Inseguro e apóia o livre acesso à educação, para que as mulheres recebam a informação correta sobre riscos e métodos seguros para o uso dos misoprostol e suas escolhas reprodutivas. Com a aproximação da política de redução de danos ao aborto, anunciada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e pelo Ministério da Saúde, o país terá que enfrentar a restrição para uso apenas hospitalar do misoprostol”.

<http://www.ccr.org.br/editorial-detalle.asp?cod=32>

As manobras do CCR, membro do CLACAI, porém, não se limitaram à simples intimidação em congressos e editoriais. Em junho de 2012 a CCR denunciou a ANVISA, por violação do direito à saúde, ao *Comitê de Direitos Humanos da ONU* em Genebra, por não permitir a livre venda e distribuição de abortivos no Brasil. O texto completo da denúncia está neste documento:

http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/session13/BR/CCR_UPR_BRA_S13_2012_ComissaodeCidadaniaeReproducao_E.pdf

12. A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE COLOCA OS ABORTIVOS NA LISTA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS.

Quando a Fundação Rockefeller decidiu implementar a contracepção de emergência a nível mundial, uma das principais preocupações era a imediata inclusão dos fármacos utilizados para este fim na lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde, e a sua aprovação nos departamentos de saúde dos vários países.

A mesma coisa se repetiu no caso do aborto seguro. Na realidade, chegou-se ao requinte de terem sido criadas duas novas organizações, a VSHD (*Venture Strategies for Health Development*), fundada em 2001, com sede na Califórnia e parceria com a Escola de Saúde Pública

da Universidade da Califórnia em Berkeley, e a VSI (*Venture Strategies Innovations*), criada em 2008, esta com sede não apenas na Califórnia, mas também na Etiópia e na Tanzânia.

A VSHD foi fundada em 2001 pela *Population and Development International*, uma organização supostamente dedicada à erradicação da pobreza na Ásia, que conta entre seus financiadores não apenas as grandes fundações (Gates, Rockefeller, Ford), mas também a própria IPPF.

O objetivo principal da fundação da VSHD era a obtenção do registro dos medicamentos abortivos junto às autoridades sanitárias de todos os países da África e da Ásia, inicialmente apenas para fins de controle de hemorragia pós-parto. O objetivo foi alcançado, pela primeira vez, na Nigéria, em 2006, após o que seguiram-se rapidamente a Tanzânia, Zâmbia, Bangladesh e Nepal.

A segunda atividade da VSHD é o ativismo para a conscientização da comunidade política dos países em desenvolvimento

“do imperativo e da viabilidade da redução do crescimento populacional dentro do contexto de uma política voluntária de direitos humanos”.

<http://www.venturestrategies.org/projects/index.php>

A urgência para o reconhecimento das drogas abortivas nos países africanos e asiáticos fez com que a própria VSHD criasse, em 2008, a sua filial VSI, esta com sede na Califórnia, na Etiópia e na Tanzânia. A VSHD se destinaria exclusivamente à aprovação e ao registro dos medicamentos abortivos nos países em desenvolvimento:

“O maior programa da VSI é a promoção do acesso do misoprostol para a saúde materna. No momento estamos trabalhando em 14 países construindo sobre os esforços iniciados pela nossa organização de origem e atual parceira, a Venture Strategies for Health and Development (VSHD). Os fundadores do VSHD elaboraram um modelo para permitir o acesso a tecnologias de impacto em larga escala e o codificaram na criação de uma nova organização, a VSI, fundada em 2008, como organização independente”.

<http://www.vsinnovations.org/history.html>

O maior problema, porém, era a inclusão do misoprostol na Lista de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde. A maioria dos países mais pobres não possuem quadros técnicos suficientes para elaborar e atualizar suas próprias listas de medicamentos e seguem, com pouca capacidade crítica, as indicações da Organização Mundial da Saúde. A inclusão dos abortivos na lista da OMS possui uma longa história.

A Lista de Medicamentos Essenciais da OMS iniciou-se em 1977 e, desde então, tem sido atualizada a cada dois anos. A décima terceira edição, de 2003, não mencionava o medicamento. A 14ª edição, de 2005, e a 15ª edição, de 2007, apenas mencionam a existência do misoprostol, sem, porém, fornecerem uma indicação para o seu uso.

Já a 16ª edição, de 2009, menciona o misoprostol e aponta seu uso ***“para o tratamento do aborto incompleto e da menstruação”***, acrescentando, porém, a expressão ***“onde for permitido pela lei e onde for culturalmente aceito”***. O relatório do 17º Comitê de Peritos da OMS de 2009 mostra que o pedido formal para a inclusão de uma cláusula indicando a utilização do misoprostol ***“para tratamento do aborto incompleto de primeiro trimestre”*** foi uma iniciativa da Gynuity.

Deve-se notar, entretanto, no texto final aprovado, que a palavra *‘onde’*, na redação da expressão *“onde for permitido pela lei e onde for culturalmente aceito”*, está manifestamente repetida por duas vezes, o que sugere ao leitor que os autores da lista quiseram dar a entender que a palavra *‘e’*, na realidade, deveria ser interpretada como *‘ou’*. Assim, neste sentido, a OMS estaria sutilmente insinuando que, ainda que fosse legalmente proibido, o misoprostol poderia ser utilizado, *‘se fosse culturalmente aceito’*, para o *‘tratamento da menstruação’*. O termo *‘tratamento da menstruação’* é outro termo ambíguo, que oculta mais sutilezas de linguagem. Em vários países onde o aborto é ilegal já foram vendidas comercialmente drogas abortivas, com diversas indicações constantes na bula, uma das quais sendo *‘o reestabelecimento da menstruação, em casos de gravidez’*, o que, evidentemente, não pode ser entendido senão como uma referência à prática do aborto. Ademais, a expressão *‘onde for permitido pela lei e onde for culturalmente aceito’* não é um padrão da OMS. A expressão nunca foi utilizada, em nenhuma edição da lista, para nenhum outro medicamento. A expressão foi utilizada, entretanto, em conjunto com a citação do misoprostol, nas listas de 2005 e 2007, nas quais apenas se mencionava a existência da droga, mas não a sua finalidade. Isto mostra que os redatores das edições anteriores já sabiam que a droga estava sendo incluída na lista de medicamentos essenciais para introduzir, no futuro, a prática do aborto.

Mas o verdadeiro problema das listas da OMS estava em que, tanto nas edições de 2005 e 2007, como também na de 2009, o misoprostol aparecia na lista de medicamentos complementares, e não na própria lista principal. Isto dificultava o lobby das organizações não governamentais junto aos governos dos países pobres, no sentido de forçar os sistemas de saúde a utilizarem o medicamento.

Foi a Gynuity, em conjunto com a VSHD, quem surgiu com a solução do problema e apresentou, em março de 2009, à reunião do 17º Comitê de Peritos da OMS, uma proposta de transferência do misoprostol da lista complementar para a lista principal, com base na alegação de que a ingestão da droga poderia atuar preventivamente no organismo feminino, impedindo a hemorragia pós-parto, uma das principais causas de mortalidade materna nos países pobres.

http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/application/Miso_Incl_1.pdf

O 17º Comitê de Peritos da OMS, que iria elaborar a 16ª edição da lista, rejeitou o pedido conjunto da Gynuity e da VSHD. A justificativa alegada pela OMS foram as evidências que mostravam que o misoprostol não havia sido mais eficiente do que os placebos para prevenir a hemorragia pós-parto, e que, ademais, o misoprostol, quando assim utilizado, apresentava sérios riscos de produzir calafrios e febre, além de haver *“uma preocupação não resolvida sobre a possibilidade de aumento da mortalidade materna”*. Os termos podem ser conferidos nas páginas 43 do Relatório do 17º Comitê de Peritos da OMS e 87 do Relatório do 18º Comitê de Peritos:

http://www.who.int/medicines/publications/TRS958_2010.pdf

http://www.who.int/selection_medicines/Complete_UNEDITED_TRS_18th.pdf

A vitória da Cultura da Morte foi alcançada, finalmente, na 17ª edição da Lista de Medicamentos Essenciais. Novas evidências foram indicadas, não no sentido de que o misoprostol fosse realmente mais eficiente do que já havia sido anteriormente reportado, mas no sentido de que ele não apresentaria riscos à saúde da mulher se fosse usado para prevenir a hemorragia pós-parto. O 18º Comitê de Peritos da OMS então decidiu que o medicamento poderia ser promovido para a lista principal de medicamentos essenciais da OMS. Na página 8 do Relatório do 18º Comitê, os peritos afirmam:

“As novas evidências submetidas ao Comitê mostram que o misoprostol pode ser administrado com segurança às mulheres para prevenir a hemorragia pós parto, mas isto somente deveria ser feito onde outros fármacos não estejam disponíveis ou não possam ser usados com segurança. A orientação da OMS é no sentido que o misoprostol possa ser usado para prevenir a hemorragia pós-parto somente nas situações em que não há outras terapias disponíveis. O misoprostol, ademais, não deve ser utilizado para tratar uma hemorragia, a menos que não existam outras opções disponíveis”.

A 17ª edição da Lista de Medicamentos Essenciais da OMS, de 2011, colocou desta vez o misoprostol na lista principal com as seguintes indicações de uso:

“Para tratamento do aborto incompleto e da menstruação, e para a prevenção da hemorragia pós parto, onde outros medicamentos não estejam disponíveis ou não possam ser utilizados com segurança. Para indução do parto, apenas onde outros recursos adequados não estejam disponíveis”.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf

A promoção do misoprostol à lista principal de medicamentos essenciais da OMS foi recebida com entusiasmo pelas ONGs internacionais. Segundo anunciado no site da *Venture Strategies Innovations*,

“O 18º Comitê de Peritos da OMS incluiu o misoprostol para prevenir a hemorragia pós-parto na sua lista modelo de medicamentos essenciais. Devido à prioridade colocada na saúde da mulher, isto significa que o misoprostol será movido da Lista Complementar para a Lista Principal, o que irá exigir que os governos busquem este importante medicamento para a saúde de suas populações como parte dos recursos básicos de seus sistemas de saúde. Muitos países constroem suas próprias listas de medicamentos essenciais com base nesta lista da OMS.

Trata-se de uma notícia explosiva para a saúde da mulher e que consolida o papel do misoprostol para tornar os cuidados infantis cada vez mais seguros. Como co-autores, em parceria com a Gynuity, do formulário que possibilitou esta conquista, sentimos enormemente orgulhosos por esta realização e pelo quanto ela irá salvar vidas em todo o globo”.

<http://www.vsinnovations.org/who-adds-misoprostol-to-eml>

É impressionante o quanto estas organizações pressupõem, para o sucesso de suas atividades, a completa alienação do povo e das autoridades públicas. Todo o currículo da Gynuity está ligado à promoção do aborto e não à prevenção da hemorragia das mulheres. E, na hipótese de que ela estivesse realmente preocupada com as hemorragias, *não o faria entregando-se ao trabalho tão estafante de aprovar um medicamento que todas as evidências indicam não ser mais eficiente do que um placebo*. A Gynuity conseguiu promover um medicamento, sabidamente criado desde seus primórdios apenas para provocar abortos e matar seres humanos, à lista principal de medicamentos da OMS, alegando um efeito preventivo que os próprios examinadores não conseguiam distinguir dos efeitos de um placebo, apenas para que, iludidos pela lista, os países pobres pudessem ser coagidos a comprá-lo em grande quantidade. Uma vez estando o medicamento aprovado e amplamente disponível para uma finalidade inútil, seria mais fácil coagir os mesmos países a aplicá-los em serviços de aborto seguro. A Gynuity nunca se preocupou com as hemorragias pós-

parto das mulheres. Sua preocupação declarada, desde o início, foi com a difusão do aborto, por meio de auto-medicação, nos países onde a prática não estava legalizada. Seus participantes estão claramente preocupados em facilitar e promover a prática do aborto no segundo trimestre, e não em diminuí-la. A Gynuity foi fundada, ademais, por uma organização chamada *Population Council*, a qual também nunca se preocupou com qualquer direito das mulheres. O *Population Council* sempre buscou o aborto como meio de reduzir o crescimento populacional do planeta. Quando estas organizações nos falam em *‘tornar os cuidados infantis mais seguros, evitar as hemorragias pós parto, salvar vidas em todo o globo’*, dificilmente será possível encontrar, em algum lugar, um maior exemplo de hipocrisia do que este discurso.

13. O INSTITUTO BILL E MELINDA GATES DE POPULAÇÃO E SAÚDE REPRODUTIVA.

No início do século XXI a comunidade mundial que trabalha na área populacional recebeu novos recursos em grande quantidade, que alguns têm comparado aos dos anos dourados da década de 70, quando o trabalho do Escritório de População da USAID era fortemente subvencionado pelo Congresso Americano. Outros sustentam que os novos recursos, embora vultosos, efetivamente não aumentaram, mas a sua propaganda estaria impulsionando os novos programas de planejamento familiar como nunca. Os novos recursos, apontados por uns, ou o novo impulso, apontado por outros, começaram a surgir quando a Fundação Bill Gates passou a interessar-se pelo tema do Planejamento Familiar e criou, em 1999, o Instituto Bill e Melinda Gates de População e Saúde Reprodutiva, junto à Escola de Saúde Pública da Universidade John Hopkins.

Bill e Melinda Gates afirmam que seu interesse é o de promover o planejamento familiar e não o aborto, mas as pessoas e as organizações que os circundam não condizem com esta afirmação. O atual diretor do Instituto Gates de População é o professor Duff Gillespie, ex diretor do Escritório de População da USAID e que, já nos anos 70, trabalhava na USAID sob a coordenação do Dr. Reimert Ravenholt, o médico que patrocinou o desenvolvimento das primeiras drogas abortivas, que treinou médicos em procedimentos de abortos legais e ilegais, que distribuiu aparelhos de sucção para a prática de abortos e que, em parceria com a Universidade John Hopkins, habilitou profissionais da saúde na prática da esterilização forçada em praticamente todos os países do mundo em desenvolvimento. Ainda recentemente, em uma entrevista de 2003, o professor Gillespie, atual diretor do Instituto Gates, afirmou que Ravenholt *“era um grande homem e o que ele realizou foi fenomenal”*. Grande parte das organizações que trabalham em parceria com o Instituto Gates ou que dele recebem recursos são os atores que hoje estão envolvidos na promoção do aborto seguro em escala mundial e que encontraram, no grande impulso que os serviços de planejamento familiar estão recebendo da Fundação Gates, a fachada e o veículo para a implantação dos serviços de aborto seguro que os promotores da contracepção de emergência haviam encontrado, nos anos 90, na indústria farmacêutica.

Entre 29 de novembro e 2 de dezembro de 2011 o Instituto Gates de População patrocinou a *Segunda Conferência Internacional de Planejamento Familiar*, realizada em Dakar, no Senegal. A Conferência recebeu mais de 2000 participantes e foi financiada por mais de 30 organizações, além do próprio Instituto Gates. Muitas destas organizações estão fortemente comprometidas com a implantação mundial do aborto seguro, como a UNFPA, a USAID, o Banco Mundial, a Fundação Packard, o Instituto Allan Guttmacher, a IPPF, o IPAS, a Marie Stopes, a Fundação Pathfinder, o Conselho Populacional, a Organização Mundial da Saúde e outros.

<http://www.fpconference2011.org/about/>

No dia 2 de dezembro de 2011, o último dia do encontro, estas organizações usaram o Congresso para publicar uma **“Declaração de Apoio a uma Campanha Global para o Acesso ao Aborto Legal”**. A idéia básica da declaração, assinada pelo ICMA e seus quatro consórcios regionais, incluindo o CLACAI, pela Gynuity, pela IPPF, pelo IPAS, pela Fundação Pathfinder, pelo Population Council, pelo VSHD, pelo VSI e por outros, era de que, **para poder promover a disseminação imediata dos serviços de aborto seguro, tais serviços deveriam passar a fazer parte integrante dos serviços de planejamento familiar, já reconhecidos, aceitos e em nova fase de franca expansão em todo o mundo**, graças aos recursos disponibilizados pela Fundação Gates e pelo Instituto Bill e Melinda Gates de População.

A representante do IPAS declarou, a este respeito, que os participantes da conferência reconheceram que

“existe um vínculo essencial entre o aborto e o planejamento familiar, e que está dentro do poder de ação dos provedores de programas de planejamento familiar assegurar que toda mulher que experimenta uma gravidez indesejada receba aconselhamento e, caso deseje interromper a gravidez, seja encaminhada a um serviço de aborto seguro, se possível, nas mesmas dependências”.

Na Declaração podia-se ler:

“A necessidade de integrar o aborto seguro dentro dos programas de planejamento familiar em um contexto de saúde e direitos sexuais e reprodutivos abrangentes foi um tema recorrente na Conferência Internacional de Planejamento Familiar de 2011. A atenção ao aborto e os serviços de planejamento familiar estão interligados, ambos são componentes integrais de uma concepção abrangente de saúde e direitos sexuais e reprodutivos da mulher. O aborto tem sido sistematicamente negligenciado em muitas estratégias e programas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Exigimos a inclusão de atenção acessível e de alta qualidade para o aborto em todos os programas de planejamento familiar. Esta declaração foi preparada pelas redes e agências participantes da Conferência Internacional de Planejamento Familiar de 2011 que estão trabalhando para impulsionar uma campanha global para o acesso ao aborto seguro”.

<http://www.womendeliver.org/updates/entry/a-declaration-in-support-of-a-global-campaign-for-safe-abortion-access/>

O ICMA aproveitou o ambiente criado pela Declaração e decidiu utilizar, em maio de 2012, toda a estrutura internacional que estava sendo construída sob sua coordenação, há quase uma década, para desencadear uma ofensiva fulminante com o objetivo de obter a imediata implantação de uma rede de serviços de aborto seguro a nível mundial, sem necessidade de prévia aprovação legal, inseridos e apresentados como um aspecto dos serviços de planejamento familiar. Tratava-se de repetir a estratégia já desenvolvida no caso da contracepção de emergência, quando os serviços foram apresentados como algo inteiramente novo, o que de fato não eram, e como uma iniciativa da indústria farmacêutica que acabava de descobrir uma nova tecnologia, cujo avanço seria um destino inevitável da história, quando na verdade a indústria farmacêutica relutava há trinta anos em tomar qualquer decisão nesta área e toda a iniciativa era, na realidade, das organizações Rockefeller. A nova racionalização do aborto, apresentada agora sob a ótica do aborto seguro e de uma política de redução de danos, permitiria, assim como no caso da contracepção de emergência, que as várias organizações envolvidas negassem, em uníssono, quando qualquer objeção fosse levantada, que o que estivesse sendo implantado fosse realmente o aborto. O discurso seria, em vez disso, que o que estaria sendo feito seria, na verdade, apenas uma política de saúde **para evitar o aborto**. O resultado

final esperado seria idêntico ao obtido no caso dos DIUs e da contracepção de emergência: mesmo onde houvesse a majoritária resistência da população contra o aborto, os serviços de abortos seguro deveriam tornar-se tão banais como inserir um DIU ou tomar uma pílula do dia seguinte, e deveria ser tão desgastante acusar a nova política de estar construindo uma estratégia para implantar o aborto quanto afirmar que os DIUs e a pílula do dia seguinte fossem abortivos.

No dia 3 de maio de 2012 o ICMA enviou uma carta aos seus associados, para anunciar, como decisão tomada por 26 organizações presentes em um encontro realizado, em abril de 2011, em Londres, o estabelecimento de uma campanha mundial a ser coordenada, durante os primeiros três anos, pelo próprio ICMA. A campanha pedia a ação imediata e simultânea de todos os associados do consórcio para implantar, através dos serviços locais de planejamento familiar, o aborto seguro em todo o mundo, *desarticulando a influência do movimento a favor da vida mediante a multiplicação de declarações que trouxessem de volta a questão do aborto à perspectiva de uma decisão moral individual*. A carta vinha acompanhada de um formulário de adesão para cada organização. Este formulário ficou disponível na Internet porque a campanha foi idealizada para ser aberta não apenas aos membros do ICMA, mas também a

“toda a sociedade civil, grupos, organizações, redes e indivíduos que subscrevam seus objetivos”.

<https://www.surveymonkey.com/s/CHH62F5>

Eis um resumo da carta:

“INTERNATIONAL CAMPAIGN FOR WOMEN’S RIGHT TO SAFE ABORTION

3 de maio de 2012

Esta carta é para anunciar uma nova campanha internacional pelo direito das mulheres ao aborto seguro, que foi lançada muito discretamente no começo deste ano após um ano de discussões e consultas com muitos promotores do direito ao aborto em todo o mundo.

Há muitas organizações trabalhando internacionalmente para implementar o acesso das mulheres aos serviços de aborto seguro. Quase todas com que falamos acreditam que há uma crescente necessidade de vincular e combinar nossos esforços para assegurar o direito ao aborto seguro em todos os nossos países. Há um consenso de que necessitamos um movimento internacional para desafiar a ameaça crescente que estamos presenciando por parte das forças conservadoras políticas e religiosas, que estão buscando atrasar o relógio, bloquear os esforços para implementar leis e disponibilizar serviços e excluir o aborto das iniciativas de redução da mortalidade materna e planejamento familiar.

Em anexo a esta carta podem ser encontrados os documentos contendo os propósitos, os objetivos e os princípios diretores da campanha, que foram redigidos e aprovados pelo primeiro encontro de planejamento da campanha, realizado em Londres, nos dias 20 e 21 de abril, com a participação de 26 promotores do direito ao aborto da Índia, Malásia, Paquistão, Filipinas, Quênia, Moldova, Polônia, Portugal, Romênia, Rússia, Suíça, Reino Unido, Argentina, Colômbia, República Dominicana, México, Porto Rico e Estados Unidos, que estão trabalhando em nível nacional, regional e internacional. Os participantes do encontro pediram ao ICMA que coordenasse a campanha, inicialmente por um período de três anos.

O encontro decidiu que o foco primário da campanha será a construção da capacidade reivindicatória para o direito ao aborto seguro a nível nacional, porque as mudanças somente poderão acontecer a nível dos países. Concordamos também em motivar e assessorar as redes regionais organizadas por promotores nacionais e regionais, planejar e coordenar atividades conjuntas, colaborar em iniciativas existentes e criar outras novas. Finalmente, concordamos em atuar juntos para promover a legitimidade do direito ao aborto seguro em todos os fóruns internacionais que tratam da saúde da mulher e de direitos humanos, incluindo os que irão revisar os Objetivos do Milênio, a Conferência sobre População, a Conferência de Pequim, a iniciativa da Secretaria Geral da ONU sobre saúde materno-infantil, e as iniciativas pela maternidade segura e planejamento familiar.

Temos como objetivos, [entre outros]: (a) unir grupos, redes, movimentos e organizações de todo o mundo para trabalharmos juntos nesta campanha, colaborando em iniciativas existentes e criar outras novas; (b) construir parcerias estratégicas com profissionais de saúde, governos, representantes de ministérios e agências da ONU e de direitos humanos; (c) promover a legitimidade do direito ao aborto seguro em todos os fóruns internacionais que tratam da saúde e dos direitos da mulher; (d) promover a consciência pública da necessidade do aborto seguro para a mulher, para aumentar o entendimento e o apoio popular; (e) desenvolver e divulgar mensagens direcionadas a deter a influência do movimento contra o direito de decidir e retomar a perspectiva do aborto como uma decisão moral”.

<http://www.documentosepesquisas.com/international-campaign-safe-abortion-2012.pdf>

A adesão internacional foi imediata.

[Euro NGOs associate members, partners and colleagues endorse campaign:

<http://www.eurongos.org/Default.aspx?ID=29818&M=News&PID=194894&NewsID=4001>]

[Post Abortion Care Consortium endorses campaign:

<http://www.pac-consortium.org/...ortium/27-letters-to-consortium/34-international-campaign-for-women-s-right-to-safe-abortion>]

14. O GOVERNO BRASILEIRO INICIA A OFENSIVA INTERNACIONAL.

Foi exatamente um mês após o lançamento, pelo ICMA, da Campanha Internacional pelo Direito das Mulheres ao Aborto Seguro, que o governo brasileiro declarava, através do Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Magalhães, que

“o Sistema de Saúde brasileiro passará a acolher as mulheres que desejam fazer aborto e orientá-la sobre como usar corretamente os métodos existentes para abortar. Centros de aconselhamento indicarão quais são, em cada caso, os métodos abortivos mais seguros do que outros”,

e também, através da Ministra Eleonora Menicucci, da Secretaria das Políticas das Mulheres, que

“somente é crime praticar o próprio aborto, mas que o governo entende que não é crime orientar uma mulher sobre como praticar o aborto”.

Tudo isto é uma vergonha para a nação e para seus eleitores que votaram em governantes que, se aqui não estivesse envolvido um genocídio, estariam se submetendo ao ridículo ao se oferecerem com tanta ingenuidade para desempenhar publicamente o papel da mentira e da hipocrisia.

Obviamente não é o governo brasileiro que entende que orientar a mulher sobre como praticar o aborto não é crime, mas é a Fundação Rockefeller e suas associadas que assim o entendem, e que assim o querem impor. Utilizam e escondem-se atrás do governo brasileiro, fazendo-o apresentar como suas estas palavras ao povo, mesmo tendo conhecimento que o governo tem perfeita consciência de que, não importa de onde venha o discurso, o povo pensa exatamente o contrário. E sabendo também que tudo isto, do ponto de vista político, exigirá um custo muitíssimo elevado. Eleitos para representar o povo, nossos governantes são docilmente manobrados por organizações internacionais que tem outra agenda a cumprir, e que não se importam, para atingir suas metas, não apenas em não respeitar povos e nações, mas em editar o próprio conteúdo dos Direitos Humanos.

Precisamos da instalação imediata de uma Comissão Parlamentar de Inquérito que mostre a toda a nação quem, e por quais interesses, está realmente financiando a promoção do aborto no Brasil.

15. CONCLUSÃO.

O gigantismo de toda a estratégia aqui descrita, em conjunto com a necessidade de ser executada através do recurso a práticas anti-democráticas, que somente podem obter sucesso pelo engano e pela ocultação da verdade, com o silêncio e a cumplicidade da imprensa, é a prova viva da fragilidade de todo este projeto. Nas guerras é sempre a parte mais fraca que, para vencer, necessita recorrer a modos de ação que, essencialmente, somente podem obter êxito porque planejados para forçar a obtenção de uma posição através de um assalto oculto. Quando limitado ao jogo limpo e democrático, como já é amplamente manifesto para brasileiros e hispano-americanos, a promoção do aborto inevitavelmente perde.

Desconsiderando as lições óbvias da História, *que ensina que as verdades evidentes não podem ser ocultadas eternamente*, as grandes fundações que promovem o aborto no mundo ainda não compreenderam que estão travando uma guerra que, em última análise, já está perdida desde o início. Se esta afirmação não é imediatamente evidente para todos, isto se deve apenas à quantidade de recursos gastos em sua propaganda e ao fato de que, devido ao próprio modo como a ofensiva está sendo conduzida, os que defendem a vida humana ainda não tiveram o tempo suficiente para compreender a verdadeira natureza da batalha que estão travando.

As organizações que promovem o aborto, para que possam alcançar em definitivo seus objetivos, precisariam vencer três obstáculos, todos eles praticamente inatingíveis:

- (1) *ocultar de todo o povo o constante avanço da ciência;*
- (2) *negar a natureza da mulher e*
- (3) *destruir a Igreja Católica.*

A ciência tem mostrado, em primeiro lugar, através de seus avanços, para todos e cada vez mais manifestamente, que existe vida humana antes do nascimento. Para que a Cultura da Morte pudesse triunfar, seria necessário ocultar este fato de todos, o tempo todo. Porém isto é algo que, a cada dia, torna-se cada vez mais impossível. *A promoção do aborto exige negar os avanços da ciência.*

O aborto, em segundo lugar, agride a natureza da mulher, justamente porque o nascituro é um ser humano, um fato cuja ocultação atualmente tornou-se impossível. A maioria das mulheres que praticaram o aborto arrepende-se amargamente de tê-lo feito, o que mostra que o praticaram enganadas por uma propaganda falsa e que agiram contra si mesmas ao fazê-lo. ***A promoção do aborto exige negar a natureza da mulher.***

Em terceiro lugar, a Igreja Católica, uma instituição milenar, entre as mais antigas da história, jamais abandonará a oposição ao aborto. Na questão do aborto, ademais, se a evidência da ciência e a maioria das mulheres estão ao lado da Igreja, a própria insistência na promoção do aborto somente conseguirá fortalecer cada vez mais a posição da Igreja. ***Para que a Cultura da Morte possa triunfar, seria necessário extinguir a Igreja Católica, um objetivo sonhado por muitos dos maiores ditadores da história, mas até o momento jamais alcançado.***

Qualquer comissão de peritos que examinasse imparcialmente a apresentação de um projeto que, para obter sucesso em suas metas, tivesse que ocultar permanentemente da humanidade os desenvolvimentos da ciência, negar a natureza das mulheres e destruir a Igreja Católica, deveria concluir que, independentemente dos recursos e do conteúdo do projeto, tal iniciativa possui uma probabilidade de êxito praticamente nula.

Se o projeto já tivesse iniciado suas atividades e, durante algum tempo, estivesse produzindo resultados, à custa de investimentos cada vez maiores e de estratégias crescentemente desproporcionais, seu aparente sucesso deveria ser atribuído ao fato de que, provavelmente devido ao próprio modo pelo qual está sendo executado, os cientistas, as mulheres e os eclesiásticos ainda não tiveram o tempo suficiente para compreender toda a extensão do que realmente está acontecendo e poder trazer toda a iniciativa à luz do dia.