

*DIAGNÓSTICO NACIONAL E BALANÇO REGIONAL*

# DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA

*CAMPANHA POR UMA CONVENÇÃO INTERAMERICANA  
DE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS*

**CLADEM-BRASIL**

Seção nacional do Comitê Latino-americano  
e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher

**REDESAÚDE**

Rede Nacional Feminista de  
Saúde e Direitos Reprodutivos

**(CONTRA-CAPA) DIAGNÓSTICO NACIONAL E BALANÇO REGIONAL:  
DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA**

*CAMPANHA POR UMA CONVENÇÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS*

**Realização: CLADEM-Brasil e REDESAÚDE Apoio: IPAS-Brasil Distribuição: CFEMEA**  
São Paulo, janeiro de 2002

**Diagnóstico Nacional**

▼ **Instituições responsáveis pelo diagnóstico nacional:**

*CLADEM-Brasil, seção nacional do Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher  
REDESAÚDE - Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*

▼ **Equipe de trabalho responsável pelo diagnóstico nacional:**

*Wilza Vilela, Leticia Massula e Valéria Pandjarian*

*Colaboração: Nair Brito e Miguel de Lima (levantamento de dados, realização e transcrição de entrevistas),  
Raimundo Sérgio Leitão e Ana Araújo (indígenas)*

*Coordenação: Sílvia Pimentel*

**Balanço Regional**

▼ **Instituição responsável pelo balanço regional:**

*CLADEM-Regional, Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher*

▼ **Equipe de trabalho responsável pelo balanço regional:**

*Inés Romero Bidegaray e Roxana Vásquez Sotelo.*

*Elaboração do Guia para os diagnósticos nacionais: Erika Busse, Inés Romero Bidegaray e Roxana Vásquez Sotelo  
Colaboração na sistematização e análise dos diagnósticos nacionais: Juan Francisco Acevedo (estatística e  
informação geral sobre os contextos) e Tammy Quintanilla (legislação e políticas públicas).*

**Publicação**

▼ **Instituições parceiras nesta edição:**

*Realização: CLADEM-Brasil e REDESAÚDE*

*Apoio: IPAS-Brasil*

*Distribuição: CFEMEA*

▼ **Equipe de trabalho responsável por esta edição:**

*Coordenação: Sílvia Pimentel e Maria Isabel Baltar*

*Tradução do balanço regional para o português: Valéria Pandjarian*

*Edição do material: Valéria Pandjarian*

*Diagramação: KMK Artes Gráficas e Editora Ltda.*

*Tiragem: 3.000 (três mil) exemplares*

**Reproduções desta publicação são autorizadas desde que citadas corretamente as fontes.  
Esta publicação somente foi possível graças ao apoio e financiamento de CLADEM-  
Regional, REDESAÚDE e IPAS-Brasil.**

**(3ª CAPA)** *DIAGNÓSTICO NACIONAL E BALANÇO REGIONAL*

# DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA

*Período pesquisado: 1995-2000*

*Realização:*



BRASIL



*Apoio:*

Publicação:



Distribuição:



SÃO PAULO, JANEIRO DE 2002

(logo)

## CLADEM – Comitê Latino-americano e do Caribe para Defesa dos Direitos da Mulher

### **ANTECEDENTES:**

O Comitê Latino-americano e do Caribe para Defesa dos Direitos da Mulher tem como antecedente o encontro de um grupo de mulheres no marco da III Conferência Mundial da Mulher, da Organização das Nações Unidas (ONU), em Nairobi, Quênia, julho de 1985.

Entre as recomendações do Fórum não-governamental, paralelo à Conferência, destacou-se a necessidade de se buscar alternativas que respondessem às demandas de cada região e de se articular ações em nível regional na Ásia, África e América Latina e Caribe.

No dia 3 de julho de 1987, em São José da Costa Rica, constituiu-se o **CLADEM**, Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, com sede regional em Lima, Peru.

Atualmente, o **CLADEM** conta com sua Coordenação Regional em Rosário, Argentina, e com seu Escritório Regional em Lima, Peru. A coordenação brasileira está sediada em São Paulo.

### **A VISÃO DO CLADEM É:**

Contribuir, a partir de uma perspectiva feminista, à construção de democracias reais com justiça social, livres de discriminação, com exercício pleno dos direitos humanos.

### **A MISSÃO DO CLADEM É:**

Articular pessoas e organizações não-governamentais da América Latina e do Caribe para a promoção, vigilância e defesa dos direitos humanos interdependentes e integrais das mulheres, a partir do campo sóciojurídico, com uma perspectiva feminista, em uma dinâmica que interconecta os planos locais, regionais e internacionais.

### **O CLADEM É:**

Uma rede regional que reúne e potencializa os esforços de pessoas e grupos que trabalham diretamente na defesa dos direitos das mulheres, com enfoque de gênero e de direitos humanos.

Um esforço de articulação regional que conta com participação e colaboração, primordialmente, de mulheres advogadas, ativistas e profissionais de diferentes disciplinas.

Uma organização autônoma, não-governamental, sem fins lucrativos – com *status* consultivo na ONU e na OEA -, que se constitui com a finalidade de delinear estratégias de ação regional que promovam a defesa e o exercício dos direitos das mulheres.

### **O QUE FAZ O CLADEM?**

Elabora e difunde propostas jurídicas e de política para aperfeiçoar a condição das mulheres.

Relaciona-se com organizações internacionais com as quais tem interesses comuns e atividades em conjunto, advogando pelos direitos humanos das mulheres em foros internacionais, assim como perante instâncias governamentais, executivas, legislativas, e judiciárias.

Informa, capacita, sistematiza, investiga e faz denúncias para que se cumpram os compromissos assumidos pelos governos em relação aos direitos humanos das mulheres.

### **COMO SE ORGANIZA?**

O **CLADEM** se propõe como uma articulação flexível e aberta. Para seu funcionamento, conta com uma Coordenação Regional que leva adiante as ações planejadas na Assembléia Regional, e com um Escritório Regional que lhe dá suporte técnico e administrativo. Opera através de enlces em 16 países da região, os quais promovem a organização dos **CLADEMs NACIONAIS**.

Neste momento, o **CLADEM** conta com articulações nacionais na Argentina, Bolívia, **Brasil**, Colômbia, Equador, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Porto Rico, e com enlces no Chile, El Salvador, Guatemala e Uruguai.

Há também um Comitê para a Gestão de Decisões, órgão de apoio e consulta da Coordenadora Regional, que por sua vez avalia e supervisiona o desenvolvimento dos planos institucionais.

### ***O CLADEM É UM INSTRUMENTO ÚTIL PARA:***

Contribuir ao intercâmbio de informação e manter uma comunicação fluida entre os diversos grupos e pessoas que trabalham na região pela defesa dos direitos das mulheres.

Organizar e manter à disposição material sobre a problemática da mulher e o direito na América Latina e Caribe, através de nosso arquivo regional.

Debater temas que promovam uma reflexão em âmbito regional, seja através da realização de seminários, da edição de publicações ou de investigações.

Solicitar apoio latino-americano e caribenho frente à situações de emergência que requeiram a ação de nossa organização regional através da cadeia de solidariedade.

### ***O CLADEM no Brasil:***

O CLADEM no Brasil reúne o esforço de pessoas e grupos na defesa dos direitos humanos das mulheres, em uma perspectiva sócio-jurídica de gênero. Desenvolve seus projetos e atividades em parceria com instituições públicas e/ou privadas, a partir das demandas da rede regional, bem como daquelas decorrentes do contexto nacional e das articulações locais.

Os trabalhos do CLADEM-Brasil nos últimos anos têm se desenvolvido principalmente nas áreas de investigação, consultoria e treinamento em direito internacional dos direitos humanos, com ênfase para questões de discriminação e violência de gênero, direitos sexuais e reprodutivos.

O público alvo que CLADEM-Brasil tem atingido no desenvolvimento de sua missão tem sido especialmente: operadores(a) do Direito, forças de segurança pública, promotoras legais populares e organizações de direitos humanos e de direitos da mulher.

Atividades de sensibilização e formação da opinião pública junto à mídia têm se refletido em diversos artigos publicados em grandes periódicos de alcance nacional, bem como em boletins, jornais e revistas especializadas no âmbito jurídico-acadêmico e também militante do movimento de mulheres, além de entrevistas para imprensa escrita, falada, e televisionada.

A participação constante de membros do CLADEM-Brasil em palestras, reuniões, debates, seminários, cursos e *workshops*, no Brasil e no exterior, demonstram o reconhecimento dos trabalhos que essa instituição vem desenvolvendo no âmbito internacional, regional e local acerca do tema direitos humanos das mulheres.

## ***CLADEM***

### ***Coordenação Regional - Susana Chiarotti***

Espanha, 225, 1° Piso, Depto C, Rosário 2000, Argentina

Telefax: (54 341) 4252242

Fax: (54 341) 4370874

E-mail: [coordi@cladem.org](mailto:coordi@cladem.org)

### ***Escritório Regional – Monica de Las Casas***

Apartado Postal: 11-0470, Lima, Peru

Telefone: (51 1) 4639237

Fax: (51 1) 4635898

E-mail: [oficina@cladem.org](mailto:oficina@cladem.org)

Web: [www.cladem.org](http://www.cladem.org)

### ***Coordenação no Brasil – Silvia Pimentel***

Rua Barbosa Lopes, 350

CEP: 04720-000 - São Paulo, SP

Telefone: (11) 51811636

Fax: (11) 51811640

E-mail: [cladem@osite.com.br](mailto:cladem@osite.com.br)

**Equipe CLADEM-Brasil:** *Carla Barbieri, Denise Hirao, Flávia Piovesan, Isabella Mucci, Letícia Massula, Mayara Norbin, Silvia Pimentel (coordenadora) e Valéria Pandjjarjian.*

(logo)

## **REDESAÚDE – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos**

### **O QUE É A REDESAÚDE:**

A RedeSaúde é uma articulação do movimento de mulheres que reúne hoje 110 instituições vinculadas, além de feministas filiadas individualmente, em 20 Estados da federação. É integrada por grupos feministas, organizações não-governamentais, núcleos de pesquisa, organizações sindicais/profissionais e conselhos de direitos das mulheres, bem como por ativistas feministas e profissionais de saúde, que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas da saúde da mulher e de direitos reprodutivos.

Ela é composta por nove Regionais – organizadas nos Estados do Pará, Paraíba, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul e no Distrito Federal – que são coordenadas politicamente por um Conselho Diretor e por uma Secretaria Executiva, esta última atualmente com sede em São Paulo.

Como segmento da sociedade civil, a RedeSaúde tem representações em vários conselhos, comitês e comissões do âmbito do Estado, em nível nacional, estadual e municipal, como também é membro de entidades da própria sociedade civil nos referidos níveis. Busca neste espaço político influir na formulação de políticas públicas e exercer o controle social no campo da saúde.

O trabalho de articulação política da Rede envolve, portanto, ações junto às instâncias públicas de saúde para garantia de direitos ao acesso e assistência à saúde integral da mulher, ações junto ao Legislativo no acompanhamento dos projetos que abordam as questões da saúde da mulher e direitos reprodutivos, bem como junto à mídia para formação de opinião favorável às demandas das mulheres em relação a este assunto.

Na área de comunicação, além de editar os dossiês temáticos sobre saúde da mulher, a RedeSaúde hoje publica semestralmente uma revista (*Jornal da RedeSaúde*) e veicula dois informativos eletrônicos a cada quinze dias. Mais recentemente, passou a publicar folhetos temáticos sobre assuntos específicos, nas datas de luta consagradas pelo movimento de saúde da mulher. A Rede mantém também uma página na Internet, que disponibiliza todas essas publicações, bem como outros dados e informações sobre a matéria (<http://www.redesaude.org.br>).

A atuação da RedeSaúde fundamenta-se nos seguintes princípios:

- considera os direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos;
- considera a importância do fortalecimento da implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como referência para a otimização dos serviços do Sistema Único de Saúde;
- considera a violência sexual e doméstica como uma violação dos direitos humanos;
- considera como questões fundamentais o exercício da saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos e do direito de decidir sobre a realização ou não de um aborto.

A definição destes princípios, a organicidade nacional da RedeSaúde, sua ampla capacidade de articulação política e o desenvolvimento da área de comunicação são frutos de um processo de construção tecido nos seus dez anos de vida.

### **RedeSaúde - Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos**

Secretaria Executiva: *Maria Isabel Baltar e Liège Rocha (adjunta)*

Rua Bartolomeu Zunega, 44

Pinheiros - São Paulo / SP

CEP: 05426-020

Telefones: (11) 3813-9767 / 3814-4970

Fax: 3813-8578

E-mail: [redesaude@uol.com.br](mailto:redesaude@uol.com.br)

Web: [www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br)

## (logo) *IPAS-BRASIL*

**MISSÃO:** Ipas é uma organização não-governamental com sede em Chapel Hill, Carolina do Norte, Estados Unidos. Trabalhamos em diversos países para melhorar a vida da mulher, com enfoque na saúde reprodutiva. Concentramo-nos na prevenção do abortamento em condições de risco, na melhoria da assistência às suas complicações e na redução de suas seqüelas. Buscamos fortalecer a mulher, garantindo-lhe maior acesso aos serviços que melhorem sua saúde sexual e reprodutiva. Ipas têm contribuído para: apoiar a elaboração de políticas de saúde reprodutiva centralizadas na mulher; melhorar a qualidade e auto-sustentação dos serviços de saúde; tornar disponível os recursos tecnológicos à saúde reprodutiva e promover a participação ativa da mulher na assistência à sua saúde.

**PRINCÍPIOS QUE NOS GUIAM:** as políticas e serviços de saúde sexual e reprodutiva devem respeitar os direitos humanos da mulher; a saúde sexual e reprodutiva da mulher é afetada por uma ampla variedade de fatores culturais, políticos, sociais e econômicos; a participação da mulher é essencial para melhorar as políticas e práticas de saúde sexual e reprodutiva.

**IPAS NO BRASIL:** Ipas começou a trabalhar no Brasil em 1993, capacitando profissionais de saúde (médicos, *staff* de enfermagem, trabalhadores sociais e outros) em hospitais públicos, no tratamento do aborto incompleto utilizando a aspiração manual intra-uterina (AMIU) e subseqüentemente, a capacitação e assistência técnica na prestação de serviços de assistência pós-aborto (APA). Ipas capacitou profissionais de saúde em cerca de 50 hospitais públicos em torno de 17 estados brasileiros, incluindo vários dos estabelecimentos nacionais onde se prestam serviços de aborto legal. Desde 1994, mais de 10.000 procedimentos de AMIU foram efetuados para casos de biópsia endometrial, tratamento do aborto incompleto ou aborto legal. O trabalho foi ampliado para incluir a avaliação das perspectivas dos adolescentes baseadas em gênero, a comercialização do instrumental de AMIU e a criação de parcerias com outras organizações, no acesso da mulher a serviços de aborto legal (Rede Saúde, 1999). Em colaboração com o Hospital Arthur Ribeiro de Saboya (Jabaquara) e ECOS-Estudos e Comunicação Sexualidade e Reprodução Humana, desenvolveu manual sobre programa de aborto legal.

### **Ipas-Brasil**

Rua Xavier da Silveira, No. 45 Sala 601 Copacabana - CEP: 2061-010 Rio de Janeiro, RJ  
Tel.: (21) 25212417 Fax: (21) 25219297 E-mail: [ipas@ipas.org.br](mailto:ipas@ipas.org.br) WEB: [www.ipas.org](http://www.ipas.org)

## (logo) *CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria*

O **CFEMEA** – Centro Feminista de Estudos e Assessoria foi criado em julho de 1989, com o objetivo de lutar pela plena cidadania das mulheres, por relações de gênero eqüitativas e solidárias e por uma sociedade e um Estado justos e democráticos. É uma organização da sociedade civil, não-governamental, feminista, de caráter público e sem fins lucrativos.

O Centro tem como traço característico o trabalho junto ao Poder Legislativo, onde atua de forma democrática, suprapartidária, autônoma e comprometida com o movimento de mulheres. É uma organização pioneira no monitoramento sistemático de proposições legislativas e no assessoramento aos parlamentares nas questões de eqüidade de gênero e na defesa dos direitos das mulheres, visando a regulamentação e a ampliação dos mesmos.

Desde 1993, o **CFEMEA** está credenciado pelas Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, para o acompanhamento do processo legislativo. Desde 1992, o Centro Feminista desenvolve o Programa **Direitos da Mulher na Lei e na Vida** que, a partir de 1995, assume a feição de Implementação das Plataformas de Beijing'95 e Cairo'94, no Brasil. O Programa fundamenta-se nas linhas de ação: *Advocacy* (defesa de direitos, mediante sensibilização e argumentação, visando a formulação/implementação de políticas públicas e a mudança de valores/práticas sociais), Assessoria, Comunicação e Articulação.

### **CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria**

SCN, Quadra 6, Edifício Venâncio 3000, Bloco A, Sala 602 - 70716-000 - Brasília - DF - Brasil  
Telefone: (61) 328-1664 Fax: (61) 328-2336 E-mail: [cfemea@cfemea.org.br](mailto:cfemea@cfemea.org.br) Web: [www.cfemea.org.br](http://www.cfemea.org.br)

# SUMÁRIO

## ▼ APRESENTAÇÃO

## ▼ DIAGNÓSTICO NACIONAL: DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL

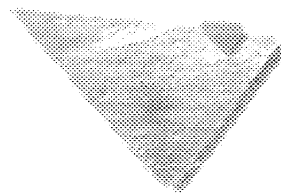
- I. ASPECTOS METODOLÓGICOS
- II. RADIOGRAFIA DO PAÍS
- III. LEGISLAÇÃO NACIONAL E POLÍTICAS PÚBLICAS
- IV. TEMAS, ATORES E ARGUMENTOS RELEVANTES
- V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

## ▼ BALANÇO REGIONAL: DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS NA AMÉRICA LATINA

- I. TERMOS, ALCANCES E OBJETIVOS DO ESTUDO
- II. APRECIÇÕES GERAIS: DIFICULDADES E LIMITAÇÕES QUE ENFRENTARAM OS DIAGNÓSTICOS NACIONAIS E O BALANÇO REGIONAL
- III. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E TENDÊNCIAS IDENTIFICADAS A PARTIR DA ANÁLISE DOS CONTEXTOS POLÍTICO, ECONÔMICO E SOCIAL NA REGIÃO
- IV. RESULTADO DO BALANÇO POR TEMAS
- V. CONCLUSÕES

## ▼ REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA





## Apresentação

Cada vez é maior o número de pessoas, cidadãs e cidadãos, organizações dos movimentos sociais, e especialmente de mulheres as que vêm lutando, desde há muitos anos, pelo reconhecimento e a defesa dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Algumas conquistas foram adquiridas, mas é importante avançar ainda mais nas definições e na garantia para o exercício pleno desses direitos.

As declarações e as plataformas de Cairo (1994) e de Beijing (1995) são significativos avanços neste sentido e representam princípios inspiradores às várias normativas nacionais. Entretanto não possuem a força vinculante de uma convenção.

As convenções internacionais são expressões formais de vontade, subscritas entre os Estados. A exigência de seu cumprimento é plena, de acordo com o *status* que adquiram ao serem incorporadas aos direitos internos de um país. A Convenção Interamericana para Prevenir, Erradicar e Punir a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994), por exemplo, possibilitou a criação de leis contra a violência doméstica e sexista, existentes agora em vários de nossos países da América Latina e do Caribe.

Este trabalho, que ora apresentamos, se insere no marco da *Campanha* por uma convenção interamericana dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Trata-se de uma primeira versão de diagnóstico nacional e de balanço regional sobre o tema – aspectos jurídicos e de políticas públicas – no Brasil e em quatorze países da América Latina e do Caribe.

Conquistar uma convenção interamericana que defina e proteja os direitos sexuais e os direitos reprodutivos não é uma tarefa fácil, nem poderá ser alcançada a curto prazo. Importa somar forças para a realização de um debate amplo e sustentado, nacional e regionalmente, conscientes de que este é um campo polêmico onde se confrontam múltiplos argumentos, atores sociais, valores e mitos.

As dificuldades não devem nos desestimular e, sim, nos impulsionar. Os direitos sexuais e reprodutivos são fundamentais às mulheres. Condição de sua autonomia político-social e superação de sua subordinação milenar. Os direitos sexuais e reprodutivos representam direitos humanos individuais e inalienáveis de mulheres e homens. É um dos grandes desafios de nossa época. Urge uma ação político-jurídica corajosa, criativa e transformadora que enfrentando tabus crie condições para que as pessoas possam exercer sua sexualidade e sua capacidade reprodutiva com autonomia e dignidade.

Silvia Pimentel  
Coordenadora  
do **Cladem-Brasil**

Maria Isabel Baltar  
Secretária Executiva  
da **RedeSaúde**

# DIAGNÓSTICO NACIONAL:<sup>1</sup>

## DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL

---

<sup>1</sup> Equipe de trabalho responsável pelo diagnóstico nacional:

▼ **WILZA VILLELA.** Médica brasileira. É doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da USP. Assistente de direção do Instituto de Saúde, coordenadora do Núcleo de Investigação em Cidadania e Saúde Mental, e do Grupo de Estudos de Violência do Instituto de Saúde. Tem diversos trabalhos publicados sobre saúde das mulheres, sexualidade, prevenção de DST/AIDS e violência cotidiana. Atualmente coordena o Projeto Integração, financiado pelo Ministério da Saúde, que busca trabalhar a idéia de integralidade das ações básicas de saúde a partir da sensibilização, treinamento e acompanhamento de profissionais do Programa de Saúde da Família para questões como sexualidade, DST/AIDS, uso indevido de drogas e violência. Foi designada pela REDESAÚDE para participar dessa investigação, na qualidade de pesquisadora responsável, a convite do CLADEM-Brasil.

▼ **LETÍCIA MASSULA.** Advogada brasileira. É membro do CLADEM-Brasil e coordenadora do CRAVI – Centro de Referência e Apoio à Vítima, da Secretaria de Justiça e de Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo. É coordenadora do curso de *Promotoras Legais Populares* em São Paulo e em São José dos Campos. Possui especialização “latu sensu” em violência doméstica contra crianças e adolescentes, pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Atuou por cinco anos como advogada do SOS Mulher de São José dos Campos. Participou do XVIII Curso Interdisciplinar em Direitos Humanos, do Instituto Interamericano de Direitos Humanos (IIDH, 2001), em San José da Costa Rica. É autora de diversos artigos e textos sobre gênero e direitos humanos publicados em diversas revistas e boletins especializados sobre o tema.

▼ **VALÉRIA PANDJIARJIAN.** Advogada brasileira, pesquisadora e consultora em gênero e direitos humanos. É membro do CLADEM-Brasil e do IPÊ - Instituto para Promoção da Equidade. É consultora para AGENDE - Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento no tema do Protocolo Facultativo à CEDAW e consultora para IPAS-Brasil na área de políticas para saúde reprodutiva das mulheres. Participou de diversos cursos de direito internacional dos direitos humanos: 1996, San José, Costa Rica (IIDH - Instituto Interamericano de Direitos Humanos); 1997, Nova York, EUA (CSHR - Center for the Study of Human Rights); 1998, Genebra, Suíça (ISHR - International Service for Human Rights) e 1999, Argentina, Buenos Aires (JEP - *Jurisprudence for Equality Project*). É co-autora dos livros *Percepção das Mulheres em relação ao Direito e à Justiça* (SAFE, 1996) e *Estupro: crime ou 'cortesias'? Abordagem sóciojurídica de gênero* (SAFE, 1998), e também co-autora do material educativo para policiais sobre violência contra a mulher *QSL: Quebrando Silêncios e Lendas* (IPÊ/CECIP, 1999).

## I. ASPECTOS METODOLÓGICOS

O processo de realização do diagnóstico nacional envolveu, durante o período de 2000-2001, uma série de etapas cuidadosa e metodologicamente elaboradas e aplicadas – no Brasil e também em outros 13 países da América Latina e Caribe<sup>2</sup> -, a partir da formulação de um *Guia*<sup>3</sup> por parte da equipe da rede CLADEM responsável por essa primeira atividade de coleta e análise de dados, em âmbito regional, no marco do projeto institucional da *Campanha para uma Convenção sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*<sup>4</sup>.

O objetivo da aplicação do *Guia* e da elaboração dos diagnósticos nacionais foi o de conhecer qual o estado ou situação dos direitos sexuais e reprodutivos em cada um dos países membros da rede CLADEM. Para tanto, era necessário coletar e analisar a informação relevante sobre os direitos sexuais e reprodutivos e os processos políticos, sociais e econômicos relacionados com seu desenvolvimento em cada país.

O diagnóstico abarcou o período compreendido entre os anos 1995 e 2000 e se baseou na *revisão de fontes secundárias* que permitiram descrever a situação dos direitos sexuais e reprodutivos – no âmbito da legislação e das políticas públicas nacionais - e os processos a eles vinculados, assim como na *realização de entrevistas* com informantes chaves.

Na medida em que existe mais de uma opção para definir o alcance e o conteúdo do conceito de “direitos sexuais e reprodutivos”, assim como para precisar os aspectos que essa concepção compreende, foram considerados os seguintes temas para a análise:

- ▼ Educação sexual
- ▼ Violência sexual
- ▼ Planejamento familiar / anticoncepção
- ▼ Matrimônio / uniões de fato
- ▼ Divórcio
- ▼ Prostituição
- ▼ Gravidez na adolescência
- ▼ Aborto
- ▼ Orientação sexual
- ▼ HIV / AIDS
- ▼ Gravidez, maternidade e paternidade no âmbito do trabalho
- ▼ Assédio sexual
- ▼ Controle da gravidez e atenção ao parto e puerpério
- ▼ Reprodução assistida
- ▼ Detecção/prevenção de câncer de mama e de colo uterino

Agregaram-se à essa lista os temas referentes à: paternidade responsável; reprodução assistida; assédio sexual; gravidez, maternidade e paternidade no âmbito do trabalho; controle da gravidez; atenção ao parto e ao puerpério (pós-parto); e detecção precoce do câncer de mama e de colo uterino.

---

<sup>2</sup> Argentina, Bolívia, Colômbia, Chile, Equador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico e Uruguai.

<sup>3</sup> *Guía para un diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos en América Latina*, CLADEM, Lima, abril de 2000. A elaboração do *Guia* esteve a cargo de Roxana Vásquez, Inés Romero e Erika Busse. Contou com os comentários e observações de todos os CLADEMs.

<sup>4</sup> Ver [www.cladem.org](http://www.cladem.org)

Foram elaborados instrumentos especialmente desenhados para a coleta e análise da informação, assim como termos de referência para a elaboração do informe final do diagnóstico de cada país:

- ▼ Radiografia do país: informação geral.
- ▼ Guias de revisão de entrevistas de opinião, periódicos (jornais) e revistas.
- ▼ Registro e revisão da legislação nacional e das políticas públicas relacionadas com os temas selecionados.
- ▼ Revisão bibliográfica: debate acadêmico.
- ▼ Guia de entrevistas:
  - ✓ Representantes da Igreja.
  - ✓ ONGs especializadas.
  - ✓ Investigadores /as
  - ✓ Funcionários/as do Estado
- ▼ Termos de referência do informe final de investigação.

Para a realização deste trabalho, no Brasil, foram utilizadas como fontes primordiais de informações<sup>5</sup>:

- ▼ Estatísticas oficiais do Ministério da Saúde (MS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e de outros órgãos governamentais, disponíveis em meio eletrônico;
- ▼ Publicações de organizações governamentais e não-governamentais a respeito dos temas abordados;
- ▼ Bases bibliográficas informatizadas (Lilacs e Bireme);
- ▼ Periódicos especializados de circulação nacional.

No que diz respeito à legislação nacional, a coleta e consulta dos dados deu-se, fundamentalmente, através do uso da *internet*, em pesquisas junto a *sites* de instituições públicas e privadas. Ressalte-se, dentre outros, os da Presidência da República e da organização de mulheres CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Algumas publicações jurídicas nacionais e outras especializadas em direitos humanos das mulheres e direitos reprodutivos também foram consultadas, como fontes complementares da coleta e análise dos dados.

Vale ressaltar, entretanto, que a informatização de dados referentes à legislação nacional é um fenômeno relativamente recente em nosso país e que, em geral, alcança de forma mais efetiva apenas a inclusão de leis federais em meios eletrônicos, dificultando-se, assim, a coleta no que se refere à legislação dos Estados federativos do país e seus respectivos Municípios<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Nair Brito e Miguel de Lima auxiliaram no levantamento dos dados, realização e transcrição de entrevistas.

<sup>6</sup> Logramos sistematizar e analisar mais eficazmente a legislação nacional de âmbito federal coletada, vale dizer, Constituição Federal, Tratados Internacionais ratificados pelo Brasil, Códigos Civil e Penal, Consolidação das Leis Trabalhistas, Leis Ordinárias Federais, Decretos-Leis Federais, Decretos Presidenciais e algumas Normas e Portarias Técnicas do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Os mais relevantes projetos de leis de âmbito federal, bem como as legislações de âmbito estadual e municipal (Constituições Estaduais, Leis Orgânicas dos Municípios, Códigos de Saúde Estaduais, outras leis, projetos de lei etc.) que se encontravam disponíveis também foram coletadas e brevemente analisadas. Embora o trabalho não se pretenda exaustivo, acreditamos que, em especial, a análise da legislação federal que ora apresentamos, por si, seja suficiente para dar um panorama geral da visão legal que se possa aplicar aos direitos sexuais e reprodutivos em nosso país. Isso porque, além de atingirem o país como um todo, contêm leis e dispositivos interessantes e até discrepantes e, também, pelo fato de que poucas são as legislações dessa natureza de ordem estadual e municipal e, quando existem, em geral são reprodução daquelas federais. Frisamos a dificuldade de uma pesquisa como essa em um país com dimensões continentais como o Brasil, com quase 30 Estados e 5.507 municípios e que ainda não sistematiza e disponibiliza,

Cumprir frisar ainda que, quanto ao item do diagnóstico referente à Legislação Nacional e Políticas Públicas, em que pese o enfoque do trabalho consistir na análise da relação entre políticas públicas e direitos reprodutivos, para cada um dos temas relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos foram incluídas também maiores referências ao quadro normativo nacional, por várias razões:

- ▼ a maioria das leis que afetam o tema investigado são provenientes do período anterior a 1995-2000, muitas delas do início do século XX, herança dos códigos e legislações da Europa ocidental nos quais se inspira a legislação nacional;
- ▼ se, comparativamente, por um lado, há poucas leis produzidas sobre o tema no período investigado e, por outro, muitas anteriores a esse período, entendemos ser relevante mencioná-las, seja porque são - de forma direta ou indireta - extremamente importantes para os direitos que ora se analisam, seja porque revelam os valores sobre os quais estão arraigados a sociedade brasileira e a sua normativa nacional, refletidos em dispositivos legais flagrantemente discriminatórios quanto à questão de gênero e, conseqüentemente, restritivos e/ou impeditivos ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos pelas mulheres;
- ▼ por fim, dada a riqueza de todo material coletado e analisado, entendemos ser crucial a referência normativa, na forma apresentada, para se diagnosticar, compreender e medir o nível de evolução que se operou ou não no quadro legislativo nacional, bem como no campo da efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos nas políticas públicas em nosso país, além de melhor servir para uma referência mais aprofundada a um estudo comparativo entre países da América Latina e Caribe em relação ao tema.

Há que se considerar que, dados o tamanho do país e as grandes diferenças regionais existentes, o nível de agregação com que se trabalhou aqui seguramente mascara particularidades regionais.

Ao mesmo tempo, embora exista um número razoável de fontes de dados, existem ainda grandes lacunas de informação, especialmente no que diz respeito à região amazônica e a alguns bolsões de pobreza do Nordeste.

Por outro lado, considerando o grande volume de trabalhos e publicações relativos ao tema "*Saúde e Direitos Reprodutivos*", e sua concentração no eixo sul/sudeste, torna-se praticamente inviável uma revisão de literatura exaustiva que acesse toda a produção e dimensões analíticas sobre a saúde e os direitos reprodutivos no país, de modo a possibilitar um diagnóstico mais sensível para as nuances que a implementação de políticas, visando a garantia da saúde e direitos reprodutivos, assume em cada região do país.

---

suficientemente, informações relevantes como a legislação, tampouco de forma adequada e de fácil acesso. Nem sempre, também, encontramos ditames e exposições de motivos nas leis, encontrando-os mais frequentemente em projetos de lei. Também por vezes não os encontramos por termos privilegiado a fonte *internet*, que operacionaliza melhor o trabalho. A sistematização da legislação de forma adequada segue sendo um desafio, de forma a democratizar as informações da produção legiferante em nosso país.

## (...) II. RADIOGRAFIA DO PAÍS

*O Brasil está ficando cada vez mais velho, mais feminino, mais urbano e mais alfabetizado. Mas a desigualdade social permanece imensa<sup>7</sup>.*

### A. Informação quantitativa

▼ País: **BRASIL**

**1. População:** 169.799.170 (IBGE, 2000).

1.a *Distribuição por sexo* (IBGE, 2000)

- ▼ Homens: 83.576.015
- ▼ Mulheres: 86.223.155 (50,8%)

*Obs:* O crescimento médio anual da população para o período 1991/2000 foi, em média, de 1,64% ao ano: de 146,8 milhões para 169,7 milhões, apontando para uma redução progressiva em relação a décadas anteriores. A taxa de crescimento foi a menor das últimas décadas. Em 1950, a população brasileira era de 51,9 milhões. Passou a 70 milhões em 1960, 93,1 milhões em 1970 e 119 milhões em 1980.

Em 1991, havia 97,5 homens para cem mulheres. Em 2000, a relação passou a ser de 96,93 por cem. O censo mostra que a população feminina excedente subiu de 1,8 milhão para 2,6 milhões de mulheres entre 1991 e 2000. A tendência de *feminização* da população e a de seu envelhecimento estão relacionadas à atenção crescente das mulheres com a saúde e ao fato de, com mais informação sobre seu próprio corpo, as mulheres estarem evitando ter muitos filhos - embora tenha sido constatado o aumento dos casos de gravidez entre adolescentes. Contudo, a principal explicação para que as mulheres passem a ser maioria a partir dos 20 anos é a alta taxa de mortalidade por causa externa de homens jovens. Estudo dos pesquisadores do IBGE mostrou que, em 2000, a chance de um homem morrer dos 20 aos 25 anos é 3,5 vezes a de uma mulher da mesma idade.

1.b *Distribuição geográfica da população* (IBGE, 2000)

- ▼ 137.953.959 urbana
- ▼ 31.845.211 rural

*Obs:* A maioria dos brasileiros (81,25%) mora em cidades. Desde a década de 50 o país vem sofrendo um processo acelerado de urbanização. Em 1996, por exemplo, a estimativa de população urbana atingia o percentual de 75,47% (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, PNDS). Vale ressaltar que a urbanização acelerada expressa não apenas o movimento migratório para as metrópoles, como também o crescimento de cidades de médio porte. Além disso, qualquer indivíduo residente em perímetro urbano é considerado "população urbana", independente do tamanho do município.

---

<sup>7</sup> Em sua terceira divulgação, o Censo 2000 mostrou que o Brasil está ficando cada vez mais velho, mais feminino, mais urbano e mais alfabetizado. Mas a desigualdade social permanece imensa. Ver: publicação eletrônica quinzenal da RedeSaúde (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos), Boletim Eletrônico: Saúde Reprodutiva na Imprensa, Edição de 16 a 31 de dezembro de 2001. Disponível na internet: [www.redesaude.org.br/html/boletim-16a30-12-2001.html](http://www.redesaude.org.br/html/boletim-16a30-12-2001.html).

## 2. Pirâmide etária: (IBGE, 2000)

Grupos de Idade	Total	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	16 375 728	8 326 926	8 048 802
5 a 9 anos	16 542 327	8 402 353	8 139 974
10 a 14 anos	17 348 067	8 777 639	8 570 428
15 a 19 anos	17 939 815	9 019 130	8 920 685
20 a 24 anos	16 141 515	8 048 218	8 093 297
25 a 29 anos	13 849 665	6 814 328	7 035 337
30 a 34 anos	13 028 944	6 363 983	6 664 961
35 a 39 anos	12 261 529	5 955 875	6 305 654
45 a 49 anos	8 721 541	4 216 418	4 505 123
50 a 54 anos	7 062 601	3 415 678	3 646 923
55 a 59 anos	5 444 715	2 585 244	2 859 471
60 a 64 anos	4 600 929	2 153 209	2 447 720
65 a 69 anos	3 581 106	1 639 325	1 941 781
70 a 74 anos	2 742 302	1 229 329	1 512 973
75 a 79 anos	1 779 587	780 571	999 016
80 a 84 anos	1 036 034	428 501	607 533
85 a 89 anos	534 871	208 088	326 783
90 a 94 anos	180 426	65 117	115 309
95 a 99 anos	56 198	19 221	36 977
100 anos ou mais	24 576	10 423	14 153

<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>

*Obs:* Como se vê, cerca de 50% da população feminina está concentrada nas faixas entre 20 e 50 anos - período reprodutivo - o que implica na necessidade de uma especial atenção na elaboração de políticas voltadas para a Saúde e Direitos Reprodutivos. Segundo dados da PNDS, tem havido, ao longo das duas últimas décadas, um aumento percentual nas populações entre 15 e 64 anos, com uma redução relativa da faixa etária de 0 a 15 anos, com o correlato impacto sobre o mercado de trabalho e previdência social.

## 3. Distribuição étnica / racial da população: (IBGE, 2000 - autoclassificação)

Branços	Pardos	Pretos	Amarelos	Indígenas
54.0%	39.9%	5.4%	0.5%	0.2%

*Obs:* Os percentuais de distribuição étnica da população variam ligeiramente em função da base de dados considerada. Em todo o país fala-se oficialmente o mesmo idioma: *português*. Não há dialetos.

## 4. Religião:

País predominantemente cristão, com cerca de 75% da população declarando-se católica e 14% Evangélica. Há que se considerar que existe no país um grande sincretismo religioso, com marcada influência de religiões de origem africana, como a umbanda e o candomblé. Assim, o fato de uma pessoa declarar-se católica não exclui a frequência concomitante a outros cultos (DataFolha, 1995).

## 5. Distribuição percentual da população por classes de renda<sup>8</sup>:

(Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar - PNAD, CD ROM, 99).

*Rendimento mensal familiar: (Salário Mínimo -SM = US\$80)*

Sem renda	Até 2 SM	De 2 a 5 SM	De 5 a 10 SM	De 10 a 20 SM	Mais de 20 SM
3,5%	27,6%	32,2%	18,6%	9,9%	5,9%

*Obs:* Segundo o IPEA, cerca de 33 % da população vive em situação de pobreza, e 13.9% em situação de indigência, ou seja, abaixo da linha de pobreza (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, 2000, *apud* Instituto Brasileiro de Análise Social e Estatística, IBASE, Observatório da Cidadania, 2000).

Segundo relatório do Programa das Nações Unidas de Desenvolvimento (PNUD), o Brasil ocupava a 79ª posição no ranking de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2000, passando a ocupar a 69ª posição em 2001. Mesmo assim, é o país com o maior grau de desigualdade social do mundo, expresso pelo fato de que os 10% mais ricos têm, em média, uma renda per capita 56 vezes maior que os 10% mais pobres. Há que se considerar que mesmo a desigualdade se distribui desigualmente. Assim, a região Nordeste, a mais pobre do país<sup>9</sup>, exibe o maior grau de desigualdade, enquanto a região Sudeste, a mais rica, apresenta o menor grau de desigualdade regional, embora ainda alta. A desigualdade econômica se expressa também na relação entre os sexos. Assim, em média, no país, as mulheres têm uma renda que equivale a 60% da renda auferida pelos homens.

## 6. Áreas em situação de conflito:

Não vivemos situações de conflito armado no sentido mais tradicional como em alguns outros locais da América Latina (guerrilhas, paramilitares etc.), mas, de uma certa forma, essas situações estão muito presentes em nossa contemporaneidade. Fora os altos níveis de violência urbana (social e, muitas vezes institucionalizada), particularmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte, em todo o país registram-se conflitos relacionados à posse e demarcação de terra. Na região amazônica, no nordeste e no sudeste, e nas diferentes áreas de latifúndio existentes no país, estes conflitos estão mais acentuados, seja pela violência que os cerca, seja pela sua importância política e repercussão nacional. O Movimento dos Sem-Terra tem se imposto como expressiva força política no país, organizando ocupações em áreas de latifúndio e forçando o diálogo com o governo em torno de uma efetiva reforma agrária. No caso das terras indígenas, tem havido nos últimos anos um aumento no número de áreas demarcadas pelo governo. Elas somam mais de 12% da extensão do território brasileiro, com aproximadamente 100 milhões de hectares. Apesar disso, ainda existem algumas regiões de conflito bastante intenso, como é o caso de Roraima, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina.

Sem dúvida, a desigualdade sócio-econômica, decorrente de uma cruel, perversa e injusta má-distribuição de renda, apresenta-se como um dos principais fatores que alimentam e sustentam essas situações de conflitos, atingindo as populações tradicionalmente mais vulneráveis aos estereótipos, preconceitos e discriminações sociais, o que gera a violência altamente incidente, sobretudo, nas mulheres, as quais compõem pouco mais da metade da população brasileira.

---

<sup>8</sup> Importa informar que, na descrição e análise dos itens que se seguem não expressamos os dados, na maioria das vezes, relacionando-os ao setor sócio-econômico, seja porque há casos em que não constam tais dados, seja porque raramente, em estudos sobre saúde, utiliza-se esse corte. No campo da saúde, a escolaridade é indicador mais adequado do que a renda para se referir ao setor sócio-econômico. Isso porque, de boa forma, escolaridade e renda são aspectos que caminham juntos e acabam se equivalendo, proporcionalmente, sendo adequado, em geral, relacionar o nível de instrução com o nível de poder econômico dos diferentes setores da população. Assim sendo, para fins desse trabalho, consideramos que o que discrimina o comportamento/acesso/impacto em relação à saúde é a escolaridade e não a renda.

<sup>9</sup> De acordo com o Datasus/Ministério da Saúde, a região Nordeste é de fato a mais pobre do país, embora a região Norte seja também bastante carente de serviços. Contudo, podem haver algumas distorções, dentre outros fatores, os quais podemos citar, o de que o Norte enfrenta problemas no recenseamento, na medida em que, por exemplo, não alcança a população que vive na floresta amazônica.



## 7. Institucionalidade criada para atender os interesses das mulheres:

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi criado, em 1985<sup>10</sup>, como resposta a uma antiga demanda do movimento de mulheres. É um órgão com autonomia administrativa, ligado ao Ministério da Justiça e à Secretaria de Estado de Direitos Humanos, que tem como finalidade desenvolver (elaborar, propor e monitorar) políticas públicas voltadas para as mulheres, definidas pelo seu corpo de conselheiras, composto por representantes de órgãos governamentais e da sociedade civil que atuam na defesa dos direitos das mulheres.

A criação de um Conselho Nacional dos Direitos da Mulher inspirava-se na experiência de alguns Estados, de constituírem Conselhos da Condição Feminina, com a mesma vocação. Esta iniciativa motivou também a criação de alguns conselhos de direitos das mulheres em âmbito municipal. Assim, em 1998 existiam 67 conselhos municipais e 12 conselhos estaduais. Vale apontar que 75% dos Conselhos Municipais estão concentrados nas regiões sul e sudeste, tendo perfis de composição e atuação distintos entre si. Ao mesmo tempo, a importância política da atuação dos Conselhos também tem variado ao longo dos anos e em função das conjunturas políticas Nacional, Estaduais e Municipais.

O CNDM, vale frisar, exerceu, junto com o movimento de mulheres brasileiro, papel relevante, na época da Assembléia Nacional Constituinte (1986-1988), para as conquistas legais da igualdade entre homens e mulheres, bem como para os direitos e garantias fundamentais – individuais e sociais - específicos às mulheres no que se refere ao exercício da saúde sexual e reprodutiva, contemplando-se 80% das reivindicações das mulheres em normas e princípios estabelecidos na Constituição Federal de 1988. Vale ressaltar que, atualmente, as mulheres indígenas atualmente estão também presentes no CNDM, por intermédio de representante do Estado de Roraima.

Em alguns Estados e Municípios também temos a criação de órgãos de execução ligados ao Governo, tais como Secretarias, Assessorias e/ou Coordenadorias da Mulher. De qualquer forma, uma maior e melhor definição da inserção, alcance e papel de todas essas instituições, bem como do nível de institucionalidade, autonomia político-administrativa e financeira, legitimidade e articulação com a sociedade civil e com as demais instâncias governamentais, seguem sendo um desafio para o aprimoramento de sua atuação.

Em 1996 foi instalada a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD), com a finalidade de monitorar, propor e produzir conhecimentos relativos a programas e políticas na área de saúde e direitos reprodutivos. No mesmo ano, ainda, foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), instância vinculada organicamente ao Conselho Nacional de Saúde desde 1996, que tem como função assessorar este órgão no que se refere a políticas de Saúde da Mulher, Saúde Sexual e Reprodutiva (IBASE, Observatório da Cidadania, 2000).

---

<sup>10</sup> Criado pela Lei Federal No. 7.353, de 29 de agosto de 1985. Para a implementação das ações governamentais a cargo do CNDM foi criada a Secretaria Executiva, pelo Decreto No. 3.511, de 16 de junho de 2000, subordinada à Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça. A Secretaria Executiva do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher tem como principal competência a execução do Programa de Combate à Violência contra a Mulher, do qual fazem parte as seguintes ações: Capacitação dos Quadros das Delegacias da Mulher e Juizados Especiais; Edição e Distribuição de Material informativo sobre Prevenção e Combate à Violência Doméstica e Sexual; Estudos e Pesquisas sobre o Direito da Mulher; Instalação de Equipamentos em Abrigos para Mulheres em Situação de Risco; Construção de Abrigos para Mulheres em Situação de Risco. Ver página do CNDM na *internet*: [www.mj.gov.br/sedh/cndm/estrutura.htm](http://www.mj.gov.br/sedh/cndm/estrutura.htm).

## 8. Matrimônios/Uniãos de fato / 9. Divórcio: (pessoas entre 15 e 59 anos. DHS, 1996)

	Solteiros	Casados/ Unidos	Divorciados
Homens	37,5%	57,1%	5,4%
Mulheres	30,6%	60,7%	7,7%

*Obs:* Interessante verificar em relação a esses dois itens que há mais mulheres casadas do que homens, mesmo porque mulheres constituem uma parcela um pouco maior que homens na população brasileira. Vale lembrar também que a Lei do Divórcio – que rompe o vínculo matrimonial – de 1977 (Lei nº 6.515/77), não estabelece quaisquer limitações quanto ao número de vezes que homens e mulheres podem se divorciar e, conseqüentemente, casar novamente. Assim sendo, homens e mulheres podem contrair novo matrimônio quantas vezes desejarem, desde que respeitados os trâmites legais do divórcio.

## 10. Taxa de fecundidade por região: (IBGE, 2000)

Brasil	Norte (urb)	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste
2,33	3,4	2,59	2,10	2,16	2,15

*Obs:* A taxa média de fecundidade no país caiu para 2,3 filhos por mulher. Com as quedas das taxas de fecundidade e mortalidade, a população do Brasil está mais velha: a idade média aumentou de 21,7 anos de idade, pelo Censo 1991, para 24,2 anos em 2000. A série histórica aponta um declínio da taxa de fecundidade total, com magnitudes diferentes nas diversas regiões e faixas etárias. As mulheres iniciam sua vida reprodutiva em média aos 22 anos, sendo que o grupo etário de 20 a 24 anos concentra o maior percentual de fecundidade: 30% na área urbana e 27% na rural. Há uma grande variação da taxa de fecundidade em função da escolaridade. Assim, para mulheres sem qualquer escolaridade esta taxa chega a 5,0, enquanto para mulheres com mais de 12 anos de estudo a taxa é de 1,5 (BEMFAM, DHS, 1996). Diante da constatação dessa tendência ao envelhecimento populacional, defende-se também a criação de políticas públicas para evitar a exclusão social da terceira idade.

## 11. Mortalidade materna: (RedeSaúde, 2000)

Segundo dados oficiais, a taxa de óbitos maternos no país seria de 51.6/100.000 nascidos vivos (MS, 1998), não tendo havido declínio significativo desta taxa desde 1985. No entanto, sabe-se que esta é uma das ocorrências em saúde mais subnotificadas no país.

Visando atenuar esta distorção e buscar uma estimativa do óbito materno mais próxima da realidade, tem sido proposta a utilização de um fator de correção, variável de acordo com a região (RedeSaúde, 2000). Aplicando-se este fator à taxa informada oficialmente, chega-se a um coeficiente próximo de 110 mortes maternas por cem mil nascidos vivos, taxa com a qual os pesquisadores e mesmo planejadores em saúde têm preferido trabalhar.

A distribuição do óbito materno não é homogênea no país, sendo mais alta na região Norte, e mais baixa na região Sudeste. O aborto é a terceira causa de óbito materno no país como um todo.

Estudo realizado em 15 municípios do país aponta a eclampsia, as síndromes hemorrágicas e a cardiopatia como as principais causas de óbitos maternos nos municípios considerados.

## 12. Morbidade materna:

No mês de outubro/2000, das 169.646 internações ocorridas em hospitais do Sistema Único de Saúde por razões maternas, 101.356 foram para partos, e 15.975 foram em decorrência de aborto (Datasus, 2000). As demais causas de morbidade materna apontam principalmente para falhas na qualidade da assistência pré-natal.

### 13. Estimativa do total de abortos provocados no país:

Segundo o Alan Gutmacher Institute, em 1994 teriam ocorrido 1.400.000 abortos clandestinos no país. Correa e Freitas (1997), estimam a ocorrência de 728.100 abortos provocados no país para o ano de 1996.

Oficialmente, o aborto figura como a quinta causa de internação hospitalar de mulheres no Sistema Único de Saúde, contribuindo com 9% dos óbitos maternos e com 25% dos casos de esterilidade por causa tubária.

Outros estudos apontam a ocorrência de 37,5 abortos para cada 1000 mulheres ou 31,0 para 100 gravidezes (Costa, 1998).

Vale ressaltar a implantação pelo país de serviços que realizam abortos nos casos previstos por lei. Embora o número ainda reduzido destes serviços (cerca de trinta e cinco em todo o território nacional, com estruturas variadas e diferentes graus de implantação), não permita que haja um impacto quantitativo na magnitude do problema do aborto inseguro no país, a importância política e sanitária destas iniciativas têm sido incontestáveis.

### 14. HIV / AIDS no Brasil:

População estimada de portadores do HIV entre 15 e 49 anos: 530.000 (Fonte: CN DST/AIDS, boletim epidemiológico), com uma taxa total de incidência de 13,7 por 100.000 habitantes em 1998)

A epidemia de AIDS não se distribui de forma homogênea no Brasil. A maior concentração de casos ocorre na região Sudeste, e tem sido observado um deslocamento da epidemia dos grandes centros para cidades de pequeno e médio porte, sendo que 60% dos municípios brasileiros já tem (ACENTO) notificados ao menos 01 caso de AIDS.

O crescimento da epidemia é distinto nas diferentes regiões do país. Assim, embora a região Sudeste apresente o maior número de casos, existe hoje, nesta região, uma tendência à estabilização, com menor ritmo de crescimento. Entretanto, na região sul e Centro Oeste, a epidemia continua tendo um crescimento acelerado, parcialmente relacionado ao uso de drogas endovenosas.

Existe também uma marcada tendência à heterossexualização da epidemia, que faz com que a razão homem/mulher hoje seja da ordem de 2/1, havendo regiões onde esta razão já é 1/1. A feminização da epidemia traz como consequência o aumento de casos de transmissão vertical do HIV.

Desde o início da epidemia o grupo populacional mais atingido está concentrado na faixa de 20/39 anos, o que significa 70% do total de casos.

Desde o início da epidemia também tem havido um deslocamento para faixas de menor escolaridade. Para o período de 1999/2000, 74% dos casos onde se tem registro de escolaridade envolvem pessoas com até oito anos de estudo.

No caso dos povos indígenas, infelizmente, já começam a surgir confirmações de casos de AIDS nas comunidades. Por exemplo, recentemente, foi detectado o primeiro caso de AIDS entre o povo Xikrin do Cateté, cujas terras tradicionais estão localizadas no estado do Pará. Por conta desses registros, têm-se intensificado campanhas de prevenção e disseminação de informações sobre a doença, como a que foi realizada entre os índios Ticuna, no estado do Amazonas.

### 15. Saúde sexual e reprodutiva de jovens:

O grupo de pessoas entre 10 e 19 anos é o mais numeroso no país. Conhecer o perfil dos jovens é, portanto, da maior importância, no sentido de se planejar sua inserção no mercado de trabalho e sistema educacional, e ainda em relação ao acesso aos serviços de saúde, particularmente nos aspectos de saúde sexual e reprodutiva.

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BEMFAM, 1996), de cada 1000 mulheres entre 15 e 19 anos, 86 já tiveram algum filho, e 18% já estiveram grávidas ao menos 01 vez. Desagregando estes dados por região geográfica, tem-se que na área rural a média de mães jovens é de 122 por 1000, e na área urbana de 78 por 1000.

Em 1996, do total de partos realizados nas maternidades do sistema público de saúde, 25.8% ocorreram em menores de 19 anos, sendo 1.16% em menores de 14 anos.

A região Norte apresenta o maior percentual de partos em mulheres jovens no país.

Tomando em conta a escolaridade, tem-se que 54% das adolescentes sem escolaridade já haviam ficado grávidas, em contraposição ao percentual de 6.4% de adolescentes grávidas com mais de nove anos de estudo.

## 16. Idade do início das relações sexuais: (PNDS, Bemfam, 1996).

	Menos 15 anos	15-19 anos	Mediana
Mulheres	23%	68%	16,4%
Homens	44%	51%	15,3%

Para cerca de metade das jovens o início da vida sexual se dá fora do contexto de casamento. Para os homens, a iniciação sexual pré marital atinge um percentual próximo a 100%. Quase a totalidade das mulheres inicia sua vida sexual com noivo ou namorado, o que acontece com apenas 32% dos homens. 5% dos homens reporta sua iniciação sexual com profissionais do sexo, e 1% das mulheres refere ter sido estuprada. Este percentual sobe a 4% se for considerada apenas a faixa etária de 10 a 15 anos.

As mulheres das áreas urbanas e de menor escolaridade tendem a ter uma frequência (**COM TREMA**) maior de atividade sexual pré-marital.

O percentual médio de uso de contraceptivos na primeira relação sexual é de 33%, variando em função da idade: Quanto mais tardio é o início da vida sexual, maior é o uso de contraceptivos. Para as mulheres, o uso de anticoncepção na primeira relação sexual também está associado ao seu grau de instrução.

O *condom* (camisinha) aparece como o método mais usado na primeira relação sexual, tendo um percentual de uso, nesta circunstância, entre solteiros, de 49.0% para mulheres e 76.6% para homens (DHS, 1996).

## 17. Violência sexual contra mulheres:

No Brasil, acredita-se que a maior parte das mulheres não registre queixas de violência sexual, por constrangimento ou medo, especialmente quando esta ocorre no âmbito doméstico ou intrafamiliar. Desde a CIPD (1994) tem-se intensificado as iniciativas destinadas a dar mais visibilidade à violência contra as mulheres, visando facilitar a denúncia e a conseqüente busca de ajuda. Dentre estas, vale apontar as campanhas: "Sem as Mulheres os Direitos não são Humanos" (PNDH, CNDM, CLADEM, 1998); "Uma Vida Sem Violência é um Direito Nosso" (SEDH e ONGs, 1998); "Nem mais um minuto: Quebrems o silêncio" (CNDM, 2000) e a criação de fóruns de discussão de redes de atenção a crianças, adolescentes e mulheres vítimas de

violência (SP, RJ, GO e outras cidades). Agora, pela primeira vez o público masculino é alvo central da campanha de combate à violência contra a mulher, promovida anualmente pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), do Ministério da Justiça. Lançada em 22 de novembro de 2001, a nova campanha do Dia Internacional da Não Violência contra a Mulher – 25 de novembro – tem o tema “*Violência Sexual. Pare com esse crime se você for homem*”.

De acordo com pesquisa realizada pelo CNDM junto às Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres (DEAMs), 4.697 queixas de estupro foram apresentadas, em 1999, às 254 delegacias que participaram da pesquisa. Esse tipo de crime contra os costumes foi o mais registrado naquele ano, seguido de ato obsceno (1.344 denúncias) e tentativa de estupro (1.242 denúncias). Do total de 326.793 queixas registradas nas DEAMs, em 1999, a maioria (34,8%) é referente à lesão corporal: 113.713 queixas. O Brasil conta hoje com 307 DEAMs, a maioria (125) localizada no Estado de São Paulo.

O objetivo da campanha, segundo a atual presidente do CNDM é despertar o homem para sua responsabilidade diante da agressão sexual contra a mulher. O brasileiro autor da violência sexual contra a mulher não tem perfil específico. O agressor provém de todas classes sociais e tem diferentes idades, níveis de escolaridade e estado civil.

A campanha conta com 40 *outdoors*, 50 mil cartazes e *folders*, além de um filme de TV de 30 segundos, um *spot* de rádio e anúncios em jornais e revistas. Os profissionais de saúde também são alvo da campanha. A meta é humanizar o atendimento prestado, em hospitais e postos médicos, às mulheres vítimas de violência sexual. Os profissionais de saúde são orientados a incentivar as mulheres a denunciar o agressor. O CNDM pretende aumentar o número de denúncias, principalmente a partir deste ano, que foi definido pelo conselho como Ano de Combate à Violência Sexual. Os três anúncios da campanha, sempre flagrando o criminoso e seu cotidiano, estão sendo veiculados em alguns dos principais jornais e revistas brasileiros.

Registre-se também o esforço de alguns departamentos de universidades (USP, PUC, FIOCRUZ, UNB e outras) na realização de estudos e pesquisas voltados para uma melhor quantificação e qualificação da violência contra as mulheres a partir de intervenções nos serviços de saúde, de formulação de estratégias de suporte às vítimas e ainda da publicização de seus dados.

Em São Paulo, o estupro significa 60% das queixas apresentadas no Instituto Médico Legal. Segundo a Associação Brasileira para a Infância e Adolescência (1997), o atentado violento ao pudor constitui 70% dos crimes sexuais contra crianças e adolescentes. Estudo realizado em um serviço de atendimento às vítimas de violência na cidade de São Paulo mostra que o perfil do agressor é diferente em função das faixas etárias. Com crianças, a violência sexual em geral tem como agressor o pai, padrasto, ou algum parente próximo e costuma ocorrer na residência da vítima ou do agressor. Para adolescentes e mulheres adultas, o agressor tende a ser um desconhecido, tendendo a ocorrer na rua. (Drezzett, 2000). Estudo realizado no Estado do Rio Grande do Norte, na região Nordeste, a partir dos boletins de ocorrência encaminhados à Delegacia Especializada da Mulher ao longo de dez anos (1986-1996) mostra que os crimes sexuais representaram, em 1996, 3,2% do total das queixas, sendo o estupro o delito mais frequente (Grossi e Teixeira, 2000).

## **18. A educação no Brasil:**

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (1998, CD ROM) a taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos atinge o percentual de 13,8%, sendo distribuído desigualmente entre os distintos segmentos étnicos, conforme se vê a seguir:

Branços, 8.4%; Pretos, 21.6%; Pardos 20.7%. Considerando o total da população entre 11 e 30 anos de idade, os brancos apresentam uma taxa de alfabetização de 97%, enquanto os não brancos tem (**ACENTO**) esta taxa em torno de 90,3% (IPEA, 2000).

A desigualdade entre brancos e negros (pretos e pardos) relativa à educação se expressa também quando se olha a média de anos de estudo, que para os brancos é de 7,2, sendo de 5,0 para os negros, e reflete-se nos níveis superiores de educação: Os negros representam apenas 2.2% dos formandos nas Universidades federais brasileiras, embora representem 5.4 % da população (FSP, 14/01/01).

Considerando o local de moradia, existe diferença entre mulheres das áreas rurais e urbanas: nas áreas rurais mais da metade das mulheres tem menos de quatro anos de estudo, ao passo que nas áreas urbanas cerca de 80% das mulheres tem mais de cinco anos de estudo (Bemfam, DHS, 1996).

Os jovens do sexo masculino apresentam, em média, um nível de escolaridade mais baixo que as mulheres. Considerando o conjunto da população, temos uma taxa de alfabetização de 92.1% para homens entre 11 e 30 anos, contra 95.4% para mulheres na mesma faixa etária.

Quanto aos índios, a Constituição brasileira lhes assegura o ensino em suas línguas maternas. O Ministério da Educação tem apoiado diversas iniciativas para a formação qualificada de professores indígenas, tendo inclusive fixado parâmetros curriculares específicos para as escolas indígenas, visando uma educação bilíngüe. No estado do Mato Grosso, em 2001, foi aberto o primeiro curso de 3º grau para a formação de professores indígenas – o que está sendo chamado de primeiro projeto de universidade indígena. O estado do Amazonas está desenvolvendo iniciativa semelhante.

## **19. Cobertura de algumas ações em saúde da mulher implementadas pelo Ministério da Saúde: (MS, 1998)**

A partir da formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, tem havido um grande esforço visando ampliar a cobertura das ações básicas em saúde da mulher, como anticoncepção, assistência pré-natal e assistência ao parto.

Segundo a PNDS (1996), 85,7% das mulheres que tiveram filhos no período de 1990 até 1995 realizaram alguma consulta de pré-natal antes do parto, e a metade das mulheres realizou mais de 06 consultas.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 1997 um percentual de 96.84% das parturientes teve seus partos em hospital (MS,2000). (**OU TIVERAM?**)

É também alta a cobertura da anticoncepção: 55.4% das mulheres entre 15 e 49 anos usam regularmente algum contraceptivo, percentual que se eleva para 76% entre mulheres unidas. Estes percentuais incluem a esterilização voluntária feminina, prática amplamente disseminada no Brasil e que representa quase a metade da prática anticonceptiva entre mulheres unidas no país (DHS, 1996). Frise-se que a lei federal que regulamentou o planejamento familiar e disciplinou os casos em que a esterilização constitui crime, no Brasil, é de 1996, e somente em 1997 foram derrubados os vetos que disciplinavam os casos de esterilização voluntária previsto nessa mesma legislação.

Tem havido um aumento sistemático e consistente do uso do *condom*, provavelmente relacionado às campanhas de prevenção do HIV, e ainda a sua disponibilização gratuita pelo governo através de serviços públicos de saúde e organizações não-governamentais.

No que diz respeito à prevenção dos cânceres femininos, no entanto, o quadro é bem desanimador: a cobertura de exames de **Papanicolaou** atinge 8 a 10% das mulheres acima de 20 anos, e o número de mamografias realizado a cada ano não atinge nem este percentual da população-alvo (Mamografias realizadas em 1997: 809.745. MS, 2000)

## B. Contexto político e atores

### 1. Principais atores na implementação de ações de saúde e direitos reprodutivos são:

- ▼ Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM, Ministério da Saúde) - comprometida com a implementação das propostas da CIPD.
- ▼ Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos - RedeSaúde - no âmbito da sociedade civil, articula ONGs feministas e do movimento de mulheres, acadêmicas e profissionais de saúde comprometidas com a saúde e os direitos reprodutivos das mulheres e, ainda, feministas independentes. Tem atuado na implementação das políticas públicas e na produção de conhecimentos e serviços no âmbito da saúde e direitos reprodutivos através de parcerias com setores governamentais, não-governamentais e academia. A RedeSaúde também atua como instância de controle social e de monitoramento do cumprimento dos acordos estabelecidos nas Conferências de Cairo e de Beijing.
- ▼ CNPD (Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, Ministério do Planejamento) - tem sua agenda de trabalho comprometida com a implementação e monitoramento da CIPD, além de articular diferentes setores governamentais e não-governamentais, em âmbito Nacional e Internacional, visando seguir as recomendações da Conferência e ainda propor ações e políticas no âmbito de População e Desenvolvimento.
- ▼ CNDM - (Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Ministério da Justiça) - depois de um período de reduzida atuação em função de mudanças políticas e estruturais, volta a ter um maior protagonismo na luta pelos direitos das mulheres, a partir da reestruturação ocorrida em 1999, conquistada através de pressão do movimento de mulheres. A ênfase atual do trabalho do CNDM tem sido a implantação da Plataforma de Ação de Beijing, através do esforço de articulação entre diversos setores governamentais e o movimento de mulheres.
- ▼ CN DST/AIDS (Coordenação Nacional de DST/AIDS, Ministério da Saúde) – comprometida com a perspectiva da integralidade em saúde, através de ação de prevenção e assistência, da capacitação de profissionais para o desempenho destas ações na perspectiva da saúde e dos direitos reprodutivos, e ainda pelo suporte à várias organizações não-governamentais.
- ▼ PROSAD (Programa da Saúde do Adolescente, Ministério da Saúde) – atua numa perspectiva de promoção de saúde, buscando a integralidade das ações num enfoque preventivo e educativo com ações de caráter multiprofissional, intersetorial e interinstitucional.
- ▼ FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) – alguns segmentos desta instituição tem **(COM ACENTO CIRCUNFLEXO)** se mostrado um importante aliado das feministas e de áreas técnicas do governo na defesa do direito ao aborto nos casos permitidos por lei, e na disseminação da contracepção pelo país, na perspectiva do aumento do leque de opções contraceptivas disponíveis para as mulheres.
- ▼ Atuando na contramão dos atores apontados acima, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) - articula diferentes setores ligados à igreja e ainda parlamentares e técnicos católicos ou cristãos em ações contrárias aos direitos sexuais e reprodutivos, como aborto, distribuição de preservativos e abordagem favorável ao exercício da sexualidade por jovens.
- ▼ Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) - articulam, no âmbito do Ministério da Saúde, a prestação do serviço de saúde em geral para os povos indígenas em todo o país. A coordenação executiva desse serviço fica a cargo da Diretoria de Operações da Fundação

Nacional de Saúde (FUNASA), que, por sua vez, atua por meio de convênios celebrados com órgãos públicos em nível estadual e municipal, além de organizações da sociedade civil e, muitas vezes, as próprias organizações indígenas. No entanto, não existe ainda, no âmbito dos distritos, um tratamento minimamente uniforme dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres indígenas, o que, em parte, se explica pela recente formação do sistema distrital, mas também pela enorme complexidade de abordar este tema em razão da diversidade cultural existente.

## 2. Natureza das intervenções e correlações de forças:

O discurso oficial do governo explicita apoio às demandas das mulheres, tomando iniciativas que buscam, ao menos no plano formal, seguir as recomendações das Conferências Internacionais de Cairo e Beijing. Ao mesmo tempo, a política econômica do governo, ao não resolver problemas estruturais como a pobreza e a desigualdade e não desenvolver propostas mais efetivas de combate ao desemprego e à violência não possibilita a real efetivação das políticas de empoderamento das mulheres.

Dentre os atores citados, apenas a RedeSaúde tem buscado manter com os setores governamentais uma postura tanto de diálogo e formulação de propostas para a implantação de políticas voltadas para as mulheres quanto de crítica ao modo ambíguo, e algumas vezes superficial, pelo qual o governo tem tratado estas questões. Os atores ligados ao governo mantém (**mant<sup>em</sup>**) um total apoio à perspectiva hegemônica, que prioriza a formulação dos planos nos gabinetes e sua divulgação na mídia nacional e internacional, em detrimento de esforços de integração intersetorial buscando a concretização e efetividade dos planos formulados. A CNBB mantém um poderoso *lobby* no Congresso Nacional, na mídia e junto a setores da sociedade civil, especialmente no que se refere à condenação do aborto em qualquer circunstância. A FEBRASGO mantém uma posição eminentemente técnica, que nem sempre coincide com as posições feministas ou com a postura do governo, particularmente no que diz respeito à disseminação de contraceptivos hormonais de longa duração, às normas para esterilização feminina e à proposta de ampliação de casas de parto no Sistema Único de Saúde. No caso das mulheres indígenas, só a partir da metade dos anos 90 é que elas iniciam um processo de organização para a defesa dos seus direitos e interesses. Surgem então diversas organizações de mulheres indígenas, principalmente na Amazônia brasileira. Este processo teve o seu ápice no ano de 2001, com a realização do Encontro de Mulheres Indígenas no Acre, que, dentre outras coisas, traçou um roteiro de reivindicações do movimento de mulheres, as quais incluem fortemente a questão dos direitos sexuais e reprodutivos.

## 3. Opções políticas hegemônicas:

No que se refere à saúde reprodutiva, as opções políticas hegemônicas, hoje, são as estratégias de acesso e qualidade na assistência ao ciclo gravídico puerperal, com enfoque na redução do óbito materno, a prevenção das DST/AIDS e ainda a violência contra as mulheres. As opções excluídas, na esfera governamental, são as relativas à descriminalização do aborto e à implementação efetiva de uma perspectiva de integralidade nas ações desenvolvidas em saúde da mulher. As opções políticas emergentes, nas esferas governamental e na não-governamental, são as discussões sobre direitos, ética e sexualidade no âmbito das práticas de saúde, traduzidas nas iniciativas para o exercício cada vez maior do controle social, nas propostas voltadas para humanização no atendimento à saúde e na postura explícita de respeito à diversidade sexual. Vale ressaltar que apenas alguns setores governamentais apresentam os discursos aqui considerados “emergentes”, a ênfase até o momento tem sido mais retórica do



que pragmática, representando uma exceção as iniciativas buscando o respeito à diversidade sexual que encontram na Coordenação Nacional de DST/AIDS um efetivo suporte. Vale assinalar o esforço voltado para a explicitação das diferenças e desigualdades étnicas e seus impactos sobre a saúde, concretizado na emissão de um decreto voltado para a padronização das informações sobre raça e cor da população e inclusão desta informação em alguns documentos como certidão de nascimento, de casamento e de óbito, boletins de ocorrência policial, prontuários médicos e guias de internações hospitalares, e também a elaboração do Programa de Anemia Falciforme. É ainda uma opção governamental a política de parcerias com os diferentes setores da sociedade civil.

### **C. Contexto econômico** (cf Observatório da Cidadania, 1998 e 2000)

Em 1995 foi lançado o Plano Real, buscando o fim da inflação. Este plano teve como bases a eliminação de barreiras ao comércio internacional e o aumento do valor da moeda brasileira, o que trouxe como consequência a desarticulação de alguns ramos importantes da indústria nacional.

Assim, já em 1997 se observava o aumento do desemprego, acompanhado da redução da renda dos trabalhadores, o que teve um impacto negativo nas condições de vida e na qualidade dos serviços públicos em geral. A privatização de empresas estatais é outro fator que tem contribuído para o desemprego no país.

Vale ressaltar, também, que o percentual do orçamento da União destinado a áreas sociais tem sido significativamente reduzido.

Em 1994, o Governo Federal lançou o Programa “Brasil em Ação”, composto do Programas de Direitos Humanos – voltado prioritariamente para a violência; um conjunto de programas voltados para a melhoria da educação básica e combate ao analfabetismo; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando o aumento da cobertura das ações básicas em saúde e, ainda, quatro subprogramas voltados para a questão de emprego e renda nas populações mais desassistidas. Uma das críticas feitas a estes programas baseia-se no fato de que a inversão de recursos públicos em ações básicas não tem sido acompanhada de uma inversão semelhante em ações de maior complexidade, que por hipótese também serão demandadas. De fato, observando os setores de educação e de saúde, verifica-se a redução de investimentos em ações secundárias ou terciárias, com um expressivo aumento da participação do setor privado. Outra crítica colocada a estes programas é a focalização. Ao contrário de um processo de priorização, voltado a atender um conjunto amplo de problemas e populações, embora com níveis de investimentos diferenciados, definidos localmente e de modo dinâmico e flexível, o modelo de focalização que estrutura estes programas não respeita as diversidades locais, além de ser excludente em relação a parcelas da população, infringindo o princípio constitucional de universalidade no acesso à saúde.

Assim, é possível que este conjunto de programas governamentais, formulados a pretexto de promover a equidade, na prática, aumentem a desigualdade social, processo que tem ocorrido no país de modo regular e consistente ao longo das últimas décadas.

Tem havido uma clara diretriz governamental no sentido da descentralização e do controle social através da participação da sociedade civil em conselhos. Embora este seja ainda um processo em construção, existe a suspeita de que sua potencialidade democrática seja fortemente comprometida se esta diretriz política não for acompanhada de uma proposta econômica efetiva de redução da desigualdade e da pobreza.

Um exemplo claro desta dissonância entre propostas políticas e econômicas, e seu impacto na saúde da população, é a questão do saneamento básico.

Não tendo havido investimentos significativos em ações de saneamento nos últimos anos e, dado o crescimento da população, tem aumentado o número de pessoas que não têm acesso à água de boa qualidade ou a uma adequada destinação de dejetos. Assim, em 1996, somente 67% da população brasileira tinham acesso à água potável e serviços sanitários.

Ao mesmo tempo, 60% dos domicílios com renda inferior a um salário mínimo e sem acesso a serviços de saneamento básico são chefiados por mulheres. Neste contexto evidente de "*feminização da pobreza*", é necessário considerar que a implementação de políticas setoriais de saúde e direitos reprodutivos terá seu alcance limitado se não for acompanhada de uma política efetiva de melhor distribuição de renda e redução das desigualdades sociais de gênero. É necessário ainda lembrar que as mulheres têm sido duramente atingidas pelo desemprego, que atinge hoje uma taxa de 11.4, em contraposição à taxa de desemprego de 7.1 exibida pela população masculina (IPEA, 2000).

#### D. Processos de reforma setorial

O país vem passando por uma mudança no modelo de atenção à saúde, bem como no modo de financiamento das ações básicas de saúde, o que seguramente trará impactos sobre as ações de saúde sexual e reprodutiva. Assim, é compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde implantar o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 80% dos municípios brasileiros até o final de 2002. Para tanto, é oferecido ao município um repasse financeiro suplementar para pagamento dos recursos humanos envolvidos no Programa. O PSF tem como metas reduzir a mortalidade infantil, aumentar a cobertura vacinal, reduzir a mortalidade materna e a morbimortalidade relacionada à hipertensão e ao diabetes. Para tanto, é instituído um programa de visitas domiciliares mensais feitas pelo agente a um conjunto de famílias previamente estabelecido, em que são dadas as orientações necessárias para o controle destes agravos e agendada consulta com médico ou enfermeira em caso de necessidade. A orientação para o uso de contraceptivos, para a realização de exames para a prevenção do câncer de colo uterino e de mama e para o uso de preservativos visando a prevenção das DST/AIDS podem ser incluídas no rol de atividades realizadas pelo agente de saúde, já havendo gestões entre a Área Técnica de Saúde da Mulher, a Coordenação Nacional de DST/AIDS e a coordenação do PACS/PSF visando incluir estes temas nos módulos de capacitação dos agentes de saúde.

A proposta de priorizar a implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde no país não é consensual entre os movimentos organizados que atuam no campo da saúde, entre as feministas e mesmo entre os trabalhadores organizados da saúde. As críticas à proposta alegam caráter eleitoreiro e populista do PSF, sua focalização em alguns grupos, que fere os princípios universalistas da atenção à saúde previstos na constituição brasileira e, ainda, vocação do PSF em cumprir determinação do FMI de oferecer uma "cesta básica de saúde" para os pobres.

Ao mesmo tempo, o modelo atual de financiamento das ações básicas de saúde em âmbito municipal prevê o repasse anual de R\$ 10,00 por habitante, a serem utilizadas com autonomia pelo gestor municipal. Isto significa que a compra dos insumos necessários à concretização das ações de saúde reprodutiva depende dos interesses e critérios locais de priorização.

Dado que é exigida a existência de um conselho municipal de saúde, formado por usuários e gestores, para que o município se habilite a receber este repasse, pretende-se que o próprio movimento organizado de mulheres se faça representar nestes conselhos de modo a garantir a adequada priorização para as ações de saúde reprodutiva, em consonância com as diretrizes do

PAISM. No entanto, isto ainda é uma aposta, que seguramente não terá um mesmo êxito em todos os aproximadamente 5500 municípios do país.

## E. Desenvolvimento dos direitos sexuais e reprodutivos:

Desde 1983 o Brasil conta com uma proposta de atenção integral à saúde das mulheres, o PAISM, que compreende o acesso a serviços, insumos e informações de qualidade que atendam às necessidades de saúde das mulheres em todas as suas fases de vida.

A Área Técnica da Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, responsável por implementar o PAISM, é hoje considerada uma área prioritária no Ministério da Saúde.

No entanto, como vimos anteriormente, os indicadores de saúde das mulheres no Brasil ainda expressam uma situação distante do discurso oficial que situa o Brasil como um país de primeiro mundo.

Por exemplo, estima-se que 98% dos óbitos maternos que ocorrem no Brasil são evitáveis. A criação de “comitês de morte materna”, locais, estaduais e municipais, que se iniciou na década de 80, até o momento não se constituiu numa estratégia efetiva de redução dos óbitos maternos. Dos quase 30 comitês estaduais – oficial e formalmente criados - apenas 16 estão em funcionamento, na prática. Assim, o compromisso brasileiro firmado na 23ª Conferência Sanitária Panamericana, e reafirmado nas Conferências de Cairo e de Beijing, de reduzir a mortalidade materna em 50% até o ano 2000, não foi cumprido, em que pese um conjunto de medidas estratégicas com esta finalidade que a Área Técnica de Saúde da Mulher vem adotando desde 1998, como incentivos ao parto normal e ampliação do acesso e qualidade da assistência pré-natal.

Outra ação desenvolvida pela Área Técnica de Saúde da Mulher que também não alcançou o resultado esperado foi a Campanha de Prevenção do Câncer do Colo Uterino, realizada em 1998. Definindo como população prioritária as mulheres entre 35 e 49 anos que nunca haviam feito exame de **Papanicolau**, e através de um grande esforço de divulgação na mídia e nos serviços de saúde, a campanha logrou atingir 3.263.000 mulheres em seis semanas, das quais 53.900 tinham câncer.

A falta de um planejamento adequado das referências para tratamento dos casos positivos fez com que nem todas as mulheres diagnosticadas fossem tratadas de imediato. No entanto, a principal crítica feita a esta iniciativa é que o formato que a mesma assumiu- de campanha- não contribuiu para educar a população e os serviços, no sentido de incorporar a realização do exame de **Papanicolau** em um periodicidade adequada. A cobertura destes exames em nível nacional segue sendo baixíssima, e provavelmente está superestimada, dado o fato de que muitas mulheres fazem desnecessariamente controles semestrais, o que aumenta a contagem de exames realizados sem que isso corresponda a um igual número de mulheres.

No que diz respeito à anticoncepção, uma das primeiras ações da atual coordenação da ATSM foi a regulamentação da esterilização voluntária, procedimento que até 1998 não era admitido no SUS, embora fosse amplamente disseminado no país. Em consonância com a lei do planejamento familiar, já referida, o objetivo de tal regulamentação era coibir abusos (como pagamento “por fora”, troca por votos e outros) e garantir a informação e os insumos contraceptivos necessários para que a escolha da mulher pela esterilização não fosse uma contingência pela falta de alternativas. Embora esta regulamentação tenha sido feita em 1999, sua implementação ainda deixa a desejar, seja pela carência de métodos nos serviços e de ações educativas, pela resistência dos profissionais em abrir mão de uma prática altamente lucrativa ou mesmo pelo desconhecimento dos técnicos e das mulheres a respeito da regulamentação.

Por último, vale ressaltar que a ATSM, ao incluir o item sobre interrupção da gravidez na “Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” e na “Norma Técnica de Atenção à Gestação de Alto Risco” assume, enquanto órgão de governo, uma posição clara de olhar o aborto pelo âmbito da saúde pública, contribuindo de forma inquestionável para o debate em torno do direito das mulheres à interrupção de uma gravidez não desejada.

Ainda em relação ao direito ao aborto, deve ser assinalada a importante e bem sucedida articulação entre feministas, sindicalistas e profissionais de saúde que conseguiram aprovar na Conferência Nacional de Saúde, instância máxima do Sistema Nacional de Saúde, uma moção de apoio à realização do aborto previsto por lei, direito constantemente ameaçado por projetos apresentados por parlamentares ligados à CNBB que pretendem suprimir todo e qualquer direito à interrupção da gravidez.

Do ponto de vista legislativo, não há dúvida de que houve alguns avanços, embora insuficientes, entretanto, não foram acompanhados de ações concretas e efetivas de continuidade e de investimentos reais em políticas públicas integradas, com o fim de garantir às mulheres brasileiras o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, na perspectiva da integralidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos – civis e políticos, econômicos, sociais e culturais.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na conquista legal desses direitos, contudo, não foi acompanhada da necessária, efetiva e adequada regulamentação infraconstitucional, ao longo dos 5 anos do universo temporal desse diagnóstico (1995-2000). Não foram também produzidas adequações na legislação nacional decorrentes dos compromissos politicamente firmados pelo governo brasileiro nas mais relevantes Conferências Internacionais das Nações Unidas e, tampouco, dos legalmente assumidos por força da ratificação, pelo Brasil, mormente na década de 90, de tratados internacionais de direitos humanos, em especial das mulheres, ressaltando-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - *Convenção de Belém do Pará*, aprovada pela OEA - Organização dos Estados Americanos em 1994 e ratificada pelo Brasil em 1995.

Na verdade, podemos ousar dizer que ainda são poucas as leis e regulamentações que, no plano infraconstitucional, efetivamente disciplinam o tema dos direitos sexuais e reprodutivos, o qual ainda é incipiente no país, apesar de todos os esforços no campo legislativo e executivo em todos os níveis. Certo está também que, em termos de normas jurídicas internacionais, ainda carecemos de uma maior inserção dos direitos sexuais e reprodutivos<sup>11</sup>, mas vale lembrar que, no âmbito interno, nem mesmo o tema da violência contra a mulher, em especial a doméstica, encontra-se específica e adequadamente regulamentada.

Apesar dos avanços, os constituintes brasileiros não se valeram das expressões “direitos sexuais e reprodutivos” ou quaisquer outras semelhantes, não tratando dessa problemática específica no capítulo referente à saúde. Nossa Constituição versa sobre o tema com a denominação mais tradicional de “planejamento familiar”, no capítulo dedicado à família, criança, adolescente e idoso. Avança, entretanto, no que se refere à “assistência à maternidade”. A maioria das legislações infraconstitucionais, de âmbito federal, estadual ou municipal analisadas no período 1995-2000 também não trabalham, em termos de linguagem e concepção, com o “exercício da sexualidade”. Somente alguns Estados consagram de forma manifesta, em seus respectivos textos constitucionais, o princípio da relevante função social da maternidade e da paternidade, com ênfase, por suposto, na reprodução humana.

---

<sup>11</sup> Nesse sentido, ganha, ainda, maior relevância a presente publicação, no marco da *Campanha por uma Convenção Interamericana sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*, impulsionada inicialmente por CLADEM, e que já conta com a adesão de diversas organizações e redes – nacionais, regionais e globais – de defesa dos direitos humanos das mulheres. É uma campanha de todas nós.

A Lei de Planejamento Familiar<sup>12</sup>, de 1996, talvez seja a legislação federal mais importante surgida nesse período, a qual, em nosso entender, é aquela que, ainda hoje, identifica a concepção mais aceita e difundida em nosso ordenamento jurídico - com todas as suas potencialidades e limitações -, no que se refere ao tema dos direitos sexuais e reprodutivos. As Constituições Estaduais, em geral, reproduzem o texto da Constituição Federal, poucas vezes avançando ao dar conteúdos mais significativos e concretos a essa temática. Não há dúvida, também, que alguns Estados contêm uma produção legiferante maior e/ou mais avançada do que outros em relação aos direitos sexuais e reprodutivos.

Podemos citar, de maneira geral, algumas iniciativas relevantes que têm sido tomadas para se lograr a normatização de temas afetos aos direitos sexuais e reprodutivos, no período pesquisado:

- ▼ tipificação do crime de tortura,<sup>13</sup> no âmbito nacional, o qual pode ter implicações quanto à violência sexual contra as mulheres;
- ▼ inclusão da educação sexual nos currículos escolares, inclusive no que se refere à não-discriminação por razão de orientação sexual;
- ▼ regulamentação do planejamento familiar na legislação infraconstitucional, conforme já mencionado;
- ▼ regulamentação, através de lei federal<sup>14</sup>, do dispositivo constitucional que reconhece a união estável como entidade familiar;
- ▼ esforço do Executivo federal e, em alguns casos, estadual e municipal, em regulamentar procedimentos de atendimento para mulheres que sofrem violência sexual, incluindo-se os serviços de aborto legal;
- ▼ proibição, em todo país, de exigência de atestados de gravidez e esterilização, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho<sup>15</sup>;
- ▼ inserção de regras sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho nas leis trabalhistas, de âmbito federal;
- ▼ crescente relevância do tema da paternidade responsável na legislação infraconstitucional, ainda que de forma incipiente;
- ▼ projetos de lei federais referentes à reprodução assistida; Projeto do Novo Código Civil, recentemente aprovado, e Anteprojeto de Reforma da Parte Especial do Código Penal brasileiro;
- ▼ tipificação da conduta de submeter criança ou adolescente à prostituição ou à exploração sexual, como crime;
- ▼ leis federais e estaduais referentes aos portadores de HIV/AIDS;
- ▼ aprovação da lei federal 9.099/95, que instaurou os juizados especiais civis e criminais, estes últimos destinados aos delitos de menor potencial ofensivo, alcançando – na prática, de forma polêmica e, em nosso entender, também inadequada – os crimes de ameaça e lesão corporal praticados contra a mulher no âmbito doméstico-familiar;
- ▼ instalação dos comitês de morte materna;
- ▼ regulamentação dos direitos das presas a estabelecimentos adequados para amamentação de seus filhos, e a recente conquista da visita íntima para as presas no Estado de São Paulo;

---

<sup>12</sup> Lei federal Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

<sup>13</sup> Lei federal Nº 9.455, de 7 de abril de 1997. Define os crimes de tortura e dá outras providências.

<sup>14</sup> Lei federal Nº 9.278, de 10 de maio de 1996. Regula o § 3º do art. 226 da Constituição Federal.

<sup>15</sup> Lei federal Nº 9.029, de 13 de abril de 1995. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências.

- ▼ obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (público), nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer<sup>16</sup>;
- ▼ portarias do Ministério da Saúde sobre tratamento de mulheres vítimas de violência sexual e de mulheres com gravidez de alto risco; portaria do Ministério da Educação acerca dos parâmetros curriculares e, por fim,
- ▼ regulamentação, atualização e busca de implementação dos Programas Nacional, Estadual e Municipal de Direitos Humanos, com algum enfoque de gênero.

Todas as medidas mencionadas revelam – com maior ou menor êxito - os esforços do governo executivo e legislativo, bem como da sociedade civil organizada, nos últimos anos, em buscar regulamentar, de uma forma ou de outra, aspectos relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos no país.

Entretanto, o registro das matrizes de nossa legislação nacional demonstram quanto os dispositivos que mais afetam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres referem-se a legislações bem anteriores ao período de 1995-2000.

Vale ressaltar, neste sentido, por exemplo, o instituto do casamento, disciplinado no Código Civil brasileiro, vigente desde 1917 – o qual irá vigorar somente até o final do ano de 2002 – bem como referido em diversos outros diplomas legais, em especial, no Código Penal brasileiro, de 1940. Talvez seja este um dos institutos mais regulamentados pelo ordenamento jurídico brasileiro e que mais afeta – *em geral, de maneira negativa* - o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A forma pela qual o instituto do casamento é disciplinado e referido em diversos dispositivos de nossa legislação civil e penal – ambas oriundas do início do século XX - fere o princípio da igualdade entre os sexos, estabelecido pela Constituição Federal e pelos tratados internacionais de proteção aos direitos humanos das mulheres.

A discriminação de gênero existente no atual Código Civil – frise-se, a vigorar somente até o final do ano de 2002 - ocorre, primordialmente, em relação à mulher casada, ao estabelecer uma condição desigual e discriminatória do papel da mulher na vida conjugal e, conseqüentemente, na sociedade. Inobstante o advento da Constituição Federal, em 1988, ainda não estavam expressamente revogados os artigos do Código Civil que contrariam o princípio da igualdade, tais como aqueles que versam sobre: o domicílio da mulher casada, a deserção de filha desonesta que viva na casa paterna; a chefia masculina da sociedade conjugal; a preponderância paterna no pátrio-poder e a do marido na administração dos bens do casal, inclusive dos particulares da mulher e, ainda, a anulação do casamento pelo homem se este desconhecia o fato de já ter sido a mulher deflorada anteriormente.

É, pois, patente a desigualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres na legislação civil, a qual estabelece a superioridade masculina na relação do casamento e coloca a mulher casada em posição de coadjuvante, inferior e submissa ao homem na prática de atos da vida civil. No mais das vezes, o casamento apresenta-se, na lei civil, como forma de *status* e de manutenção econômica da mulher, configurando-se como o principal papel a ela destinado na sociedade. É, sem dúvida, através do instituto do casamento que o direito brasileiro regulamenta, da forma mais perversa, o corpo da mulher, exercendo inegável controle sobre sua sexualidade e reprodução.

Entretanto, felizmente, após longos 26 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovado pelo Legislativo federal e, em janeiro de 2002, sancionado pelo Presidente da República, o

---

<sup>16</sup> Lei federal Nº 9.797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.

*Projeto do Novo Código Civil brasileiro*, o qual entrará em vigor a partir de 2003 e irá eliminar da legislação nacional os dispositivos discriminatórios de gênero acima referidos. A propósito, cumpre frisar que já foi instalada uma *Comissão Especial* responsável pela propositura de novas alterações no texto da lei do Novo Código Civil, para que sejam incorporadas antes de sua entrada em vigor.

A legislação penal vigente, codificada desde 1940, por sua vez, fere a dignidade da mulher e o princípio da igualdade ao estabelecer, por exemplo, a possibilidade de extinção da punibilidade do réu para os delitos sexuais se este se casa com a vítima, ou ainda, em determinadas circunstâncias, se esta se casa com terceiro. O casamento constitui-se, assim, nesses casos, como forma de reparação ou preservação da honra da mulher que sofreu violência sexual. O Código Penal também exerce controle sobre a sexualidade da mulher ao estabelecer, em diversos de seus dispositivos, a exigência de que a vítima seja *mulher honesta*, para que se configure o crime. Honestidade, aqui, referida sempre à conduta ou comportamento sexual da mulher. Assim, o comportamento sexual da mulher-vítima constitui-se em critério e em condição essencial para se determinar se merece ou não a proteção da lei. Não há na legislação brasileira qualquer exigência semelhante para o homem.

Há um *Anteprojeto de Reforma da Parte Especial do Código Penal*, do Poder Executivo Federal, que ainda, contudo, não foi encaminhado ao Congresso Nacional.

Estes são apenas alguns exemplos da discrepância da normativa infraconstitucional, a qual se mantém em desacordo com os princípios de igualdade e equidade entre homens e mulheres. Contradizendo tanto a lei maior do país, quanto as principais legislações internacionais de proteção aos direitos humanos.

No caso das mulheres indígenas, cabe fazer algumas considerações adicionais. O direito dos povos indígenas no Brasil é tratado basicamente em três textos legais:

▼ O primeiro é o Código Civil de 1916 – em vigor desde 1917 -, que considera índios e índias como indivíduos relativamente incapazes, em razão do que têm os seus atos de vontade tutelados pelo Estado, por intermédio da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). De acordo com o Projeto do Novo Código Civil brasileiro, que estará vigente no país a partir de 2003, o tema da capacidade civil de índios e índias passa a ser estabelecido por legislação especial<sup>17</sup>.

▼ O segundo diploma legal é o Estatuto do Índio, Lei 6.001, de 1973, que disciplina as relações entre os índios e a sociedade envolvente, com ênfase para o exercício da tutela por parte da FUNAI. Esta lei está baseada na concepção de que os povos indígenas são culturalmente inferiores e estariam fadados a evoluir até serem assimilados pela sociedade envolvente, deixando de ser índios. Dessa forma, todos os seus direitos são considerados de natureza transitória, devendo existir enquanto a assimilação não se consuma.

▼ A Constituição de 1988 – o terceiro diploma legal a reger a questão – veio alterar radicalmente as bases jurídicas do relacionamento entre índios e a sociedade nacional. A nova Carta, ao reconhecer aos povos indígenas o respeito a sua organização social, costumes, línguas e tradições, afastou a concepção assimilacionista, fazendo prevalecer o direito à diferença.

Assim sendo, tornou-se imperioso reformar tanto o Código Civil quanto o Estatuto do Índio para adaptá-los aos novos ditames constitucionais. No caso do Código Civil, isso foi alcançado no texto recentemente aprovado no Congresso Nacional, que elimina a menção à incapacidade civil dos indígenas, remetendo para a legislação específica a questão da fixação de eventuais critérios para o tratamento dos atos jurídicos por eles praticados. A fixação de tais critérios vem sendo discutida no Congresso desde 1991, quando foi apresentado o primeiro projeto de lei objetivando a revisão do Estatuto do Índio.

Nesse contexto, o tema dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres indígenas não mereceu até agora maiores atenções. Porém, no último ano, com o fortalecimento do movimento de

---

<sup>17</sup> Ver art. 4º, parágrafo único do Novo Código Civil brasileiro.

mulheres indígenas e o aparecimento de um conjunto de denúncias sobre a violação dos seus direitos, a questão começou a ser debatida e a integrar as pautas de discussão nas instâncias de formulação de políticas públicas. Foi o caso, por exemplo, da Conferência Mundial contra o Racismo, onde o documento oficial apresentado pela delegação brasileira em Durban, África do Sul, faz expressa menção à necessidade de proteção das mulheres indígenas, especialmente quando trata da presença de militares em terras indígenas. Ressalte-se também que coube a uma mulher indígena a representação do movimento indígena no Comitê Preparatório da participação brasileira em Durban.

Urge, pois, o saneamento da ordem jurídica brasileira, no sentido de se eliminar de nossa legislação nacional quaisquer resquícios de dispositivos discriminatórios de gênero que atinjam de forma cabal os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, relegando-as ao papel de mulheres "talhadas" para o casamento. Urge também o saneamento da ordem jurídica interna no sentido de se promover avanços normativos que incluam e garantam, efetivamente, *o exercício – e não o controle* - da sexualidade e reprodução, na perspectiva de gênero, em todos os âmbitos da produção legiferante no país.

O grande desafio, contudo, talvez ainda seja uma real compreensão normativa da concepção dos direitos sexuais e reprodutivos e suas implicações no âmbito nacional e internacional, além de uma compreensão social, a qual implica, necessariamente, em mudanças de valores e práticas culturais, para que no plano legal e de políticas públicas, possam ser implementados tais direitos e garantias às mulheres brasileiras.

Por uma legislação cidadã e não discriminatória de gênero. Gênero, aqui, concebido como *uma relação entre sujeitos socialmente construídos em determinados contextos históricos*, atravessando e construindo a identidade de homens e mulheres. O gênero é também um dos *pilares fundantes das relações sociais*, pois regula as relações homem-mulher, homem-homem e mulher-mulher. *Socialmente construído, o gênero corporifica a sexualidade (não o inverso), que é exercida como uma forma de poder. Logo, as relações de gênero são atravessadas pelo poder e a sexualidade, portanto, é o ponto de apoio da desigualdade de gênero.*(SAFFIOTI & ALMEIDA, 1995).



### III. LEGISLAÇÃO NACIONAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

▼ **Relação entre legislação, políticas públicas, direitos sexuais e reprodutivos, por temas:**

#### 1. Educação sexual

A Constituição Federal de 1988 e a lei federal que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional<sup>18</sup>, apesar de contemplarem princípios igualitários e plurais como norte da educação no país, silenciam acerca da educação sexual e da especificidade de gênero.

Apenas dois Estados brasileiros contemplam em suas constituições, de 1989, preceitos referentes à educação na área da sexualidade: São Paulo e Tocantins, tratando o tema de forma mais avançada e detalhada do que a Constituição Federal. O Estado de São Paulo estabelece a promoção de programas especiais na *"prestação de orientação e informação sobre a sexualidade humana e conceitos básicos da instituição da família, sempre que possível, de forma integrada aos conteúdos curriculares do ensino fundamental e médio"*. Tocantins, por sua vez, estabelece que é dever do Sistema Único de Saúde *"implantar nas escolas oficiais, programa de educação sexual aos alunos dos cursos de 1º e 2º graus"*.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>19</sup>, de 1990, determina em todo território nacional, a obrigatoriedade de promoção, pelo Sistema Único de Saúde, de campanhas de educação sanitária para a paz, que alcance educadores e alunos, o que deve incluir campanhas – adequadas às diferentes faixas etárias - de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e da gravidez planejada, através da informação sobre métodos anticoncepcionais e procedimentos para evitar o contágio por DSTs e HIV/AIDS.

Em 1996, o Ministério da Educação lançou os novos parâmetros curriculares, que prevêem a educação sexual como tema tratado transversalmente no desenvolvimento das diferentes atividades curriculares. Esta iniciativa foi parcialmente inspirada no aumento dos casos de infecção pelo HIV e de gravidez entre os jovens.

De acordo com os novos parâmetros curriculares, os temas relacionados à sexualidade começam a ser enfocados dentro dos conteúdos das diversas disciplinas a partir da 5ª série do primeiro grau, assumindo complexidade crescente de acordo com a progressão do aluno no sistema escolar. Tem havido um grande esforço, por parte do governo e de setores não-governamentais, em capacitar professores para o desempenho destas novas atribuições didáticas na perspectiva de proteção à saúde, de desconstrução de estereótipos de gênero e de estímulo à assertividade. Este esforço tem contado com a colaboração decisiva da Coordenação Nacional de DST/AIDS, enquanto suporte técnico e financeiro, e também do Fundo das Nações Unidas para População. Vale ressaltar, ainda, que existem no Congresso Nacional cinco projetos de lei visando instituir a orientação sexual como disciplina regular e obrigatória nas escolas de primeiro e segundo grau, e não apenas como tema transversal.

O PROSAD<sup>20</sup> tem apoiado a criação de Programas de Saúde do Adolescente em nível estadual e municipal, estando implantado nos 27 Estados da federação e tendo treinado 130 agentes multiplicadores em Atenção Integral à Saúde do Adolescente. Além disso, desenvolve Programas docentes-assistenciais, a partir de parcerias para capacitação de recursos humanos

<sup>18</sup> Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

<sup>19</sup> Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o ECA e dá outras providências.

<sup>20</sup> Programa de Saúde do Adolescente, Ministério da Saúde.

nas áreas de educação e da saúde do adolescente. Atualmente existem 11 destes programas, contemplando 9 Estados da federação. O PROSAD também produz material didático de apoio para técnicos e multiplicadores.

Até o momento, não existe uma avaliação sistematizada do resultado deste esforço de educação sexual dos jovens, embora tenha sido registrado um aumento do uso de preservativos na faixa etária de 15 a 20 anos nos últimos cinco anos.

## 2. Planejamento familiar / Anticoncepção

A Constituição Federal (1988) dispõe que o planejamento familiar, fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

O Estado Brasileiro, vale lembrar, já tinha ratificado, em 1984, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (ONU, 1979), que dispõe sobre o tema em alguns de seus dispositivos.

Conforme já mencionado, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) prevê campanhas nacionais obrigatórias de educação sanitária para alunos e educadores, o que inclui informações para evitar a gravidez não planejada.

A Lei do Planejamento Familiar<sup>21</sup>, de 1996, trata amplamente do tema, em âmbito federal, contemplando a questão sob o prisma do atendimento global e integral à saúde da mulher em todos os seus ciclos de vida, além de dispor sobre a esterilização, permitindo-a em determinadas situações e penalizando-a em outras.

Como já apontado, é previsto que os serviços públicos de saúde forneçam gratuitamente pílulas anticoncepcionais, contraceptivos injetáveis, DIU e *condom* (camisinha). Além disso, nos casos admitidos na Lei do Planejamento Familiar (com a derrubada dos vetos e posterior regulamentação pela Portaria 144, de 20/11/97, do Ministério da Saúde), as mulheres que atendem a alguns critérios (idade, número de filhos vivos, riscos gravídicos) podem ser encaminhadas para serviços de esterilização. Alguns serviços públicos também oferecem esterilização masculina de acordo com critérios previamente estabelecidos. Para casados, a esterilização só será feita com o consentimento expresso de ambos os cônjuges e, para os absolutamente incapazes, somente com autorização do juiz. Existe também a diretriz de que o fornecimento do contraceptivo ocorra a partir de uma atividade educativa, através da qual a mulher é informada sobre os diferentes métodos existentes, e suas respectivas vantagens e desvantagens.

São vinte os Estados brasileiros que consagram em seus textos constitucionais esta temática, a maioria deles praticamente reproduzindo a Constituição Federal: Amapá, Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins.

Ressalte-se que a Constituição do Estado do Pará não se refere claramente a "planejamento familiar", mas sobre o "acesso gratuito aos métodos contraceptivos naturais ou artificiais". Também não o faz o Estado do Rio de Janeiro, porém, percebe-se uma preocupação com o acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais dentro de uma política de assistência à saúde da mulher. São interessantes as formulações constitucionais de alguns Estados, tais como: Piauí, no que diz respeito à "*opção quanto ao tamanho da prole*"; São Paulo, ao referir-se à "*auto-*

---

<sup>21</sup> Lei Federal Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

*regulamentação da fertilidade como livre decisão do homem, da mulher ou do casal'* e Sergipe, quanto à *"regulação da fecundidade que não atente contra a saúde, respeitando o direito de opção pessoal"*. Vale ressaltar, também, o avanço da Constituição Estadual da Bahia em relação ao tema, ao estimular *"pesquisas para aprimoramento e ampliação da produção nacional de métodos anticoncepcionais masculinos e femininos, seguros, eficientes e não-prejudiciais"*, incluindo a participação das entidades representativas do movimento de mulheres na elaboração e na fiscalização dessas ações junto o Poder Público.

Lei estadual do Paraná, de 1990, prevê atendimento integral à saúde da mulher, o qual entendemos deva incluir a questão do planejamento familiar nos serviços da rede pública de saúde. O Estado do Rio de Janeiro possui lei, de 1991, que obriga a publicação na imprensa oficial de informações sobre planejamento familiar, dentre outros temas. São Paulo possui uma lei estadual, de 1995, que dispõe sobre a instituição de planos, programas e serviços de planejamento familiar, estabelecendo que deverá ser exercido mediante práticas ou métodos lícitos e seguros de adoção de crianças, controle da natalidade ou tratamento da esterilidade. Perigosa a inclusão da expressão "controle da natalidade", nesse sentido. Os serviços, segundo essa lei, devem contemplar orientação médica individualizada, provimento de medicação, orientação jurídica quanto à adoção e tratamento médico, inclusive de natureza cirúrgica, da esterilidade. Proíbe a propaganda ostensiva ou velada da anti-natalidade, bem como o induzimento à sua prática, o que pode ter implicações no que se refere ao aborto. O Código de Saúde do Estado de São Paulo, de 1995, e a Lei Orgânica do Município de São Paulo também prevêem o direito de evitar e o de interromper a gravidez, garantindo seu atendimento na Rede Pública de Saúde e resguardando o direito à auto-regulação da fertilidade, nos termos que a sua constituição estadual estabelece, tanto para exercer a procriação como para evitá-la.

Dada a autonomia dos municípios no que se refere à implementação de ações básicas, na qual a contracepção se insere, esta proposta de política pode sofrer uma grande variação local, regional e, até mesmo, no interior de cada serviço. Na prática, tem havido falta de contraceptivos na rede, dado que nem todos os municípios priorizam a sua compra; o Ministério da Saúde, embora tivesse se comprometido em suprir transitariamente esta falha, também não realizou a compra e repasse de contraceptivos. Ao mesmo tempo, a atividade educativa, que consome tempo e não resulta numa satisfação imediata da demanda, também não é considerada prioritária, sendo pouquíssimos os serviços que a realizam. A distância entre a proposição de uma política de planejamento familiar e sua efetivação prática, assim como a incompetência dos serviços de saúde de atenderem de modo racional à demanda das mulheres por anticoncepção, está expressa pela alta taxa de esterilização feminina – método definitivo – e uso de pílulas, adquiridas livremente nas farmácias a custo baixo.

### **3. Violência sexual contra as mulheres**

Por violência sexual podemos considerar um amplo rol de condutas que afetam a integridade sexual - portanto, também física e psicológica – especialmente de mulheres e meninas e, talvez, seja o tema que mais gera implicações quanto aos direitos sexuais e reprodutivos.

Muitas destas condutas estão tipificadas como crime, as quais alcançam os chamados *delitos sexuais*, tais como: estupro, atentado violento ao pudor, posse sexual, atentado ao pudor mediante fraude, rapto violento ou mediante fraude, sedução, corrupção de menores, rapto consensual, prostituição e exploração sexual de crianças e adolescentes, entre outros. O assédio sexual, até muito pouco tempo, não se encontrava especificamente tipificado no Código Penal brasileiro. Até então, a sua prática era, no mais das vezes, conduta que se poderia configurar como crime de constrangimento ilegal, agravado em sua pena pela circunstância de ter sido cometido com abuso de poder ou violação de dever a cargo, ofício, ministério ou profissão. Recentemente, o artigo 216-A foi incluído no Código Penal, pela Lei nº 10.224, de 15

de maio de 2001, tipificando como crime de assédio sexual, apenado com detenção de 1 (um) a 2 (dois) anos, a conduta de "*constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função.*"

À exceção do assédio, recém incorporado em nossa legislação, diversos dispositivos do Código Penal e de outras leis federais que versam sobre os delitos sexuais estão permeados e impregnados de aspectos discriminatórios de gênero, relacionados, principalmente, a expressões como *mulher honesta* e *mulher virgem*, requisitos referentes à condição da vítima e exigidos para que se configure o crime.

Relevante é o fato dos delitos referentes à violência sexual, embora previstos no Capítulo dos Crimes contra a Liberdade Sexual, estarem incluídos no Título dos *Crimes contra os Costumes* - e não contra a pessoa - do Código Penal, considerando-se, assim, que o bem maior a ser protegido é a moralidade pública e não a integridade física, sexual e psicológica da mulher. O Anteprojeto de Reforma da Parte Especial do Código Penal, além de promover a exclusão de vários desses crimes de natureza discriminatória, coloca-os sob a rubrica do Crimes contra a Dignidade Sexual.

O atual Código Penal, por exemplo, ainda mantém dispositivo legal absurdo que ilustra – a exemplo de outros – o papel a ser desempenhado pela mulher em nossa sociedade: o casamento. Em sua Parte Geral, o Código prevê a extinção da punibilidade do réu nos crimes contra os costumes pelo casamento deste com a vítima e, também, pelo casamento desta com terceiro, nos crimes sexuais cometidos sem violência real ou grave ameaça, e desde que a ofendida não requeira o prosseguimento do inquérito policial ou da ação penal em 60 dias, a contar da celebração.

Os conceitos de *mulher honesta* e *mulher virgem*, cumpre ressaltar, alcançam também diversos dispositivos do Código Civil, vigente desde 1917 - o qual, frise-se, novamente, irá vigorar até o final do ano de 2002, em face da aprovação pelo Legislativo Federal e da recente sanção, pelo Presidente da República, após 26 anos de tramitação no Congresso Nacional, do Projeto do Novo Código Civil. Contudo, até que o Novo Código Civil entre vigor, encontra-se vigente a norma que atribui, por exemplo, à mulher agravada em sua honra, o direito de - no campo civil - exigir do ofensor, se este não puder ou quiser reparar o mal pelo casamento, um dote correspondente à sua própria condição e estado, sendo esta virgem e menor, se for deflorada; sendo mulher honesta, for violentada, ou aterrada por ameaças; em caso de ser seduzida com promessas de casamento e, ainda, no caso de ser raptada.

A ação penal é privada nos crimes contra os costumes, que se procederão mediante queixa, exceto alguns casos, em que pode ser pública incondicionada, ou pública condicionada à representação da vítima ou de seu representante legal.

A violência sexual é uma das mais graves formas de violência contra mulheres, crianças e adolescentes, praticadas - inclusive e principalmente - no âmbito doméstico e intrafamiliar. Esse é o tema que talvez mais careça de uma adequada reformulação legislativa.

A Constituição Federal determina que *o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos membros que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações*. O Estado brasileiro também ratificou, em 1995, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA,1994) – *Convenção de Belém do Pará* -, a qual, dentre outros aspectos, considera a violência contra a mulher uma violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais; reconhece a questão de "gênero" (*diferenças socialmente construídas; conjunto de papéis sexuais estabelecidos para homens e mulheres em uma determinada sociedade e momento histórico*) como causa da violência; o "direito a uma vida livre de violência"; a violência sexual e psicológica e, ainda, considera o âmbito público e privado como espaços de sua ocorrência, além de trabalhar com um conceito amplo de violência doméstica e chamar a atenção para tipos como estupro, maus-tratos e assédio sexual. Ao

ratificar a Convenção, os governos se comprometem a adotar uma série de políticas de prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher, no âmbito dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Apesar do que dizem a Constituição Federal e a *Convenção de Belém do Pará*, não existe uma lei nacional específica que trate do fenômeno da violência doméstica, fato que incide gravemente sobre diversos aspectos da vida de mulheres, crianças e adolescentes, afetando seus direitos sexuais e reprodutivos.

Com o advento da Lei 9099/95, de âmbito federal, a maioria das queixas de violência contra mulheres passaram a ser encaminhadas aos juizados especiais criminais, e sua aplicação, no que se refere aos casos de violência doméstica, constitui-se em uma grande polêmica no país. Vale ressaltar que a referida lei instituiu os juizados especiais não para lidar especificamente com o tema de violência contra a mulher, mas sim para dar tratamento processual diferenciado aos crimes de menor potencial ofensivo. Graves distorções na aplicação dessa lei têm ocorrido em relação à violência doméstica, na medida em que este tipo de violência tem sido trivializada e banalizada, por diversas e sérias razões, as quais têm sido amplamente debatidas pelo movimento de mulheres e, inclusive, por parte de setores da Magistratura, pela Comissão da Mulher Advogada da Ordem dos Advogados do Brasil, em âmbito federal e em suas diversas seccionais em âmbito estadual, bem como por demais operadores(as) do Direito. Uma reflexão madura e democrática deve ser feita no âmbito da sociedade civil organizada e do Estado a respeito do tema.

De acordo com o Código Penal vigente, em crimes contra os costumes (*delitos sexuais*), a ação penal é pública incondicionada quando cometido com abuso de pátrio poder, ou da qualidade de padrasto, tutor ou curador e a pena é aumentada se o crime é cometido com concurso de agentes, se o agente é ascendente, pai adotivo, padrasto, irmão, tutor ou curador, preceptor ou empregado da vítima ou por qualquer outro título tem autoridade sobre ela e, ainda, se o agente é casado. O Código Penal considera ainda, quando não qualifica o crime, circunstância que agrava a pena, se o crime é cometido contra ascendente, descendente, irmão ou cônjuge e com abuso de autoridade ou prevalecendo-se de relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade.

Considerado uma espécie de território fora do alcance da lei, a família, muitas vezes, constitui-se em espaço de arbítrio e violência, devido à cumplicidade ou indiferença social para com os acontecimentos violentos que ocorrem em seu interior. Praticada especialmente por maridos e companheiros contra suas mulheres, por pais biológicos contra suas filhas, por parentes, vizinhos, namorados e conhecidos de mulheres e meninas, a violência doméstica encontra uma condescendência social que obstaculiza sua denúncia e cria as bases para sua impunidade.

Em nome da "legítima defesa da honra", por exemplo, homens que assassinaram ou agrediram suas esposas, em geral sob alegação da prática de "adultério", foram – e, por vezes, continuam sendo – absolvidos por júris populares. Ao contrário do que se imagina, a tese da "legítima defesa da honra" ainda não se encontra de todo extirpada de nossos tribunais.

É bastante frequente, também, em processos de crimes sexuais, a utilização de teses que – impregnadas de estereótipos, preconceitos e discriminações de gênero – buscam transformar vítimas em réus, não raro resultando em decisões judiciais fundadas muito mais em julgamento moral sobre a conduta sexual da vítima do que em julgamento legal do crime praticado. Não raro, também, resultando muitas vezes, com relação à mulher-vítima, em verdadeira duplicação da violência de gênero por parte dos operadores(as) do Direito e, com relação ao homem-agressor, até mesmo em impunidade.

Cabe ressaltar o dispositivo do Estatuto da Criança e do Adolescente que prevê a possibilidade da autoridade judiciária determinar cautelarmente o afastamento do agressor na moradia comum, em caso de abuso sexual, entre outras hipóteses de agressão imposta por pais ou responsáveis. O incesto, enquanto tal, não se encontra disciplinado na legislação, mas acaba

tendo implicações em tipos penais, em especial quando praticado contra crianças e adolescentes, pois o parentesco com a vítima, como afirmamos, pode qualificar o crime ou agravar a sua pena, além de se presumir legalmente a violência em delitos sexuais praticados contra menores de 14 anos e também se a vítima é alienada ou débil mental, ou se não pode oferecer resistência. Estudos no Brasil chamam atenção para o fenômeno do abuso sexual e do incesto, diferenciando-o, especialmente, quando estabelecido em relações entre pares ou díspares, vale dizer, levando em conta se há igualdade na relação, consentimento válido; se ocorre entre adultos ou se envolve crianças e adolescentes, etc..

Ainda no âmbito federal, grande avanço se operou com a edição, pelo Ministério da Saúde, da Norma Técnica "Prevenção de Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes", em 1998, estabelecendo a adequação do serviço de saúde para contemplar os fatores relacionados à problemática, prestando um atendimento integral à saúde da mulher, alcançando, pois, o tema da violência sexual, aborto legal e HIV/AIDS.

Embora praticamente todas as constituições estaduais versem sobre a proteção especial da família, incluindo-se a assistência integral à saúde da mulher, crianças e adolescentes, algumas enfatizam a violência sexual mais do que outras. A Constituição Estadual da Bahia prevê "*acolhimento de mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência familiar e extrafamiliar, preferencialmente em casas especializadas, incluindo as portadoras de gravidez não-desejada*", a do Espírito Santo considera inaceitáveis "*a tortura e a violência física, psicológica ou moral que venham a atingir a dignidade e a integridade da pessoa humana*"; a do Rio de Janeiro prevê "*a assistência à mulher em caso de violência sexual, asseguradas dependências especiais nos serviços garantidos*", e a de Tocantins garante "*à mulher, vítima de estupro, assistência médica e psicológica nos órgãos do Sistema Único de Saúde*".

O Estado de São Paulo, por exemplo, possui uma significativa produção legislativa em relação ao tema, embora apresente algumas leis com sentidos ambíguos e, até mesmo, preocupantes. Há leis estaduais determinando: a elaboração de estatística sobre a violência contra a mulher; a criação de um sistema unificado de cadastro visando a localização, informação e referências sobre exploração sexual, violência, maus-tratos e prostituição de crianças e adolescentes; a obrigatoriedade dos serviços das delegacias de polícia a informarem as vítimas de estupro sobre o direito de aborto legal; a proteção e auxílio às vítimas da violência; bem como decretos que instituem, no Estado, o Programa de Atendimento Integral a Mulheres Vítimas de Violência<sup>22</sup>; o grupo de trabalho para estudar e apresentar proposta de medidas de prevenção e combate à violência contra a mulher, etc.

No âmbito do município de São Paulo foi sancionada a Lei 13.150, em 20 de junho de 2001, que inclui o quesito violência de gênero na coleta e análise de dados do Sistema Municipal de Informações em Saúde. A referida lei determina que qualquer ação ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual e psicológico à mulher terá que ser identificada. Todas as unidades de saúde do município de São Paulo terão que identificar o local, o tipo e o agente da violência, ou seja: a) onde a agressão foi praticada: se em casa, no trabalho, no trajeto para o trabalho, ou em outro local; b) qual a violência sofrida: se doméstica e/ou sexual, ou outra; c) quem é o agressor: se o marido, companheiro, patrão, estranho, filho ou outro parente, vizinho, outros. Esta Lei é resultado da luta de mulheres pelo reconhecimento, na área de saúde pública, da violência doméstica que atinge sobretudo a população feminina. Obriga que seja colocado no prontuário das pacientes o registro da situação de violência devido a espancamentos, humilhações e maus tratos. Esta iniciativa possibilitará um melhor conhecimento da saúde física e mental da paciente, promovendo um melhor atendimento e orientação. A partir do cruzamento dessas informações, o Sistema Municipal de Informações em Saúde fará diagnósticos mais precisos dos casos, promovendo estudos das doenças e sintomas, e facilitando o desenvolvimento de meios para prevenir a prática da violência contra a mulher. Apesar de todos

---

<sup>22</sup> Decreto Estadual nº 46.369, de 14-12-01: Dispõe sobre o atendimento do Programa BEM-ME-QUER.

os esforços, contudo, até o momento não existem dados consistentes sobre a magnitude do problema da violência contra as mulheres no país como um todo. O mesmo pode ser dito em relação à prostituição infanto-juvenil. Entretanto, dados apontam que, *no Brasil*: 70% dos incidentes acontecem dentro de casa e que o agressor é o próprio marido ou companheiro; mais de 40% das violências resultam em lesões corporais graves decorrentes de socos, tapas, chutes, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos, e que o Brasil é o país que mais sofre com a violência doméstica, perdendo cerca de 10,5% do seu PIB em decorrência desse grave problema<sup>23</sup>.

Na década de 80 foram criadas Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres em vários Estados e Municípios do país, a primeira delas no Estado de São Paulo. Hoje existem em torno de 307 delegacias especializadas<sup>24</sup>, número ainda insuficiente para atender à demanda do país e dar maior visibilidade ao problema da violência contra as mulheres, principalmente se considerarmos que quase metade destas estão concentradas no Estado de São Paulo. Note-se que, nos últimos cinco anos, tem diminuído os investimentos neste tipo de equipamento social. Portanto, além de existirem delegacias especializadas em pequeno número no país, estas estão, em geral, mal equipadas, com carência de técnicos(a) capacitados em relação ao tema da violência de gênero e com condições inadequadas de trabalho.

Também não tem havido um aumento significativo na instalação de Casas Abrigo, embora a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados tenha aprovado uma emenda no orçamento da União para 2001, contemplando a destinação de recursos para este fim. Contudo, muito recentemente houve abertura de inscrições para que Estados e municípios que tenham interesse em implantar Casas-abrigo possam enviar projeto de captação de recursos para o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). O investimento em instalação de Casas-Abrigo faz parte do Programa Nacional de Combate à Violência Contra a Mulher, que visa minimizar as manifestações de violação dos direitos da mulher.

O Programa Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e Sexual, do Ministério da Justiça, tem buscado articular ações interministeriais e nos âmbitos estaduais e municipais visando, através de convênios e parcerias, a sua efetiva implementação. Este Programa, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher e o Comitê Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências, criou, em 1999, uma Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual, visando elaborar um Plano Nacional de Assistência à Mulher Vítima de Violência. Depois de algumas reuniões, esta Câmara Temática interrompeu suas atividades em função de mudanças na orientação técnica do Ministério da Saúde. O Pacto Comunitário contra a Violência Intrafamiliar, lançado em 1998 pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos e representação da Organização das Nações Unidas no Brasil, no cinquentenário da Declaração Universal de Direitos Humanos, marcou a Campanha Nacional *Uma Vida sem Violência é um Direito Nosso*, buscando promover articulações com a sociedade civil e servir de insumo para a elaboração de políticas públicas de combate à violência. Vale ressaltar, ainda, que diversos dispositivos que buscam combater a violência sexual contra a mulher estão previstos em programas nacional, estadual e municipal de direitos humanos. O CNDM-Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

---

<sup>23</sup> Dados constantes do "*Protocolo: considerações e orientações para atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde*", elaborado em 1998 pelo Grupo de Trabalho "A violência contra a mulher é também uma questão de saúde pública", organizado pelo MPM (Movimento Popular da Mulher) e Nzinga – Coletivo de Mulheres Negras, em parceria com o Pronto-Socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens e Pronto Socorro João XXIII, Belo Horizonte, Minas Gerais, sob a orientação da Regional Minas Gerais da Rede Saúde e contou com o suporte financeiro da RSMLAC (Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe) e do SindMed (Sindicato dos Médicos do Estado de Minas Gerais). Fonte: ver *Jornal da RedeSaúde* No. 19 – novembro 1999, Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

<sup>24</sup> Ver Pesquisa Nacional sobre as Condições de Funcionamento das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres, disponível na página do CNDM na *internet*: <http://www.mj.gov.br/sedh/cndm>.

tem promovido sistematicamente campanhas de alerta para a violência contra as mulheres por ocasião do dia 25 de novembro, que muitas vezes se articulam com iniciativas semelhantes dos Conselhos Estaduais e Municipais, em parcerias com ONGs locais. Atualmente, a Secretaria Executiva do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher tem como principal competência a execução do Programa de Combate à Violência contra a Mulher, do qual fazem parte as seguintes ações: Capacitação dos Quadros das Delegacias da Mulher e Juizados Especiais; Edição e Distribuição de Material informativo sobre Prevenção e Combate à Violência Doméstica e Sexual; Estudos e Pesquisas sobre o Direito da Mulher; Instalação de Equipamentos em Abrigos para Mulheres em Situação de Risco; Construção de Abrigos para Mulheres em Situação de Risco<sup>25</sup>.

Frise-se ainda que, mais recentemente, foi aprovada, na cidade de São Paulo, a Lei Municipal nº 13.280, de 08 de janeiro de 2002, dispondo sobre a criação da Casa Municipal de Apoio à Mulher, com o objetivo de prestar, gratuitamente, atendimento de assistência social a mulheres que tenham sofrido qualquer tipo de violência doméstica, seja ela física ou moral, bem como a seus filhos menores de 14 anos e acolhimento, quando for considerado ser impraticável ou inseguro o retorno das pessoas atendidas às suas próprias residências, no momento do atendimento ou por requisição de autoridade policial competente. O art. 2º da lei estabelece que os atendimentos na Casa Municipal de Apoio à Mulher serão realizados de acordo com encaminhamentos efetuados por autoridades policiais, sendo pré-requisito para o acolhimento, a formalização junto àquelas, do Boletim de Ocorrência da prática de violência física ou moral. O art. 3º da referida lei também dispõe que a Casa Municipal de Apoio à Mulher manterá atendimento ininterrupto e será instalada em local de fácil acesso a ser definido pelo Executivo

Outra grande lacuna refere-se ao trabalho com agressores, que até o momento não foi devidamente contemplado com qualquer proposição ou iniciativa sistemática, à exceção de algumas poucas iniciativas de alguns grupos e, mais recentemente, da Campanha Nacional lançada em novembro de 2001, pelo CNDM, em comemoração ao Dia Internacional da Não Violência contra a Mulher - 25 de novembro – a qual trata especificamente do tema *“Violência Sexual. Pare com esse crime se você for homem”*.

No caso específico das mulheres indígenas, tem-se debatido muito nos últimos meses a questão das denúncias de que as índias estariam sendo alvo de abusos sexuais por parte de militares que prestam serviços em quartéis localizados em terras indígenas. As denúncias atingiram principalmente unidades militares sediadas nas terras do Povo Ianomami, em Roraima, e do Povo Tukano, na região do Alto e Médio Rio Negro, no estado do Amazonas.

Além da apuração específica dessas denúncias pelo Judiciário, está em discussão, no âmbito do governo brasileiro, a formulação de um “código de conduta” para disciplinar a presença de militares em terras indígenas, principalmente no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres indígenas. Tal providência, inclusive, integrou os compromissos assumidos pelo governo brasileiro na Conferência Mundial contra o Racismo.

De uma maneira geral, falta uma capacitação de gênero tanto para delegados(as) e pessoal policial quanto para promotores(as), juizes(as) e demais operadores(as) do Direito que lidam com o tema da violência sexual contra a mulher. Os esforços de capacitação em gênero para profissionais da saúde são também ainda incipientes. Tanto para operadores de Justiça quanto para profissionais da saúde o investimento na capacitação tem sido – em que pese as recentes e louváveis iniciativas do CNDM<sup>26</sup> - muito mais uma iniciativa de redes e organizações não governamentais de mulheres e de direitos humanos.

<sup>25</sup> Ver página do CNDM na internet: [www.mj.gov.br/sedh/cndm/estrutura.htm](http://www.mj.gov.br/sedh/cndm/estrutura.htm).

<sup>26</sup> Cumpre ressaltar, nesse sentido, que através de convênio firmado entre CNDM e CEPIA (Cidadania, Estudos, Pesquisa, Informação, Ação), está sendo elaborada uma proposta de modelo de capacitação no tema da violência contra a mulher para policiais, em especial para funcionários(as) de DEAMs, que possa ser aplicado em toda as unidades da federação. A propósito, foi realizado, no período de 9 a 12 de dezembro de 2001, um encontro, no Hotel Glória, no Rio de Janeiro, promovido por CNDM e CEPIA, com organizações de mulheres de todo Brasil que



#### 4. Prostituição (masculina e feminina)

A Constituição Federal de 1988 não se refere à prostituição, determinando entretanto como dever da família, da sociedade e do Estado, colocar crianças e adolescentes a salvo de toda forma de *negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão*.

O Brasil é Estado-parte da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, desde 1990, tendo editado no mesmo ano o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), bem como ratificou, em 1984, a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e, em 1995, a *Convenção de Belém do Pará*. Esta última chama a atenção para o tráfico de mulheres e prostituição forçada como formas de violência contra a mulher.

Ao ratificar essas Convenções, o Estado brasileiro comprometeu-se em adotar no âmbito interno medidas de toda natureza para eliminar a discriminação e violência contra mulheres, crianças e adolescentes.

Vale ressaltar, ainda, que o Brasil aprovou, em 12 de dezembro de 2001, na Câmara dos Deputados, o Projeto de Decreto-Legislativo - PDC 1357/2001 - referente ao texto do Protocolo Facultativo à CEDAW da ONU, o qual pode tornar o país suscetível a denúncias e investigações no âmbito internacional pela prática individual e sistemática de violação aos direitos humanos de meninas submetidas à prostituição infanto-juvenil.

A prostituição, em si, não constitui crime no Brasil. O que se penaliza são condutas relacionadas à exploração da prostituição, tais como:

- ▶ mediação para servir a lascívia de outrem
- ▶ favorecimento da prostituição
- ▶ casa de prostituição
- ▶ rufianismo
- ▶ tráfico de mulheres

A pena desses crimes é qualificada, muitas vezes, dependendo do grau de parentesco ou tipo de relação do réu com a vítima, da faixa etária da vítima, etc.

Penaliza-se, também, aquele(a) que submete criança ou adolescente à prostituição ou à exploração sexual, estendendo tal conduta ao proprietário, gerente ou responsável do estabelecimento que permita tal prática.

No que diz respeito especificamente ao crime de tráfico de mulheres, cumpre salientar que este é descrito como a conduta de promover ou facilitar a entrada, no território nacional, de mulher que nele venha exercer a prostituição, ou a saída de mulher que vá exercê-la no estrangeiro, com agravantes em alguns casos.

Vale também mencionar o crime de abandono intelectual, que penaliza, dentre outras, a conduta de permitir que menor de dezoito anos, sujeito(a) ao poder ou confiado à guarda ou vigilância do acusado, resida ou trabalhe em casa de prostituição.

Em relação à pornografia infanto-juvenil, a lei considera crime a utilização, em produções culturais, de crianças e adolescentes em cenas de sexo explícito e/ou pornográfica, coibindo-se, assim, a pedofilia.

A prostituição guarda íntima relação com a violência sexual contra mulheres, crianças e adolescentes, em especial quando praticada no âmbito doméstico e intrafamiliar. Não raro, a

---

trabalham com o tema, no sentido de discutir a problemática e elaborar uma proposta de modelo de capacitação nesse sentido, a ser apresentada ao CNDM.

violência sexual sofrida na esfera doméstica e familiar tem levado mulheres, meninos e meninas a ingressarem no mundo da prostituição.

Conforme mencionado no *item da violência sexual*, mulheres que exercem a prostituição, muitas vezes, acabam - explícita ou implicitamente-, na prática, não sendo protegidas pela lei penal, pois para configuração de diversos delitos sexuais exige-se que a vítima seja *mulher honesta*, o que tem conotação com a sua conduta sexual. Também não desfrutam, pela lei, de benefícios trabalhistas e previdenciários, por não ser o exercício da prostituição reconhecido como profissão, apesar do debate público que, por vezes, se instaura nesse sentido, bem como de algumas poucas decisões judiciais a respeito do tema.

Atualmente, por força de novelas brasileiras, tem-se discutido muito sobre as semelhanças e diferenças de *prostitutas* e *garotas de programa*, buscando-se caracterizá-las segundo seu comportamento, vestuário, atividades paralelas, nível de instrução e de poder econômico, dentre outros fatores.

As Constituições Estaduais não fazem referência específica à prostituição, mas em geral estabelecem deveres de assistência integral à saúde de mulheres, crianças e adolescentes e de formas de combate à violência de uma maneira geral.

Há, no Estado de São Paulo, lei que determina a criação de um sistema unificado de cadastro visando a localização, informação e referências sobre exploração sexual, violência, maus-tratos e prostituição de crianças e adolescentes.

Em que pese a falta de dados estatísticos a respeito, a prostituição infantil é um fenômeno crescente no país, e ainda é uma questão de gênero que atinge com maior incidência as meninas. Ainda está muito relacionada também à questão sócio-econômica da população, configurando-se como forma de sustento de muitas famílias brasileiras, tanto em zonas urbanas como rurais e, em especial, nas regiões do nordeste e norte do país, além dos garimpos. Para dar visibilidade a tal questão, foi instituído o 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.

Na verdade, a prostituição e o tráfico de mulheres não têm sido objeto de uma atuação mais abrangente e sistemática por parte dos setores governamentais, embora a Coordenação Nacional de DST/AIDS apoie intervenções realizadas por organizações não governamentais junto a esta população, visando prevenir a infecção pelo HIV.

## 5. Casamento/União de fato (união estável)

A Constituição Federal brasileira reconhece, para efeitos de proteção do Estado, a união estável entre homem e mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento, e também dispõe sobre o casamento civil e religioso com efeitos civis. Estabelece, em um dos mais importantes dispositivos constitucionais, a igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres no que se refere ao exercício da vida conjugal. Apesar da igualdade estabelecida na Constituição, a legislação infraconstitucional, em especial o Código Civil, permanece repleta de dispositivos discriminatórios de gênero.

Contudo, a aprovação do Projeto do Novo Código Civil estabelece, no Título III, Da União Estável, em seu art. 1.723, que é reconhecida como entidade familiar a união estável entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família.

As uniões consensuais são reconhecidas desde que tenham duração comprovada de mais de cinco anos e ocorra entre pares heterossexuais, de acordo com a interpretação da doutrina e jurisprudência, reafirmadas pela Lei federal No. 9.8971, de 29 de dezembro de 1994, gerando efeitos acerca da divisão dos bens, direito a alimentos, ao usufruto de imóvel pelo sobrevivente em caso de morte de um dos conviventes. Posteriormente à Lei de 1994, revogada, sobreveio a

Lei federal No. 9.278, de 10 de maio de 1996, que regulou o § 3º do art. 226 da Constituição Federal, disciplinando a união de fato (união estável) de forma mais genérica, sem explicitar o tempo de sua duração.

A lei de custeio e benefícios previdenciários também contempla a inclusão de companheira/concubina equiparada à condição de cônjuge como dependente, para todos os efeitos. Também é possível a inclusão de companheira/concubina para fins de seguros de vida e de saúde.

Em caso de pena privativa de liberdade, embora leis federais determinem regime especial de cumprimento de pena para as mulheres em estabelecimento próprio e adequado à sua condição pessoal, não é aí considerada a dimensão da sua sexualidade, pois não se contempla, em praticamente todo o território nacional, o direito à visita íntima para as mulheres, garantido na prática aos homens presos. A justificativa para tal proibição consiste no fato das mulheres engravidarem, e da problemática da gravidez na prisão, porém não se faz o mesmo questionamento quanto ao fato do homem preso engravidar sua companheira que vive fora da prisão. Suprime-se das mulheres presas, portanto, seus direitos sexuais e reprodutivos, "ignorando-se", por completo, inclusive, os métodos de contracepção que poderiam ser utilizados dentro do estabelecimento prisional. A condição de mulher presa, ressalte-se, deve implicar na perda de seu direito à liberdade e não de seus direitos sexuais e reprodutivos. A visita íntima ocorre em algumas penitenciárias do Rio de Janeiro e, recentemente, no Estado de São Paulo, foi confirmada pelo atual secretário da Administração Penitenciária do Estado. Desde setembro de 2001, havia uma intensa pressão para cumprimento da Resolução do CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, de 30 de março de 1999, que recomenda aos Departamentos Penitenciários Estaduais o direito à visita íntima aos presos de ambos os sexos. Conforme já mencionado no *item da violência sexual contra as mulheres*, o casamento é um dos temas mais disciplinados transversalmente nas leis civis e penais, vale dizer, em dispositivos próprios e em outros relacionados ao controle da sexualidade da mulher, com implicações no exercício de sua autonomia, liberdade, cidadania e dignidade.

Vale lembrar o quanto, do ponto de vista da legislação nacional, o casamento para a mulher tem implicações no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, inclusive *quando a mulher é vítima de delitos sexuais*, conforme mencionado também no *item da violência sexual*, gerando, muitas vezes, a impunidade do agressor e revelando a discrepância normativa que eleva a condição da mulher ao *status* de casada, quando estabelece, por exemplo, que a violência sexual possa ser reparada com casamento ou indenização, como já mencionado. Reforça também o conceito de *mulher honesta*, que diferencia o tratamento dado à mulher segundo sua conduta sexual, e estabelece o casamento como forma de manutenção econômica da mulher, devendo portanto, em alguns casos, receber um dote aquela "estragada" para o casamento. Em diversos outros dispositivos de nossa legislação considera-se a "honra preservada/reparada" da vítima através do casamento.

Por outro lado, em 1997, lei ordinária federal<sup>27</sup> revogou a disposição processual penal que determinava a necessidade da mulher casada obter consentimento de seu marido para exercer o direito de queixa. Antes de 1997, a lei eximia a mulher dessa necessidade somente quando ela estivesse separada do marido ou quando a queixa fosse contra ele.

O Código Penal ainda dispõe sobre crimes relacionados ao casamento, tais como a bigamia e o adultério, dentre outros.

Quanto ao adultério, vale lembrar que, sob a alegação de sua prática pelas mulheres, muitos homens foram absolvidos por júris populares e tribunais da prática de agressões e assassinatos

---

<sup>27</sup> Lei Nº 9.520, de 27 de novembro de 1997. Revoga dispositivos do Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, referentes ao exercício do direito de queixa pela mulher.

contra suas esposas e companheiras, com fundamento na já citada polêmica e absurda tese da "legítima defesa da honra". A justificativa é a defesa da honra conjugal ou da família, o que é absolutamente inaceitável, seja pela discriminação e controle da sexualidade da mulher em si, seja porque não há honra conjugal a ser protegida, na medida em que honra é atributo próprio e pessoal. Vale ressaltar que essa famigerada tese ainda não se encontra de todo extirpada de nossos tribunais.

Cumpra mencionar que a idade mínima para casamento é de 16 anos para as mulheres e 18 para os homens, assim estabelecido pelo Código Civil brasileiro vigente, ressaltando-se que, de acordo com a Convenção sobre o Consentimento para o Matrimônio, Idade Mínima para Contrair Matrimônio e Registro dos Matrimônios (ONU, 1962), adotada pelo Brasil em 1970, compete aos Estados-partes adotar as medidas necessárias a fim de determinar a idade mínima para contrair matrimônio. O Projeto do Novo Código Civil, entretanto, estabelece que a idade na qual homens e mulheres podem celebrar casamento é de 16 anos, desde que com autorização dos pais, visto que a capacidade plena para os atos da vida civil, de acordo com o texto do novo diploma legal - o qual somente estará em vigor a partir de 2003 - é de 18 anos.

São inúmeros os dispositivos discriminatórios no Código Civil vigente referentes ao casamento. O homem é o chefe da sociedade conjugal; o domicílio da mulher casada é determinado com base no do marido; prevalece a vontade paterna em caso de discordância sobre a autorização para casamento de filho menor; há restrição quanto à atuação da mulher no que tange à administração dos bens comuns do casal. Discriminatória é ainda a norma civil que permite ao marido anular o casamento, até dez dias depois de celebrado, se descobre que sua mulher não era virgem, considerando esse fato como erro essencial sobre a pessoa do outro cônjuge. Mas isso tudo mudará, com a vigência do Novo Código Civil, a partir de 2003.

Por fim, vale lembrar que o Estado Brasileiro ratificou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (ONU, 1979) em 1984, com reservas aos seus arts. 15, parágrafo 4 e art. 16, parágrafo 1º, a), c), g) e h), que tratavam de direitos iguais em matéria de família, as quais foram retiradas somente em 1994. Vários dos dispositivos do atual Código Civil, portanto, violam a CEDAW e a Constituição Federal. Contudo, essa situação, repita-se, deverá ser modificada, com a vigência do Novo Código Civil brasileiro, a partir de 2003.

## 6. Divórcio

A Constituição Federal dispõe sobre a dissolução do casamento civil pelo divórcio, após prévia separação judicial por mais de um ano nos casos expressos em lei, ou comprovada separação de fato por mais de dois anos. Foi dado assim *status* de norma constitucional ao divórcio, por meio de lei federal, apenas em 1977 (Lei No. 6.515/77).

Possibilita-se às mulheres a formalização de seu livre exercício na constituição e dissolução de suas relações afetivo-sexuais, estabelecendo direitos e deveres a mulheres e homens. A lei que disciplina os casos de dissolução da sociedade conjugal e do casamento regula o uso do nome, alimentos, partilha dos bens, guarda e visita de filhos, etc., além das medidas cautelares pertinentes. Também estabelece os casos em que podem ser pedidos, consensual ou litigiosamente, em que circunstâncias e sob que condições.

Não há limitações quanto ao número de vezes que homens e mulheres podem se divorciar, podendo, assim, homens e mulheres contrair matrimônio novamente quantas vezes desejarem, desde que respeitados os trâmites legais.

## 7. Aborto

Em termos constitucionais, a questão jurídica do aborto manteve-se em aberto, protegendo-se o direito à vida de maneira geral, não incluindo a expressão "*desde o momento da concepção*", como pretendiam alguns grupos evangélicos e católicos, por ocasião da Assembléia Nacional Constituinte (1986-1988). Assim, são possíveis reformulações legais em relação ao que hoje estabelece o Código Penal brasileiro vigente no tocante ao tema do aborto.

A Convenção Americana sobre Direitos Humanos – *Pacto de San José da Costa Rica* (OEA, 1969), ratificada pelo Brasil, em 1992, embora proteja o direito à vida "*desde o momento da concepção*", o faz incluindo a expressão "*em geral*", não havendo, pois, qualquer óbice para disposições que autorizam o abortamento no âmbito da legislação nacional. Isso porque o texto do *Pacto de San José* protege a inviolabilidade do direito à vida *em geral* desde a concepção, podendo haver *disposições especiais* que permitam o aborto em certas circunstâncias ou que até mesmo promovam a sua descriminalização, pois fica a cargo de cada país regulamentá-lo. Podem, portanto, os Estados-Partes do *Pacto* estabelecer disposições especiais a respeito, descriminalizando o aborto nas circunstâncias que entenderem adequadas.

Vale mencionar, ainda, que o Brasil ratificou, em 1984, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979) - CEDAW - que determina o dever do Estado de *adotar todas as medidas adequadas, inclusive de caráter legislativo, para modificar ou derrogar leis, regulamentos, usos e práticas que constituam discriminação contra a mulher e derrogar todas as disposições penais nacionais que constituam discriminação contra a mulher*. A *Recomendação Geral no. 24*, do Comitê que monitora a implementação da CEDAW pelos países que a ratificaram tem um parágrafo que afirma ser discriminatório qualquer tipo penal – no âmbito da legislação nacional dos Estados-Partes da CEDAW - que criminalize procedimentos médicos a que somente as mulheres necessitem se submeter.

Ao ratificar a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994), *Convenção de Belém do Pará*, em 1995, o Estado brasileiro obrigou-se também legalmente a *adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas que visem eliminar toda e qualquer forma de violência contra a mulher, inclusive abolindo leis e regulamentos vigentes que respaldem a persistência e a tolerância da violência contra a mulher*. De acordo com a *Convenção de Belém do Pará*, o direito de toda mulher a viver livre de violência abrange, entre outros, o direito a ser livre de todas as formas de discriminação. Na medida em que se considera a criminalização do aborto como uma forma de discriminação contra a mulher, que restringe o exercício de seus direitos humanos e liberdades fundamentais, incluindo-se especificamente o direito de decidir livremente a respeito de sua saúde sexual e reprodutiva e o direito a ter controle sobre a fecundidade, esta consiste também em uma forma de violência tolerada e, até mesmo, perpetrada pelo Estado. Assim sendo, a criminalização do aborto, segundo essa interpretação, fere tanto a *Convenção da Mulher* quanto a *Convenção de Belém do Pará*, por se constituir forma de tolerância e perpetuação do Estado na discriminação e violência contra a mulher.

O Código Penal brasileiro, em geral, dá tratamento punitivo ao aborto em todas as suas modalidades, prevendo exceções para o aborto necessário (*se não há outro meio de salvar a vida da gestante*) e o sentimental (*em caso de gravidez resultante de estupro*).

Doutrinadores contrários à legalização/descriminalização do aborto, ou que sustentam a inconstitucionalidade do aborto legal, afirmam ser absoluto o direito à vida previsto na Constituição, sob o argumento de que o Código Civil põe a salvo os direitos do nascituro desde a concepção, embora versem aí tão somente sobre garantias aos direitos patrimoniais e outros que dependem do nascimento com vida, tratando-se pois de mera expectativa de direitos referentes à personalidade jurídica no campo civil.

Vale lembrar que vários crimes previstos no Código Penal têm suas penas aumentadas se praticados contra mulheres grávidas, dos quais resultem em aborto.

Também há um decreto-lei federal que dispõe sobre o direito à licença de duas semanas que deve ser concedida à mulher trabalhadora em caso de aborto.

Conforme já mencionado no *item da violência sexual*, avanço real se operou com a edição da Norma Técnica “Prevenção de Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, em 1998, que inclui a orientação e atenção ao aborto legal. Também tem implicações a Norma Técnica de Atenção à Gravidez de Alto Risco. Ambas, portanto, relacionadas aos casos em que o aborto é permitido por lei (*em caso de gravidez resultante de estupro e se não há outro meio de salvar a vida da gestante*).

Apenas oito constituições estaduais referem-se ao aborto legalmente permitido, visando garantir sua efetiva implementação: Amazonas, Bahia, Goiás, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro, São Paulo e Tocantins. Ressalte-se: Amazonas previu atendimento judicial, clínico, psicológico e social para o aborto legal; a Bahia preocupou-se, inclusive, com a prestação de assistência à paciente portadora de gravidez não-desejada, e o Rio de Janeiro previu a assistência à mulher em caso de aborto, provocado ou não, em dependências especiais. O Espírito Santo é o único Estado a considerar, em seu texto constitucional, inaceitável o aborto diretamente provocado por atentar contra a vida humana, colocando-o ao lado do genocídio, suicídio, eutanásia, tortura e outras formas de violência.

No âmbito do Estado de São Paulo, desde 1999, há legislação obrigando servidores das delegacias a informarem às vítimas de estupro sobre o direito de aborto legal. Instigante também é a lei que criou, nesse Estado, em 1998, o Centro de Apoio à Gestante que tenha gravidez indesejada, vinculado à Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, contemplando orientação e assistência às mulheres nessa situação, até o sexto mês de vida da criança. De uma certa forma, pode vir a funcionar como um mecanismo “anti-aborto”, pois não há – ao menos na lei - referências específicas quanto à investigação e à orientação para os casos em que essa gravidez, além de indesejada, seja resultante de estupro e, portanto, causa passível de aborto legal, se a mulher assim desejar. Tampouco há referências quanto à orientação sobre as possibilidades de adoção, no caso da mulher, além de não desejar a gravidez, não desejar ou não puder arcar também com as responsabilidades decorrentes do nascimento da criança. Assim, algumas leis estaduais, embora tenham funções de prestar assistência à mulher, por vezes, podem trazer em seu conteúdo dispositivos “anti-aborto”, inclusive quando vedam propagandas antinatalidade, ou, por vezes, paradoxalmente, quando se referem a controle populacional através da expressão “controle da natalidade” e não planejamento familiar.

Nos últimos cinco anos tem aumentado o número de serviços públicos capacitados para a realização de aborto nos casos previstos por lei, que hoje já atingem um total aproximado de 35 unidades. Da mesma forma que as Delegacias de Mulheres, estes serviços se distribuem irregularmente pelo país, estando mais concentrados nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul. Em muitos hospitais estes serviços estão acoplados a um serviço de atendimento à mulheres vítimas de violência sexual, cuja rotina inclui o atendimento clínico e tratamento das eventuais lesões, suporte psicológico, contracepção de emergência, prevenção de DST (e da infecção pelo HIV em alguns serviços) e encaminhamento para interrupção da gravidez, nos casos em que a contracepção de emergência falha ou não pode ser realizada. Apesar da importância destes serviços, a exigência de um documento policial para comprovação da violência sexual ainda é uma barreira importante para as mulheres.

Visando contornar esta barreira e facilitar o acesso das mulheres, um hospital público da cidade de São Paulo recentemente instalou uma seção do Instituto Médico Legal nas suas dependências, exemplo que provavelmente será seguido em outras cidades.

Além da interrupção da gravidez resultante de estupro, a lei penal, conforme já mencionada, protege as mulheres cuja gestação implica em risco de vida, atestado por dois ou mais

profissionais. Estas situações, no entanto, não costumam ser muito freqüentes. Em contrapartida, tem aumentado o número de interrupções de gravidez em função de grave má – formação fetal. Embora a lei não permita expressamente esta situação, já existe jurisprudência neste sentido acumulada no país, o que, na prática, viabiliza o procedimento, a partir de autorização judicial. Existem no Congresso Nacional projetos de lei visando ampliar os permissivos legais para a interrupção voluntária da gravidez. Também se prevê ampliação para as causas de aborto legal no Anteprojeto de Reforma da Parte Especial do Código Penal, o qual pretende, ainda, diminuir as penas hoje estabelecidas para os casos de auto-aborto. Existem também projetos visando a descriminalização do aborto, no geral.

No Estado do Rio de Janeiro, também recentemente foi aprovada a Lei Municipal No. 3.339, de 26 de dezembro de 2001, regulamentando o atendimento ao aborto legal no Município. Entretanto, infelizmente, no momento, as mulheres cariocas estão sofrendo restrição ao seu direito legalmente previsto na lei penal há mais de 60 anos, em face de liminar concedida, em janeiro de 2002, pelo Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, suspendendo a eficácia da referida lei, alegando sua inconstitucionalidade.

## **8. Gravidez na adolescência**

Embora no sistema escolar seja previsto, como já apontamos, a abordagem de temas ligados ao exercício da sexualidade, nos quais se encontra a anticoncepção, e apesar do PROSAD, existe uma relutância, por parte dos serviços de saúde, de oferecer contraceptivos às jovens.

Entretanto, resgate-se, novamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, que prevê a obrigatoriedade de campanhas de educação sanitária para a paz, o que deve incluir campanhas – adequadas às diferentes faixas etárias - de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez planejada, através da informação sobre métodos anticoncepcionais e procedimentos para evitar o contágio por DST's e HIV/AIDS. Mencione-se, ainda, que as Constituições do Acre, de Piauí, Rondônia e Sergipe referem-se à assistência integral à saúde da criança e do adolescente, e o fazem São Paulo e Tocantins no que se refere à educação orientada à sexualidade. Também, quando se menciona nas legislações estaduais e municipais acerca da assistência integral à saúde da mulher em todas as fases de sua vida, deve-se incluir aí a questão da gravidez na adolescência.

## **9. Orientação sexual**

No campo penal, a homossexualidade e a união entre homossexuais não são consideradas crimes em nosso país. No campo civil, a união entre homossexuais não é reconhecida legalmente para fins de herança, partilhas de bens, direitos a alimentos ou previdenciários, embora decisões judiciais nesse sentido estejam pontualmente se operando em nosso país. A Coordenação Nacional de DST/AIDS tem fornecido apoio financeiro e técnico para organizações que lutam pelos direitos dos homossexuais.

A discussão do projeto de lei que autoriza a união civil de pessoas do mesmo sexo (parceria registrada) foi outra iniciativa que contribuiu para dar visibilidade aos homossexuais. No entanto, não existe uma política específica que trate do tema, mesmo considerando as freqüentes denúncias de violência contra homossexuais. No caso das mulheres lésbicas, a invisibilidade é ainda maior, permeando os serviços de saúde que, assim, excluem esta parcela da população de seus programas e ações. Até o momento não existe no país nenhum estudo rigoroso que tenha feito um diagnóstico das condições da vida e saúde das mulheres lésbicas, de modo a oferecer-lhes serviços mais adequados. Também não podem homossexuais ou lésbicas, assim

como mulheres heterossexuais, que cumprem pena privativa de liberdade, receber visitas íntimas de seus parceiros(as) nos estabelecimentos penais.

Cumpra ressaltar, entretanto, importante e inédita decisão do Judiciário brasileiro, que concedeu a uma mulher a guarda, ainda que provisória, do filho de sua companheira. Apesar da união homossexual não ser reconhecida por lei, o juiz Leonardo Castro Gomes, da 1ª Vara da Infância e Juventude, do Rio de Janeiro, decidiu que o filho de uma famosa cantora brasileira, falecida em 29 de dezembro de 2001, deve ser criado pela companheira da cantora<sup>28</sup>.

## 10. HIV / AIDS

Desde que a epidemia do HIV começou a atingir fortemente as mulheres, no início dos anos 90, existe uma preocupação explícita da Coordenação Nacional de DST/AIDS em enfrentar o problema.

Esta preocupação se traduziu: em um esforço de capacitação dos serviços públicos e suporte à organizações não governamentais para o desenvolvimento de ações de prevenção da epidemia entre as mulheres; na disponibilização dos insumos necessários para a prevenção da transmissão vertical do vírus; na pressão junto aos municípios para a utilização de uma parte do piso de atenção básica na compra de leite artificial para recém-nascidos e bebês de mulheres portadoras de HIV; na disponibilização gratuita de um lote de preservativos femininos para mulheres mais vulneráveis à infecção (profissionais do sexo, mulheres em situação de violência, portadoras do HIV e outras); na distribuição de preservativos masculinos através de serviços de saúde e organizações não-governamentais e ainda no lançamento de campanhas específicas de prevenção, através da mídia.

Vale apontar que, no ano 2000, foi aprovada a norma que:

- ▼ obriga os serviços de pré-natal a oferecerem o teste anti-HIV a todas as gestantes, mediante orientação e aconselhamento
- ▼ obriga a notificação da gestante HIV.

Há, em quase todos os municípios de grande e médio porte, Centros de Testagem Anônima que realizam o teste anti-HIV e fornecem aconselhamento para prevenção e cuidados, nos casos positivos. Há também uma rede de serviços de atenção especializada para acompanhamento clínico dos casos de AIDS, e orientação para portadores assintomáticos. Em muitos destes serviços, há profissionais especialmente capacitados para o atendimento das mulheres portadoras. Os medicamentos são fornecidos gratuitamente pelo sistema público de saúde, bem como os exames. No entanto, o sistema supletivo de saúde (seguros e planos de saúde) frequentemente tem, nos seus contratos, cláusulas que excluem o portador do HIV.

O portador do HIV pode requerer aposentadoria, mas não é obrigado. Diversas leis protegem seus direitos civis e trabalhistas.

Atenção especial é dada aos portadores de HIV/AIDS no Programa Nacional de Direitos Humanos, bem como em programas estaduais e em alguns municipais.

Há leis federais, de 1996, que dispõem sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV/AIDS; que tornam obrigatória a inclusão de dispositivo de segurança que impeça a reutilização das seringas descartáveis, e diversas portarias do Ministério da Saúde, entre os anos de 1998 e 2000, inclusive, que dispõem sobre orientações e critérios relativos à

---

<sup>28</sup> Nesse sentido ver: artigo da Professora Sílvia Pimentel, coordenadora nacional do CLADEM-Brasil a respeito do tema, publicado na Folha de São Paulo no dia 12 de janeiro de 2002. Ver: [www.uol.com.br](http://www.uol.com.br) e [www.cladem.org.br](http://www.cladem.org.br).



definição nacional de casos de AIDS em indivíduos menores de 13 anos de idade, para fins de vigilância epidemiológica.

Ressalte-se, novamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente, que prevê a obrigatoriedade de campanhas de educação sanitária para a paz, o que deve incluir campanhas – adequadas às diferentes faixas etárias - de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS.

Várias legislações estaduais garantem direitos a portadores de HIV/AIDS. Em São Paulo, por exemplo, lei estadual de 1995 proíbe, nas escolas públicas ou particulares, qualquer discriminação a portadores de AIDS; lei e decreto regulamentar nesse Estado, de 1997, obrigam empresas privadas que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médico-hospitalares a garantirem atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde.

## **11. Acesso aos serviços de controle da gravidez (pré-natal), atenção ao parto e ao puerpério (pós-parto) e detecção/prevenção do câncer de mama e do colo uterino**

Em 1998, o Conselho Nacional de Saúde aprovou uma resolução no sentido de tornar obrigatória a notificação do óbito materno, buscando, assim, dar maior visibilidade ao problema e colaborar, ainda que de modo indireto, para o fortalecimento das estratégias de redução do óbito materno no país. Ainda visando reduzir o óbito materno e melhorar a qualidade da assistência ao parto, foram implantados Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Gestantes de Alto Risco.

No ano de 2000 foi aprovado, pela Câmara dos Deputados, projeto de lei que autoriza as mulheres trabalhadoras a terem um dia de folga para a realização de exames de **Papanicolau**, visando aumentar o acesso e a cobertura deste benefício. É necessário apontar que, imediatamente após o término da Campanha de Prevenção do Câncer de Colo Uterino, o controle das ações de prevenção do câncer de colo uterino e de mama saíram da responsabilidade da Área (**ACENTO**) Técnica do Ministério da Saúde para ficarem sob coordenação do INCA – Instituto Nacional do Câncer. Assim, embora seja preconizado que as ações de prevenção – exame de mamas e realização do Papanicolau - enquanto ações básicas de saúde, sejam realizadas nas unidades de cuidados primários e ambulatoriais, na perspectiva de integralidade que norteia as ações da Área Técnica de Saúde da Mulher, a organização de referências para tratamento de casos positivos, capacitação de profissionais e fornecimento de exame insumos estão sob controle do INCA.

Iniciativa da maior importância é a parceria da AVON com esse órgão (INCA) para ações de prevenção e tratamento do Câncer de Mama. Vale mencionar, a propósito, lei federal que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde, nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, o que tem papel relevante na recuperação da auto-estima das mulheres.

Há um amplo espectro de direitos de mulheres e crianças relacionados com gravidez, parto e puerpério, com implicações no acesso aos serviços correspondentes e outras questões.

A Constituição Federal elenca entre os direitos sociais a proteção à maternidade, inclusive nos planos de previdência social; garante às presidiárias condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação; garante a licença-gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de 120 dias e o direito à licença-paternidade, dentre outros aspectos. Ao referir-se à assistência integral à saúde, o Constituinte explicitou apenas a criança e o adolescente, deixando de lado a mulher. O Estatuto da Criança e do Adolescente trata do direito à vida e à saúde, contendo preceitos relativos à gravidez e ao parto, assegurando à gestante o atendimento pré e perinatal, estabelecendo as regras para tal atendimento

Ressalte-se que o Código Penal considera circunstância que sempre agrava a pena, quando não constitui ou qualifica o crime, o fato de ser cometido contra mulher grávida; define como crime de infanticídio matar sob a influência do estado puerperal o próprio filho durante o parto ou logo após, dentre outros. A lei federal que versa sobre o crime de tortura prevê aumento de pena quando o crime é cometido contra criança, gestante, deficiente e adolescente.

A Consolidação das Leis Trabalhistas versa sobre a proteção à maternidade no âmbito das relações de trabalho, incluindo-se o direito da mulher: de mudar de função ou de rescindir o contrato se prejudicial à gestação; de ter dois intervalos especiais de meia hora cada um para amamentação do filho até 6 meses de idade; de contar com creche no estabelecimento com mais de 30 empregadas de mais de 16 anos de idade. Leis federais proíbem a exigência de atestados de gravidez e esterilização para efeitos de admiss-ao ou de permanência no emprego.

Praticamente todas as constituições estaduais se referem de modo expresse à atenção e à assistência médica à maternidade. Algumas aludem à assistência materno-infantil, salientando o aleitamento como direito da mulher e da criança. Outras manifestam nitidamente sua prioridade em relação à saúde da criança, como é o caso dos Estados do Maranhão e do Piauí. A maioria das constituições estaduais integra ao conceito da "assistência materno-infantil" o pré-natal e outros possíveis diagnósticos. Poucas reportam-se à responsabilidade do Poder Público quanto à obrigação de prestação de uma assistência integral à saúde da mulher que atenda, em suas várias fases de vida, suas diversas necessidades.

São sete os Estados que expressamente dispõe sobre um atendimento integral à saúde da mulher: Bahia, Ceará, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio de Janeiro e Tocantins. A Constituição do Estado da Bahia dispõe que o "*Estado garantirá, perante a sociedade, a imagem social da mulher como mãe, trabalhadora e cidadã em igualdade de condições com o homem, objetivando [...] criar mecanismos de assistência integral à saúde da mulher em todas as fases de sua vida, através de programas governamentais desenvolvidos, implementados e controlados com a participação das entidades representativas das mulheres*". No sentido da participação do movimento organizado de mulheres, também, ressalte-se a Constituição do Estado de Goiás. A Constituição do Ceará atribui ao Sistema Único Estadual de Saúde o dever de "*implementar e garantir ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que atendam às especificidades da população feminina do Estado, em todas as fases da vida da mulher, desde o nascimento até a terceira idade*". O Estado do Rio de Janeiro impõe como política "*a adoção de novas práticas de atendimento relativas ao direito de reprodução mediante consideração da experiência dos grupos ou das instituições de defesa da saúde da mulher*".

Outros 3 Estados – Mato Grosso, Paraná e São Paulo – não usam manifestamente esta terminologia, mas, de alguma forma, resguardam tal direito. O Estado do Mato Grosso fala em "*assegurar o exercício dos direitos da mulher, através de programas sociais voltados para as suas necessidades específicas, nas várias etapas evolutivas*". Paraná prevê que o Estado dotará os serviços de Saúde de meios adequados ao atendimento à saúde da mulher. São Paulo concebe um conceito de assistência médico genérico capaz de abarcar toda e qualquer situação específica, ao dispor que cumpre ao Sistema Único de Saúde, entre outros deveres, "*a assistência integral à saúde, respeitadas as especificidades de todos os segmentos da população*".

Algumas Constituições contemplam, ainda, expressamente, a prevenção do câncer de mama e do colo de útero, bem como de medidas que concernem aos casos de fator de RH e fenilcetonúria, como é o caso do Estado do Pernambuco e de Tocantins.

Lei do Estado do Paraná, de 1987, dispõe sobre a obrigatoriedade dos diagnósticos precoces de fenilcetonúria (FNC), do hipotireoidismo congênito (HC), do mongolismo e de outras malformações genéticas e cromossômicas em todas as crianças nascidas em maternidades e casas hospitalares mantidas pelo Estado do Paraná. O texto legal ainda estabelece que deve

haver instalações, pessoal e equipamentos mínimos necessários à estrutura hospitalar para prestar assistência à gestante e aos recém-nascidos normais e em situações de emergência ou de médico de risco. Outra lei estadual do Paraná, de 1990, dispõe sobre o atendimento integral à saúde da mulher prestado pela rede pública de saúde do Estado e suas conveniadas, ressaltando-se os trabalhos preventivos que deverão ser incluídos na assistência clínico-ginecológica, as ações educativas e a realização de exames laboratoriais e radiológicos gratuitos. Estabelece também a lei estadual do Pará a existência de Comissão Inter-institucional (CHECAR) de Saúde, que acompanhará a aplicação das atividades básicas da Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Lei estadual do Rio de Janeiro, de 1991, torna obrigatória a publicação na imprensa oficial das informações sobre o atendimento à saúde da mulher no Estado, incluindo-se aqueles referentes à assistência clínico-ginecológica, ambulatorial e cirúrgica, compreendendo as patologias do aparelho reprodutivo e a prevenção do câncer de colo uterino e de mama; assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, devendo destacar informações sobre o planejamento familiar, as taxas de mortalidade feminina, especialmente materna.

Lei estadual de São Paulo, de 1998, estabelece a criação do Centro de Apoio à Gestante, que tem por objetivo acolher, em local apropriado, a futura mãe cuja gravidez seja indesejada, propiciando-lhe a assistência material, pedagógica, psicológica e médica. Embora seja uma iniciativa interessante, a lei acaba, de uma certa forma, estimulando a mulher cuja gravidez é indesejada a ter a criança e "obrigando-a" a com ela permanecer, pois não há qualquer disposição no sentido de orientá-la para possível adoção, na medida em que a lei prevê o amparo à mãe até o sexto mês de vida da criança. A lógica da lei nos parece amparar mulheres pobres que não tenham condições de arcar com a gravidez e primeiros meses de vida da criança, mas, de acordo com a formulação legal, paira uma certa "ambiguidade" (*trema*) no tratamento do tema. A Lei Orgânica do Município de São Paulo também versa sobre o tema, no sentido de assegurar à mulher assistência integral à saúde no pré-natal, no parto e pós-parto, dentre outras disposições.

#### IV. TEMAS, ATORES E ARGUMENTOS RELEVANTES

**A fala de outros atores: a abordagem da saúde e direitos reprodutivos na mídia, na produção acadêmica e o papel das organizações não-governamentais:**

##### **a) A fala dos atores sociais**

Considerando os segmentos sociais aqui representados - *movimentos sociais, academia e igreja* - a partir das entrevistas realizadas, temos a apontar:

- ▼ protagonismo do movimento feminista na discussão (propositiva) de políticas públicas de saúde e direitos reprodutivos e o diálogo entre o movimento organizado das mulheres e outros movimentos sociais, como os movimentos sindicais ou o movimento dos sem terra;
- ▼ em termos de academia, deveriam ser distinguidas as Escolas Médica e de Direito, e seus professores, que formam os futuros profissionais para atendimento ao indivíduo, e os professores/pesquisadores da Área de Saúde ou do Direito Coletivo que, mais

frequentemente, são sensíveis para os impasses que a cultura de gênero coloca para homens e mulheres e, conseqüentemente, para os impactos desta cultura sobre os direitos sexuais e reprodutivos;

- ▼ por último, vale considerar o profundo sincretismo religioso da população brasileira. Não é raro encontrar uma mesma pessoa frequentando dois cultos religiosos distintos e seguindo, na sua vida privada, as orientações de um ou de outro, de acordo com interesses pessoais. Cabe, portanto, assinalar a importância da influência da Igreja Católica, como também dos evangélicos, em especial os ligados à Igreja Universal do Reino de Deus.

Segue abaixo um rápido mapeamento das posições defendidas por cada um desses segmentos sociais em relação aos temas abordados, considerando a sua diversidade interna:

- ▼ *Matrimônio e Divórcio* – Tema que interessa predominantemente à igreja, que considera o matrimônio um sacramento inviolável. No entanto, nenhum dos grupos religiosos de expressão, hoje, aborda o matrimônio e a condenação do divórcio como uma das suas prioridades.
- ▼ *Violência sexual* - É hoje um dos temas que mais mobiliza tanto os movimentos organizados de mulheres quanto os setores da academia, no campo da saúde coletiva, no campo da atenção médica individual e no do direito, facilitando o estabelecimento de parcerias para a realização de trabalhos de investigação e de intervenção. A postura hegemônica é de que a violência sexual é consequência da cultura de gênero, e que para reduzi-la é necessário: dar visibilidade à esta modalidade de violência; qualificá-la e quantificá-la; sensibilizar homens e mulheres para mudanças de comportamento em relação a este fato.
- ▼ *Educação sexual* - Tema no qual as ONGs ligadas à saúde das mulheres e também à prevenção de DST/AIDS buscam se unir a escolas para realizar intervenções na perspectiva do exercício da sexualidade com responsabilidade. Os diferentes credos religiosos, quando abordam este tema, o fazem na perspectiva da abstinência sexual dos jovens e na condenação a uma suposta promiscuidade juvenil. Os acadêmicos pouco participam deste debate.
- ▼ *Aborto* – Ponto fulcral na luta feminista no país, e também um forte ponto de convergência e parceria entre diversos movimentos sociais e academia, tanto na perspectiva da saúde individual quanto na perspectiva da saúde coletiva e do direito. A ampliação do acesso ao aborto no Brasil deve-se, parcialmente: à exitosa articulação entre estes atores sociais, que têm garantido a rápida expansão dos serviços que realizam abortos nos casos previstos na lei; à destacada atuação de alguns importantes médicos ginecologistas, obstetras e geneticistas; e, também, às firmes e inovadoras decisões judiciais favoráveis à interrupção de gravidez em casos de mal formação fetal.
- ▼ *HIV/AIDS* – Os diferentes setores concordam sobre a importância em se unir forças para combater a epidemia, sendo que os movimentos sociais e a academia buscam estratégias para disseminar o uso de preservativos, enquanto que as religiões não se colocam de modo homogêneo em relação ao problema: alguns setores da igreja defendem o uso da camisinha, enquanto outros defendem a abstinência sexual.
- ▼ *Gravidez entre adolescentes* – Enquanto a academia e os movimentos sociais buscam entender o fenômeno da gravidez entre os jovens, buscando meios de disseminar e aumentar o uso do preservativo e outros contraceptivos, as igrejas defendem a abstinência. Vale ressaltar que é quase hegemônico o pensamento de que a gravidez entre adolescentes é um problema social grave, e que a responsabilidade sobre esta situação é mais das meninas que dos meninos, pois são estas que vão em busca de sexo sem estarem protegidas..

- ▼ *Orientação sexual* – Os setores mais envolvidos na luta contra a AIDS, quer seja ONGs, religiões ou centros de investigação e cuidados individuais, têm se mostrado mais comprometidos com a aceitação e garantia dos direitos de homossexuais. Vale ressaltar que a visibilidade da homossexualidade masculina é bem maior do que a da homossexualidade feminina, razão pela qual mulheres lésbicas encontram maiores barreiras para discutir seus direitos e necessidades específicas de saúde.
- ▼ *Planejamento Familiar e Contraceção* – Apesar da Igreja Católica ainda manter um discurso de condenação ao uso de contraceptivos, esta prática é amplamente disseminada na população, mesmo entre mulheres católicas, tendo suporte em todos os setores sociais.
- ▼ *Prostituição Masculina e Feminina* – Apesar do esforço das entidades que trabalham na prevenção da epidemia de AIDS em buscar dar visibilidade e dignidade aos profissionais do sexo, este ainda é um tema pouco enfrentado pelos distintos segmentos sociais aqui enfocados, sendo alvo de discursos contraditórios e ambíguos que vão da vitimização à condenação.
- ▼ *Acesso a Serviços de Saúde Reprodutiva: Pré-natal, Atenção ao Parto, Prevenção de Câncer de Mama e de Colo Uterino* – Tema recorrente no discurso das ONGs de mulheres e também no movimento sindical. Alguns movimentos de mulheres ligados à Igreja também discutem e lutam pelo acesso das mulheres a serviços de saúde reprodutiva. No entanto, o tema não se constitui como pauta de nenhum grupo religioso de expressão no país.

## b) Saúde e direitos reprodutivos na mídia

Duas organizações da sociedade civil, a Comissão de Cidadania e Reprodução e a RedeSaúde, fazem o monitoramento das notícias relacionadas à saúde e direitos reprodutivos em quatro jornais do eixo Rio/SP e em duas revistas de circulação nacional.

Considerando a abordagem dos temas *Cultura Sexual, Aborto, Câncer, DST/AIDS, e Reprodução* nos jornais, para o período de 1998/2000, sistematicamente o tema *Cultura Sexual*, que inclui violência sexual, assédio, impotência e sexualidade, foi o que ocupou maior espaço, muitas vezes com uma perspectiva sensacionalista e/ou ligada a eventos de forte apelo, como o caso Clinton e o lançamento do Viagra. Seguiu-se, pela ordem, o tema *Reprodução* – com enfoque bastante marcado pelas tecnologias reprodutivas -, *DST/AIDS*, com abordagem predominantemente clínica, relacionada a medicamentos e, por fim, os temas de *Câncer e Aborto*, este último, significando, em média, 3% do conjunto de espaços dedicados à saúde reprodutiva.

No que se refere às revistas de circulação nacional, a gama de temas que de alguma maneira se relacionam aos direitos sexuais e reprodutivos é maior, incluindo não apenas notícias relacionadas aos fatos da semana, como também pautas de maior alcance. Os temas arrolados no campo da *Cultura Sexual* são ainda os que mais frequentemente aparecem nas páginas das revistas, sendo que, nestes veículos, a cobertura dada ao *aborto* e à *cultura de gênero como razão da disseminação do HIV entre as mulheres* é bem mais significativo do que nos jornais.

Ao mesmo tempo, as revistas femininas populares, que têm grande circulação, não abordam temas de saúde reprodutiva e, quando o fazem, em geral, é a partir de propostas altamente medicalizadas de “cuidado com a saúde”. Assim, vale assinalar que, embora as duas revistas de circulação nacional de maior prestígio tenham posturas claramente alinhadas com as reivindicações das mulheres, em função do seu preço, e mesmo do seu formato, acabam não atingindo a maior parte da população, a qual acaba tendo a seu dispor publicações que dão grande ênfase ao romantismo, assumindo, em relação aos temas de saúde reprodutiva, posturas muitas vezes conservadoras.

Outro veículo potencialmente importante na abordagem de temas ligado ao cotidiano das pessoas são as novelas de TV, as quais, em geral, assumem uma postura ambígua quando se

trata de temas relacionados à saúde e aos direitos reprodutivos. Assim, o exercício da sexualidade fora do casamento e a homossexualidade masculina são temas naturalmente tratados, bem como a necessidade das mulheres de fazerem controles periódicos de saúde. Ao mesmo tempo, existe relutância em apresentar mais amplamente o *condom* (a camisinha) como artefato indispensável para a prática do sexo, seja para profissionais do sexo, seja para portadores do HIV. Até mesmo a ocorrência do aborto (sempre involuntário, nas novelas) é apresentada, na maioria das vezes, em tom dramático e de penalização das mulheres.

Segundo levantamento feito informalmente durante o II Congresso Internacional Mulher e Trabalho, praticamente todas as universidades públicas, e algumas privadas, contam com núcleos e/ou programas de estudos de gênero. Isto, direta ou indiretamente, amplia a produção acadêmica sobre saúde e direitos reprodutivos, havendo mais de três periódicos acadêmicos de circulação nacional e internacional – e de grande reconhecimento - dedicados ao tema.

Segundo levantamento realizado no Lilacs (base bibliográfica informatizada), através de palavras chave, o aborto, no espaço acadêmico brasileiro, aparece como o tema com o maior número de referências para o período 1995/2000. Em contrapartida, levantamento feito junto ao banco de teses registradas no Conselho Nacional de Pesquisa, para o mesmo período, mostra que o planejamento familiar, entendido de modo amplo, (uso de contraceptivos, razões para esterilização, eficácia de serviços, práticas populares e outros) foi o tema relacionado à saúde reprodutiva mais freqüentemente abordado nos trabalhos de pós-graduação. Particularmente na pós-graduação, o volume de trabalhos dedicados à "*cultura sexual*" é surpreendentemente baixo, se comparado à importância dada pela mídia ao mesmo assunto. Vale ressaltar a existência de uma biblioteca virtual de saúde da mulher ligada à uma instituição acadêmica, bem como de numerosos sites ou listas de discussão, vinculados ou não à universidades, que circulam informações a respeito da saúde e dos direitos reprodutivos.

No espaço de produção e circulação de informações não se pode deixar de citar, ainda, a mídia escrita feminista. Através de publicações regulares com forte conteúdo informativo e da disponibilização de dados, as publicações da RedeSaúde (Jornal, Dossiê, REDEFAX e Boletim Eletrônico) do CFEMEA e da Comissão de Cidadania e Reprodução constituem-se, hoje, em referência obrigatória para a mídia em geral, para formuladores e implementadores de políticas públicas dirigidas para as mulheres e, ainda, para pesquisadores.

## (..) V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De uma maneira geral, pode-se dizer que, mesmo considerando o avanço legislativo que se operou no Brasil, nas últimas décadas, em matérias relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres brasileiras ainda sofrem discriminações e violência de toda sorte, decorrentes, entre outros fatores, da legislação vigente.

Legislações conservadoras e discriminatórias de gênero, inadequadas e insuficientes, ainda permeiam o universo jurídico que afeta essa dimensão tão humana que é a sexualidade e a reprodução. A maioria das leis que regem as matérias afetas ao tema ainda são provenientes do período anterior a 1995-2000 – muitas delas do início do século XX - e estão mais destinadas a "controlar" a sexualidade e reprodução humana do que a regulamentar e estimular seu exercício livre e responsável, condizente com os valores plurais e democráticos presentes em nossa contemporaneidade.

Vale lembrar que a grande maioria desses dispositivos discriminatórios estão presentes em nossos Códigos Civil (1916) – o qual será modificado a partir de 2003, com a entrada em vigor do Novo Código Civil brasileiro - e Penal (1940), os quais são inspirados na legislação européia

ocidental, em especial, nos Códigos Napoleônico, italianos, alemães e outros produzidos em sociedades e períodos históricos com valores desajustados aos da realidade brasileira atual.

A permanência ou não dessas normas discriminatórias em nossa legislação nacional deve-se a uma correlação de forças políticas que envolve diversos atores sociais. A título exemplificativo: por um lado, segmentos religiosos conservadores são atores sociais que - apesar da constitucional separação de Igreja e Estado - influem sobremaneira para a manutenção da criminalização do aborto e também para impedir o exercício do direito das mulheres ao aborto legal - há mais de 60 anos garantido na lei penal. Impedem, também, as iniciativas federais, estaduais e municipais de regulamentação do exercício do direito ao aborto legal, em especial, através de forte *lobby* junto a parlamentares católicos e evangélicos, bem como, por vezes, de ações judiciais com o fim de suspender a eficácia de leis e regulamentos estaduais e municipais nesse sentido; por outro lado, no que se refere aos avanços logrados na legislação nacional afeta aos direitos sexuais e reprodutivos, podemos afirmar, sem hesitação, como forças políticas da sociedade civil organizada foram fundamentais para conquistas inovadoras nessa área. Ressalte-se, nesse sentido, a atuação do movimento de mulheres brasileiro, de lideranças e organizações não-governamentais feministas e de direitos humanos, de profissionais das áreas da saúde e da educação, de entidades de classe, sindicatos, de conselhos de direitos, agentes governamentais responsáveis por políticas públicas e de parlamentares aliados aos direitos humanos das mulheres.

Há uma cultura sócio-jurídico-política e ideológica a ser transformada em nosso país, o que vem paulatinamente ocorrendo. A mudança dessa cultura passa pela eliminação dos estereótipos, preconceitos e discriminações sociais, em especial de gênero, raça/etnia e desigualdade sócio-econômica, que se refletem na atuação institucional. Passa, portanto, também, pelo respeito social à diversidade, pela ação legislativa e executiva condizente com os valores de igualdade e respeito às diferenças e, ainda, pela postura do judiciário, que diz o direito no caso concreto e, especialmente, em ações judiciais referentes a direitos coletivos e/ou difusos, que podem ter efeito "*erga omnes*" (para todos). Nesse sentido, a atuação político-jurídica do Supremo Tribunal Federal é especialmente fundamental, não só por ser o órgão jurisdicional máximo a decidir sobre questões constitucionais, como pelas competências específicas que possui de julgar casos, até mesmo originariamente, relativos a essas questões, incluindo-se ações direta de constitucionalidade e inconstitucionalidade das leis, o que vai refletir na produção legislativa do país.

Não há dúvidas, também, quanto à crescente tendência de valorização e incorporação dos princípios e normas de direito internacional dos direitos humanos na ordem jurídica interna - um movimento recente no mundo - retratada na interpretação das normas e princípios constitucionais brasileiros. Assim, o quadro legislativo nacional pode ser fortalecido no sentido de se promover mudanças adequadas, na medida em que o arcabouço de documentos e instrumentos internacionais e seus mecanismos de monitoramento - mesmo com suas limitações - promovem uma cultura de direitos humanos a ser absorvida em todos os sentidos pelos governos nacionais. E as organizações de direitos humanos em geral e das mulheres têm exercido um papel fundamental nesse sentido, inclusive junto às instâncias governamentais (executivo, legislativo e judiciário) no plano federal, estadual e municipal que abrem, cada vez mais, canais institucionais para tal.

*A discriminação em relação à mulher a partir da vinculação da sexualidade à área da reprodução reforça uma teia ideológica que tem o fito de controlar sua vida e seu corpo. É produto de sociedades patriarcais, que ainda dicotomizam o público e o privado, entendendo-se este não como privacidade individual, mas familiar, em que fica subentendido o poder masculino do chefe de família*<sup>29</sup>, ainda presente em tantos dispositivos legais infraconstitucionais, apesar dos

---

<sup>29</sup> PIMENTEL, Sílvia. *Direitos Reprodutivos e Ordenamento Jurídico Brasileiro: subsídios a uma ação político-jurídica transformadora*, Cadernos CCR 2, Comissão de Cidadania e Reprodução, São Paulo, 1993 (mimeo), pg. 94.

avanços propugnados na Constituição Federal de 1988 em relação à igualdade entre homens e mulheres.

São *desafios* e *tendências* que acreditamos deverão se operar na cultura sócio-jurídico-política do país, dentre outros: a) a eliminação da legislação discriminatória de gênero, em especial nos Códigos Civil e Penal brasileiros; b) o suprimento das lacunas e dos vazios legislativos na matéria, de maneira a contemplar os valores pluralistas da sociedade brasileira, sem tentar impor uma moral única e hegemônica, tirando a mulher do papel a que ainda está, explícita ou implicitamente, destinada nas leis; c) o enfrentamento da complexa temática da sexualidade e reprodução como dimensões essenciais da pessoa humana e contemplá-las enquanto direitos de forma adequada no plano legal, não com o objetivo de controlar o corpo e a vida da mulher, mas de regular adequadamente o exercício responsável desses direitos quando necessário e d) a incorporação do real sentido de que os direitos das mulheres e meninas – civis e políticos, econômicos, sociais e culturais - são direitos humanos inalienáveis e indivisíveis e que afetam os direitos sexuais e reprodutivos homens e mulheres em todas as fases de suas vidas. Para tanto, a adequação da legislação nacional deve seguir sendo promovida nos âmbitos federal, estadual e municipal.

A produção legislativa **do período de 1995-200**, apesar de revelar uma certa evolução no tratamento da complexa temática dos direitos sexuais e reprodutivos, pouco inova, em especial em relação à Constituição Federal de 1988. De toda forma, os esforços são reconhecidos em alguns tópicos nas legislações federais e em algumas estaduais e municipais, tais como planejamento familiar, HIV/AIDS, educação sexual, violência sexual e aborto legal, entre outros. Mas há muito ainda a fazer.

Entretanto, ao que nos parece, o *desafio* que radicalmente permanece em relação à produção legiferante do país é o da **efetivação desses direitos** no plano das políticas públicas integradas, permitindo um real exercício da cidadania pelas mulheres brasileiras.

Essa *defasagem* entre legislação e política pública, entre norma e execução da norma, entre “controle” (normativo e social) e “exercício” da sexualidade e reprodução humanas é o aspecto mais perverso do quadro nacional. Urge equacionar tais distorções, por meio de um efetivo saneamento da ordem jurídica interna e de um aporte de conteúdo para a questão os direitos sexuais e reprodutivos, em especial da sexualidade, que segue sendo o grande *nó* da sociedade, com sérias implicações no plano das relações sociais entre homens e mulheres, entre Estado, cidadãs, cidadãos e instituições afetadas.

Conforme apontado no início deste trabalho, a implementação da saúde e dos direitos reprodutivos no Brasil, embora desde 1994 tenha sido objeto de inúmeras iniciativas governamentais, esbarra, para a sua efetivação, nos limites do modelo econômico de desenvolvimento adotado no país, que tem acentuado a pobreza e a desigualdade, com um correlato impacto negativo na qualidade dos serviços públicos em geral.

Em termos culturais, ressalte-se que uma formação histórica baseada na escravidão e na violação de escravas e índias contribuem para que o machismo esteja fortemente arraigado. Considerando os tempos atuais, percebe-se que as inúmeras denúncias de corrupção que não resultam em processos e penalização dos responsáveis produzem um descrédito no poder público e desestímulo à participação política. A combinação entre a cultura machista, o desânimo para a participação política e o desmonte dos serviços públicos tornam-se, assim, poderosos obstáculos para a efetivação da saúde e direitos reprodutivos no país, em que pese os inúmeros planos e iniciativas formais do governo.

Um exemplo claro desta discrepância entre o discurso e a prática pode ser dado se acompanharmos a execução do orçamento destinado às ações de saúde da mulher nos últimos anos. O fato de que percentual do orçamento destinado à implementação de políticas sociais destinado tem sido regularmente reduzido, em função da utilização dos recursos nacionais para pagamentos dos serviços da dívida. Mesmo assim, o reduzido recurso destinado à saúde da



mulher não tem sido completamente executado (Cfemea e Observatório da Cidadania, 2000), fundamentalmente em função de entraves burocráticos para liberação de recursos.

A falta de continuidade de algumas propostas de políticas públicas também tem sido um grande inimigo das mulheres, como pode ser visto: **no esvaziamento de muitos dos CECFs – Conselhos Estaduais da Condição Feminina**; na transferência do controle das ações referentes ao câncer para um órgão que, apesar da grande incorporação tecnológica, não adota no planejamento das suas ações a perspectiva da saúde coletiva; e, ainda, na desarticulação das Câmaras Temáticas de Saúde da Mulher. Mesmo a política de parcerias tem sido redirecionada mais para a implementação de ações pontuais do que para o planejamento, monitoramento e efetivação de ações globais. **Exceção deve ser feita à mais recente atuação do CNDM-Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, tais como:** a parceria entre uma empresa privada de cosméticos e o CNDM para a implementação de um programa que, através da produção e distribuição de material educativo, e também da ação direta junto às suas funcionárias e revendedoras, busca levar informações básicas de saúde reprodutiva às suas 500.000 revendedoras e inúmeras clientes, **bem como a parceria com organizações de mulheres na implementação do Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher, dentre outras.**

Vale apontar também a existência do Conselho Empresarial junto à Coordenação Nacional de DST/AIDS, composto por 17 empresas, que busca definir proposta de atuação do setor privado frente à epidemia.

Considerando o desempenho das ações incluídas neste informe, fica evidente que ainda são tímidas as iniciativas voltadas para as jovens, especialmente as negras e residentes nas áreas rurais, que compõem o segmento mais empobrecido da população. O descuido com estas meninas guarda íntima relação com o comércio sexual, que nas áreas de garimpo assumem características de escravagismo. O comércio sexual de meninas e mulheres, incluindo todas as suas formas, também tem sido uma área bastante descuidada pelos setores governamentais.

Embora o discurso governamental afirme que a implementação do PACS-Programa de Agentes Comunitário de Saúde e do PSF-Programa de Saúde da Família contribuiu para melhorar o acesso e qualidade das ações básicas em saúde da mulher, não existe garantias de que isto efetivamente venha a ocorrer, dado que o modelo apresenta várias fragilidades, já apontadas neste documento, tais como: focalização, não universalidade e total dependência do compromisso dos governos locais e das instâncias de controle social para sua implementação bem sucedida. De fato, duas pesquisas realizadas na cidade de São Paulo sobre o assunto (Instituto de Saúde, 2000) mostram que isto de fato não tem acontecido. Ao contrário, parece mais fácil para as agentes comunitárias de saúde lidarem com patologias como diabetes, hipertensão, diarreia e mesmo o controle do pré-natal, que se realizam através de diretrizes e prescrições, do que com a contracepção, a prevenção do HIV e da violência, que exigem maior capacidade de diálogo com as usuárias. Por último, deve ser apontado que o grande protagonista no setor governamental para ações voltadas para a saúde reprodutiva foi a Coordenação Nacional de DST/AIDS, que contou com grande volume de recursos financeiros (através de empréstimo do Bird), e autonomia para a sua execução, o que possibilitou apoio à ações direcionadas a jovens e mulheres de diferentes setores sociais. É louvável o esforço da Coordenação de DST/AIDS que, ao desenhar um programa amplo de intervenção sobre a epidemia, potencializa a discussão e as ações voltadas para a saúde e direitos reprodutivos dentro e fora dos serviços de saúde, possibilitando, ao mesmo tempo, processos de inclusão social de populações marginalizadas, como profissionais do sexo, homossexuais, usuários de drogas, populações de ruas e outras. No entanto, estas ações terminam limitadas por fatores estruturais – pobreza, baixa qualidade dos serviços e outros - que interferem diretamente no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. No que diz respeito à mulheres, chama atenção a priorização das ações para gestantes, voltadas, em última instância, para proteger o bebê, em

detrimento de outras ações de prevenção e diagnóstico precoce (fora do ciclo gravídico puerperal) que podiam estar sendo implementadas, paralelamente, com igual ênfase.

Tem sido objeto de preocupação dos diferentes setores envolvidos com a saúde reprodutiva no Brasil o fato de que os recursos da Coordenação Nacional DST/AIDS provenientes do acordo de empréstimo vão acabar em 2002, não sendo, portanto, possível manter o protagonismo neste campo que a CN DST/Aids ocupou desde 1995.

*Entendendo que os direitos sexuais e reprodutivos são fundamentais à mulher, pois somente a partir do autocontrole de seu físico e de sua sexualidade terá condições de autonomia político-social, o que lhe permitirá conquistar status e poder na sociedade, superando subordinações milenares; acreditando que os direitos sexuais e reprodutivos representam direitos humanos individuais e inalienáveis a mulheres e homens e que um dos grandes desafios de nossa época é sua implementação, esperamos, com este estudo, contribuir para o conhecimento e a discussão do tema, despertando a atenção de todos, especialmente de parlamentares e autoridades, para a premente necessidade de uma ação político-jurídica corajosa, criativa e transformadora que, enfrentando tabus, crie condições para que os indivíduos possam exercer sua sexualidade e sua capacidade reprodutiva com autonomia e dignidade.<sup>30</sup>*

---

<sup>30</sup> PIMENTEL, Sílvia. Direitos Reprodutivos e Ordenamento Jurídico Brasileiro: subsídios a uma ação político-jurídica transformadora, Cadernos CCR 2, Comissão de Cidadania e Reprodução, São Paulo, 1993 (mimeo), pg. 94.

# BALANÇO REGIONAL:<sup>31</sup>

## DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS NA AMÉRICA LATINA

---

<sup>31</sup> **Equipe de trabalho responsável pelo balanço regional:** *Roxana Vásquez Sotelo e Inés Romero Bidegaray*. Colaboraram com a sistematização e análise dos informes nacionais: Juan Francisco Acevedo (na parte estatística e de informação geral sobre os contextos) e Tammy Quintanilla (na parte de legislação e políticas públicas). Os diagnósticos nacionais que serviram de base ao balanço regional estiveram a cargo das equipes dos CLADEMs: Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Honduras, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, e os ENLACES do CLADEM em: Chile, El Salvador e Uruguai. Em cada um destes casos se constituíram equipes de trabalho, conformados por especialistas cujos nomes seria muito extenso mencionar nesta nota, mas que serão devidamente indicados na publicação final. O informe do México foi realizado por uma equipe dirigida por Gloria Careaga. Tradução para o português: *Valéria Pandjarian*. Nota da tradutora: o texto que segue consiste em uma **primeira versão sintetizada do balanço regional** referente aos diagnósticos nacionais produzidos em 14 países da região, o qual foi apresentado por Roxana Vásquez no Seminário Regional do CLADEM: *Direitos Reprodutivos... Direitos Sexuais... Direitos Humanos...*, realizado entre 5 e 7 de novembro de 2001, no Hotel *El Pueblo*, em Lima, Peru. Essa primeira versão ainda será revisada, atualizada e corrigida para fins da publicação referente ao seminário. Documento mais extenso a respeito do balanço regional encontra-se disponível na página do CLADEM na internet: [www.cladem.org](http://www.cladem.org).

## I. TERMOS, ALCANCES E OBJETIVOS DO ESTUDO

Entre agosto de 2000 e maio de 2001, foi desenvolvido um trabalho de coleta e análise de informações em 14 países da região.

*Países:* Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, Equador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico e Uruguai.

**Balanço regional, orientado a identificar :**

- ▼ As dificuldades particulares e comuns.
- ▼ As tensões e vazios que existem ou subsistem no debate.
- ▼ Os avanços obtidos.

**A investigação incidiu na coleta, sistematização e análise de:**

- ▼ Informação estatística relevante.
- ▼ Informação geral sobre os contextos políticos, sociais e econômicos.
- ▼ Informação relevante sobre os debates público e acadêmico.
- ▼ Legislação e políticas públicas.

**Temas:**

- ▼ Educação sexual
- ▼ Violência sexual
- ▼ Planejamento familiar / anticoncepção
- ▼ Matrimônio / uniões de fato
- ▼ Divórcio
- ▼ Prostituição
- ▼ Gravidez na adolescência
- ▼ Aborto
- ▼ Orientação sexual
- ▼ HIV / AIDS
- ▼ Gravidez, maternidade e paternidade no âmbito do trabalho
- ▼ Assédio sexual
- ▼ Controle da gravidez e atenção ao parto e puerpério
- ▼ Reprodução assistida
- ▼ Detecção precoce de câncer de mama e de colo uterino

## II. APRECIÇÕES GERAIS: DIFICULDADES E LIMITAÇÕES QUE ENFRENTARAM OS DIAGNÓSTICOS NACIONAIS E O BALANÇO REGIONAL

Dificuldades no que diz respeito à obtenção da informação existente, à ausência de registros e à qualidade da informação disponível:

- ▼ Não se pôde conseguir - praticamente em nenhum caso - informação de caráter financeiro, já que não tivemos acesso aos orçamentos previstos e executados pelas fontes de financiamento.
- ▼ No que diz respeito à legislação, em alguns países não foi possível ter acesso aos debates parlamentares.
- ▼ Para a construção da informação estatística: houve problemas com relação às fontes.
- ▼ É notória a ausência de registros que levem em conta variáveis como setor sócio-econômico ou área geográfica.
- ▼ Também são frequentes as discrepâncias de cifras entre fontes, chegando inclusive a se verificar sensíveis diferenças.

## III. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E TENDÊNCIAS IDENTIFICADAS A PARTIR DA ANÁLISE DOS CONTEXTOS POLÍTICO, ECONÔMICO E SOCIAL NA REGIÃO

### No plano sócio-econômico

Implantação de políticas de corte neo-liberal: as tendências atuais indicam que, apesar da crise que vários de nossos países está enfrentando, o modelo vai ser mantido no que se refere ao seu conteúdo substancial.

- ▼ Reformas estruturais orientadas a liberalizar a economia.
- ▼ Objetivos principais: a redução do *déficit* fiscal, mediante o incremento da arrecadação e da contenção do gasto público, e o controle da inflação.
- ▼ Aspira-se fazer crescer as exportações de produtos elaborados ou com alto valor agregado, ainda que, de fato, a maioria dos países não tenha revertido até agora o viés primário-exportador que prevalece na estrutura de suas exportações.

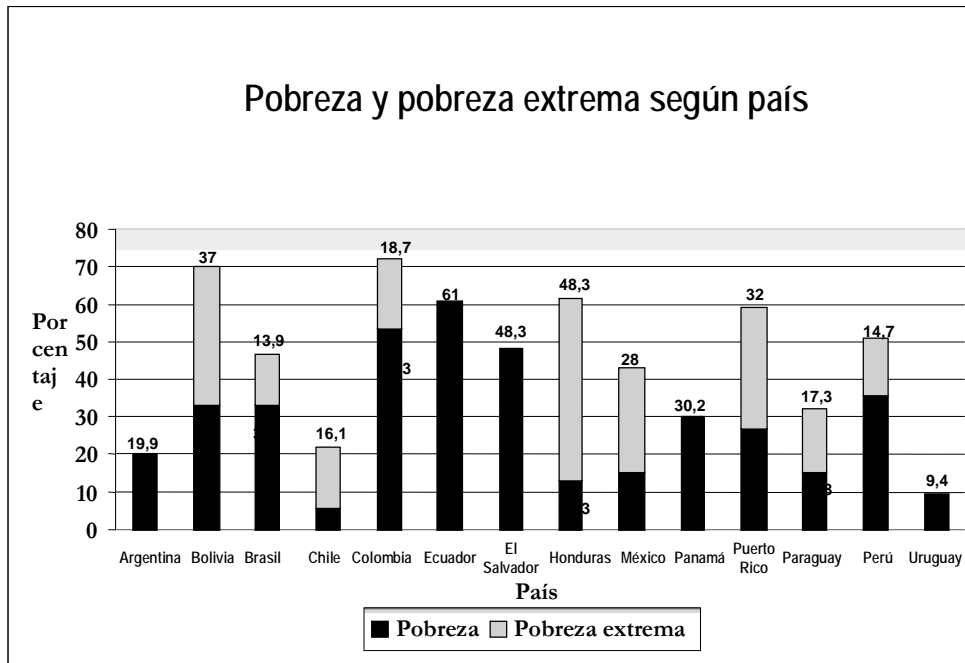
Como consequência das reformas estruturais:

- ✓ Os Estados se reduzem e deixam de intervir na economia.
- ✓ Modificam-se os marcos legais com o objetivo de desregular os mercados.
- ✓ Procede-se à privatização das empresas estatais, incluindo-se as de serviços.
- ✓ Na maioria de nossos países são executados programas de estabilização social como paliativo dos efeitos do ajuste (*estrutural / econômico*).<sup>32</sup>

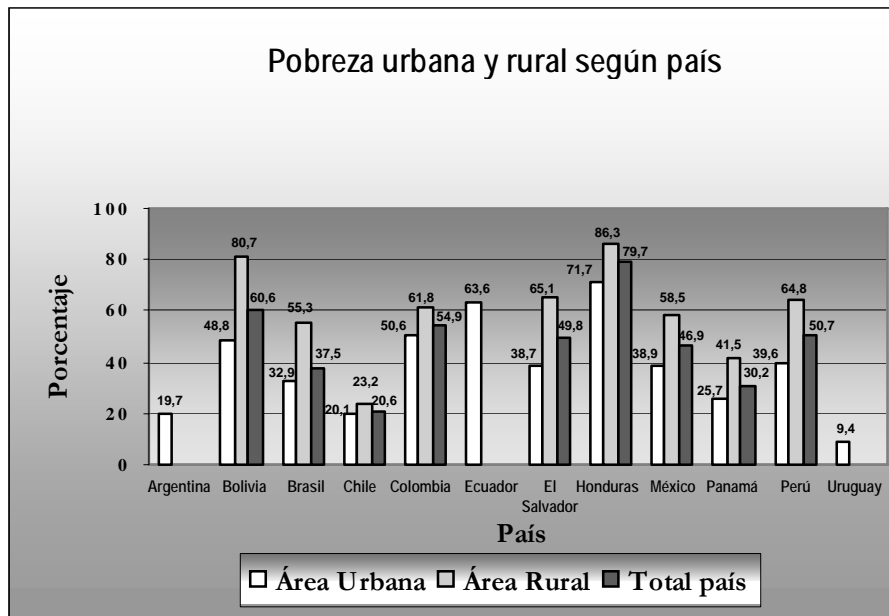
---

<sup>32</sup> Nota da tradutora em itálico.

- ▼ Incrementa-se a brecha social e se produz um aumento dos níveis de pobreza e de pobreza extrema que não tem sido possível reverter. Em todos os países que participaram deste estudo, à exceção de Uruguai e Chile, a pobreza afeta atualmente mais de 40% da população.



- ▼ A ruralização da pobreza é uma das características do processo de empobrecimento que afeta nossos países.



Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Uruguay: CEPAL, 1999.

Perú: Instituto Cuanto. 1997

## Contexto político e atores

A redefinição do modelo do Estado como resultado da reforma liberal da economia e a redução de suas responsabilidades e atribuições em todos os países estudados:

- ▼ Crise de governabilidade, perda de legitimidade do sistema político e sua institucionalidade.
- ▼ Desprestígio dos atores políticos, em particular dos partidos políticos. Entretanto, na quase totalidade dos países estudados, seguem governando os partidos tradicionais.
- ▼ Embora hoje todos os governos da região sejam civis, todavia ainda se observa uma relativa força dos setores militares.
- ▼ A hierarquia da Igreja Católica é outro ator que, no atual contexto, tem aumentado sua influência.
- ▼ Assistimos, então, à acentuação de um processo de divórcio entre a sociedade civil e o sistema político, dados os altos níveis de exclusão política da maioria da população.
- ▼ Também assistimos ao surgimento e/ou fortalecimento de novos atores a partir da sociedade civil: movimentos indígenas, movimento de mulheres e dentro do movimento feminista.
- ▼ As matérias vinculadas à ampliação dos direitos sexuais e reprodutivos são muito voláteis no campo da negociação política interna.
- ▼ O "duplo padrão" (*ou dupla moral*)<sup>33</sup> como tendência predominante na política e na cultura de nossas sociedades.

## IV. RESULTADO DO BALANÇO POR TEMAS

### 1.- Educação sexual

Não se desenvolveu legislação específica sobre o tema.

A educação sexual foi abordada:

- ✓ a partir da normativa sobre HIV / AIDS
- ✓ por códigos, estatutos e leis que tratam especificamente sobre crianças e adolescentes.
- ▼ A lei ordena incorporar a educação sexual como conteúdo do *currículum* das escolas.
- ▼ Frequentemente expressa a necessidade de promover uma sexualidade "saudável, ética e responsável".
- ▼ As políticas públicas dos países se expressam, em geral, em planos e programas sobre HIV / AIDS, de saúde reprodutiva ou para a atenção integral a crianças e adolescentes.

En suma, a prevenção da gravidez, especialmente adolescente, assim como de HIV / AIDS e das infecções de transmissão sexual, aparecem claramente no centro da normativa e das políticas sobre educação sexual. Poderia-se afirmar, então, que seus objetivos se dirigem, quase exclusivamente, a promover a saúde e o controle da reprodução.

### 2.- Violência sexual

---

<sup>33</sup> Nota da tradutora em itálico.

Tema extenso e tradicionalmente tratado no âmbito legislativo, é também objeto de desenvolvimento no campo da política pública. Em geral, a informação dos diagnósticos nacionais nos permite afirmar o seguinte:

- ▼ As modificações introduzidas nas leis penais indicam claramente que a tipificação orienta-se a contemplá-la como um delito contra a liberdade sexual.
- ▼ A tendência na legislação é a de elevar as penas.
- ▼ Aprecia-se uma tendência favorável a incluir dentro do tipo penal o abuso sexual na relação conjugal.
- ▼ A prevenção e a atenção da violência sexual estão contidas em políticas de saúde, de violência familiar e de proteção da infância.
- ▼ As maiores brechas na aplicação das políticas sobre violência sexual estão pelo lado da prevenção.

A legislação tem uma vocação punitiva que não tem seu devido correlato no plano jurisdicional; enquanto que as políticas públicas, apesar de que no plano discursivo lhe atribuem importância à prevenção, têm nos fatos uma orientação basicamente assistencial.

### 3.- Planejamento familiar / anticoncepção

Aspecto privilegiado de nossas políticas públicas, também foi abordado pela legislação.

- ▼ Constitucionalmente, o direito a decidir sobre o número de filhos(as) e seu espaçamento está reconhecido, ao menos, no Brasil, México, Colômbia, Peru, Bolívia e Paraguai.
- ▼ A política de planejamento familiar está, em todos os casos, contida em planos e programas adstrios aos setores ou organismos encarregados da saúde, mais concretamente da saúde da mulher, e aparece sempre associada à política de saúde reprodutiva.
- ▼ O planejamento familiar inclui, em todos os países, serviços de informação e aconselhamento, assim como o oferecimento de métodos anticonceptivos.
- ▼ Os serviços estão dirigidos a mulheres em idade reprodutiva, mesmo que na identificação das populações-alvo alguns países incluam também os homens.
- ▼ Todos os países recorrem à utilização de estratégias orientadas a induzir demanda.
- ▼ Somente Brasil, Argentina e Honduras informam sobre a anticoncepção de emergência.

O planejamento familiar parece estar dirigido - apesar de seu discurso apelar à linguagem dos direitos humanos - ao objetivo de regular a fecundidade, e aparece explícita ou implicitamente associado a metas relacionadas à cobertura da população que se localiza na zona rural e urbano-marginal (México e Paraguai), ou em segmentos de pobreza ou de pobreza extrema (Uruguai).

### 4.- Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência, aspecto central da política pública, também foi abordado pela legislação, particularmente pelos códigos ou leis especiais que existem para a proteção da infância e da adolescência.



- ▼ A legislação aborda este assunto para dois efeitos: garantir seu direito à educação e prover-lhes atenção especial em matéria de saúde.

**Nossos Estados estabelecem três objetivos de política:**

- ✓ atraso no início das relações sexuais.
  - ✓ a redução da taxa de gravidez.
  - ✓ a diminuição da taxa de mortalidade devido à gravidez e ao parto.
- ▼ Em alguns países, como Peru, enfrentam-se restrições para atender adolescentes nos programas de planejamento familiar. Estas restrições parecem, contudo, não alcançar as adolescentes grávidas, razão pela qual os programas que os países têm as incluem dentro de suas metas de cobertura.
  - ▼ A estratégia de prevenção tem se pautado em dois eixos: educação sexual e oferecimento de métodos de anticoncepção.
  - ▼ Existe uma forte correlação entre gravidez na adolescência e nível educativo (quanto maior o nível menor é a incidência de gravidez).

**Porcentaje de adolescentes embarazadas según grado de instrucción**

**Perú**

Nivel de instrucción	Porcentaje
Sin educación	55,5%
Primaria	30,6%
Secundaria	9,3%
Superior	2,6%
Total	13,4%

**Colombia**

Nivel de instrucción	Porcentaje
Primaria	33,7%
Secundaria	15,8%

**Ecuador**

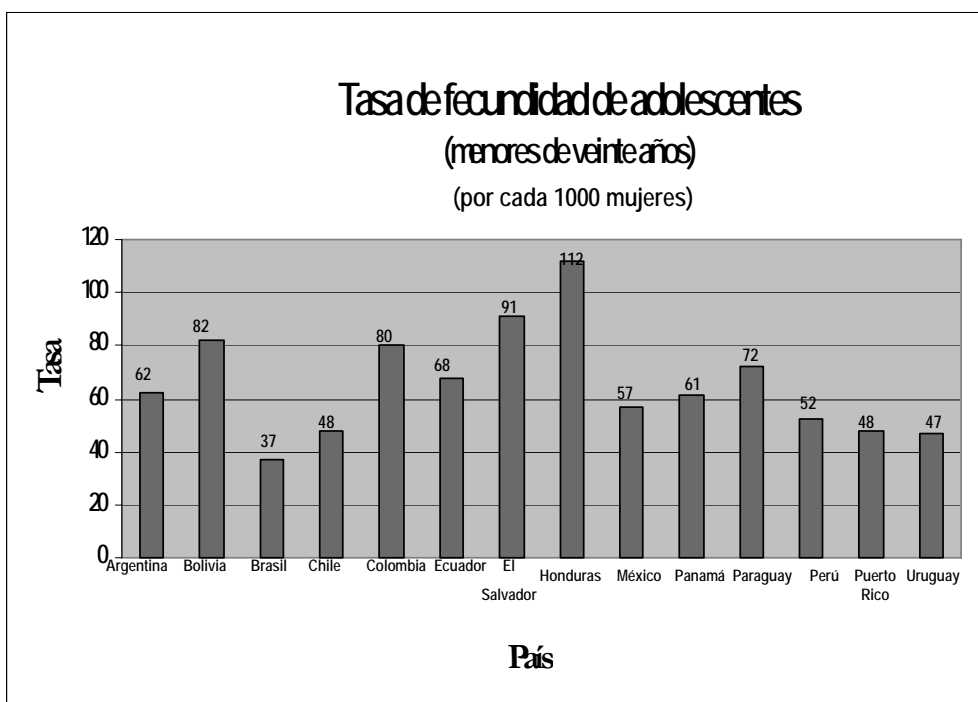
Nivel de instrucción	Porcentaje
Ningún nivel de instrucción	6,9%
Primaria incompleta	4,7%

**México**

Nivel de instrucción	Porcentaje
Sin educación	26,3%
Primaria incompleta	27
Primaria Completa	17,7%
Secundaria a más	7,5%

Fuentes: Perú: ENDES. 1996, Ecuador: UNIFEM. 1998, Colombia: Asociación Pro bienestar de Familia, México: INEGI. 1997

- ▼ A taxa de fecundidade em adolescentes entre 15 e 19 años se mantém alta, sendo quasi tão representativa como a que corresponde à faixa compreendida entre os 30 e 34 anos.



FUENTE: OPS, 1998

Todos os países se propõem a atender a gravidez na adolescência a partir de uma perspectiva de saúde integral: assistência pré-natal e atenção ao parto e puerpério.

## 5.- Prostituição

- ▼ A prostituição está regulamentada em todos os países e, à exceção de Porto Rico, não é punida.
- ▼ A regulação da prostituição ampara-se em razões de moral pública, de segurança e tranquilidade pública e de saúde pública.
- ▼ No Uruguai se reconheceu às prostitutas alguns direitos de ordem trabalhista, derivados do reconhecimento de sua condição de trabalhadoras sexuais.
- ▼ Na Argentina e na Colômbia determina-se a atenção integral das vítimas de exploração sexual; a legislação colombiana fala também da "reabilitação" e da "ressocialização".
- ▼ Em outros países, o tema da prostituição tem sido incluído dentro dos planos e programas sobre HIV /AIDS e infecções de transmissão sexual.

Em matéria legislativa, a tendência é de penalização do proxenetismo, do tráfico sexual e da exploração sexual de "menores". Existe também uma preocupação crescente pelo tema da exprotação sexual de meninos, meninas e adolescentes, mas não há um devido correlato em termos de política pública.

## 6.- Aborto

O aborto, assim como a violência sexual, é um tema amplo e tradicionalmente abordado pela legislação penal. Sua incorporação nas políticas públicas é, contudo, bastante recente.

- ▼ Ainda que em alguns casos tenham sido incorporados novos supostos (*de exceção do aborto não punível*)<sup>34</sup> como o aborto por estupro (*violación*)<sup>35</sup>, e em outros tenham sido diminuídas as penas, não podemos afirmar que exista uma tendência flexibilizadora.
- ▼ Uma corrente de signo contrário, bastante potente, expressa-se na tendência de proteger o concebido.

### Em relação aos casos não puníveis:

- ✓ o aborto terapêutico por razões de vida está contemplado como um suposto não punível em dez países.
- ✓ o terapêutico por razões de saúde, não é punível em oito estados do México e em seis países.
- ✓ o aborto eugênico não é punido em dois países e em sete estados do México.
- ✓ o aborto por estupro (*violación*)<sup>36</sup> não é punível em seis países.
- ▼ Alguns países, como México, Perú e Bolívia, consideram o aborto como um problema de saúde pública, devido à incidência que tem como causa de morte entre as mulheres.
- ▼ Não existem cifras para todos os países e, as que existem, tampouco estão desagregadas por idade, área geográfica ou setor sócio-económico. As cifras com as quais trabalhamos são provenientes de estimativas não oficiais.
- ▼ A maioria dos países que consideram supostos não puníveis, contemplam em sua legislação, ou como parte de sua política de saúde, a prestação de serviços de atenção médica para os abortos legais.
- ▼ O tema das condições de acesso aos serviços de saúde não só tem relação com as barreiras de natureza legal, mas também com o custo da atenção.

O aborto continua sendo um ponto nevrálgico no tema dos direitos reprodutivos das mulheres, e um aspecto medular da política de nossos Estados, que parecem tendentes a ceder frente às posições conservadoras, que pressionam para mantê-lo penalizado. O dilema: manter a penalização do aborto e diminuir -- até eliminar -- sua incidência como causa de morte entre as mulheres, encerra uma contradição.

## 7.- Orientação sexual

Nas políticas públicas sua abordagem está praticamente restrita ao âmbito da luta contra o HIV / AIDS.

- ▼ A relação homossexual consentida entre adultos não está penalizada, salvo no Paraguai e em Porto Rico.

---

<sup>34</sup> Nota da tradutora em itálico.

<sup>35</sup> Nota da tradutora em itálico.

<sup>36</sup> Nota da tradutora em itálico.

- ▼ A discriminação em razão da orientação sexual está expressamente proibida em nível constitucional pelo Equador, e no Estatuto Constitucional da Província de Buenos Aires.
- ▼ Em Porto Rico admite-se casos de violência intrafamiliar entre casais do mesmo sexo.
- ▼ No âmbito das políticas públicas, na maioria dos países, a homossexualidade determina uma categoria de pessoas ou população a qual se considera de alto risco para efeitos do desenho e aplicação de políticas com relação ao HIV / AIDS.

**A inclusão da orientação sexual dentro do direito à não-discriminação, e sua consagração constitucional, abre uma via importante para impulsionar as reformas da legislação que discrimina e exclui as pessoas homossexuais.**

## **8.- HIV / AIDS**

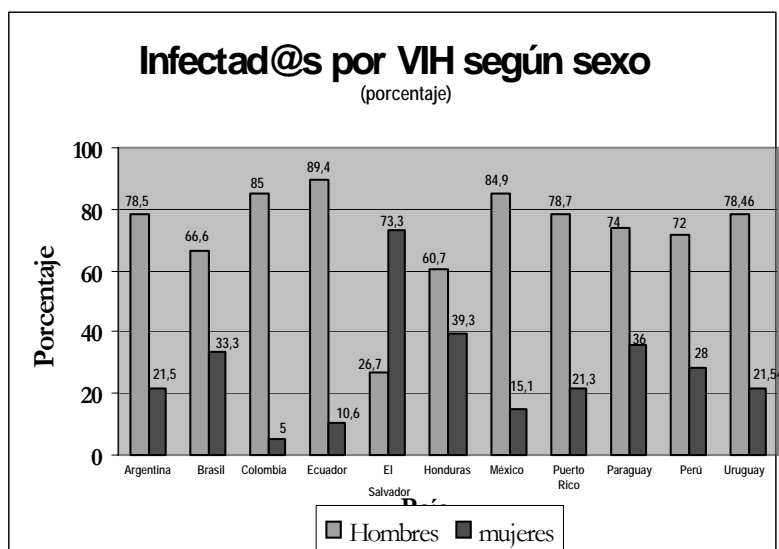
**O HIV / AIDS tem merecido legislação específica na maioria dos países, e em outros é tratado conjuntamente com as infecções de transmissão sexual.**

- ▼ Legislação específica sobre prevenção e atenção do HIV / AIDS existe no México, Brasil, Peru, Equador, Paraguai, Honduras e Panamá.

**Aspectos que têm merecido interesse legislativo:**

- ✓ A produção e processamento de informação sobre os casos diagnosticados para efeitos de a vigilância epidemiológica.
- ✓ A reserva da informação médica.
- ✓ A proteção contra a demissão ou corte da atividade de trabalho.
- ✓ A gratuidade dos medicamentos ou a exoneração de impostos aos medicamentos.
- ▼ Os planos e programas sobre HIV / AIDS pretendem ter um impacto geral, particularmente no que toca à prevenção.

Apesar das cifras indicarem que a principal categoria de transmissão são as relações heterossexuais, em alguns países, contudo, os programas continuam focalizando o que denominam populações de alto risco (homossexuais, prostitutas/os, meninos e meninas de rua, população carcerária e drogaditos).



FUENTE: OPS, 1998

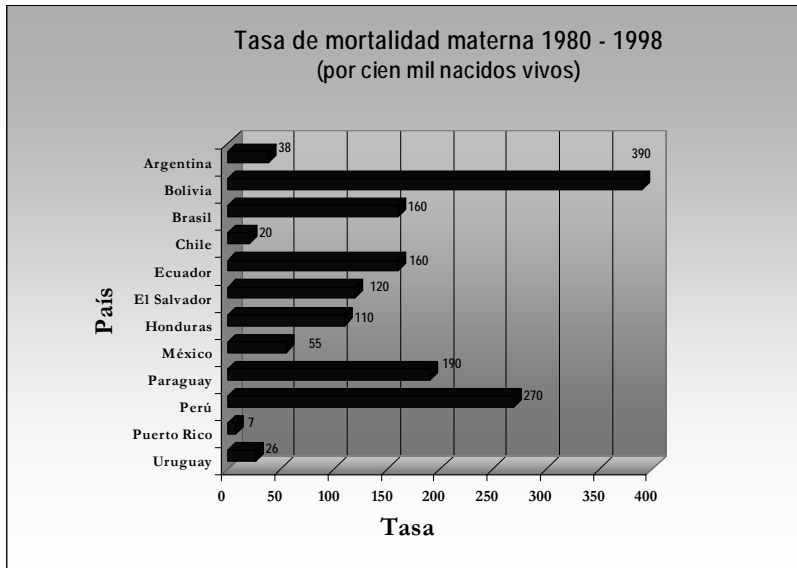
A prevenção do HIV / AIDS orienta-se ao objetivo explícito de gerar mudanças nos padrões de conduta sexual da população (Panamá, Honduras, El Salvador e México assim a expressam), e serve-se dos programas de educação sexual para transmitir mensagens basicamente dirigidas a promover o atraso no início das relações sexuais, a fidelidade e o sexo protegido (*seguro*)<sup>37</sup>.

## 9.- Controle da gravidez e atenção ao parto e ao puerpério

A atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério tem sido abordada pela legislação que trata sobre a maternidade ou sobre a saúde materno-infantil.

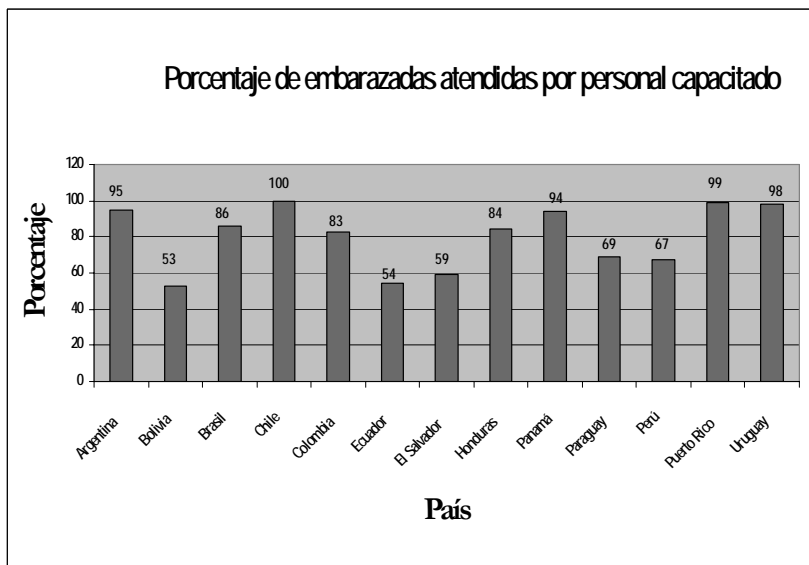
- ▼ A proteção da saúde materno-infantil é um tema frequentemente abordado no âmbito constitucional.
- ▼ A incidência que estes eventos têm na mortalidade materna e perinatal faz com que nossos países dêem alta prioridade aos planos e programas de saúde dirigidos à gravidez, ao parto e ao puerpério.
- ▼ A taxa de mortalidade materna tem baixado substantivamente na região, ainda que, todavia, continue sendo alta.

<sup>37</sup> Nota da tradutora em itálico.

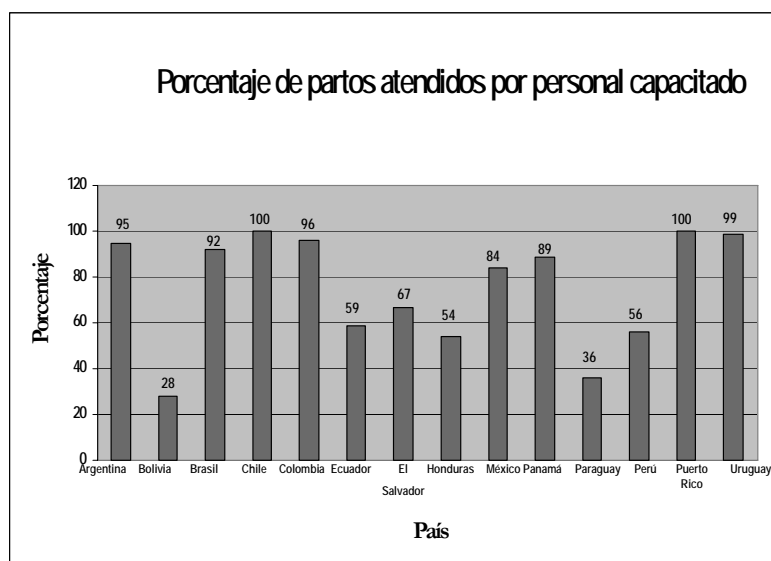


FUENTE: Informe Control Ciudadano 2001 Nro. 5.

- ▼ Apesar dos avanços logrados, na atenção à gravidez e ao parto, existem, todavia, importantes brechas, mas estas são bem maiores quando se trata da atenção ao puerpério.



FUENTE: OPS, 1998



FUENTE: OPS, 1998

## 10.- Assédio sexual

Tema cujo tratamento está, no momento, praticamente restrito ao âmbito normativo. Não é abordado pelas políticas públicas.

- ▼ Como um tipo penal específico existe na Argentina (sob o acápito de violência sexual), Equador (como delito contra a liberdade sexual), Paraguai e *Brasil*.<sup>38</sup>
- ▼ Em outros países existe legislação de caráter geral que considera o assédio uma forma de discriminação.
- ▼ É um tema abordado majoritariamente na legislação trabalhista e ocorre entre aqueles que mantêm uma relação de dependência.
- ▼ Na Argentina, Panamá e Honduras inclui-se expressamente a figura do assédio sexual nos estatutos da carreira pública.
- ▼ Em alguns países (Peru, Porto Rico, Equador e Honduras) regula-se expressamente o assédio nas escolas.

<sup>38</sup> Nota da tradutora em itálico.

## V. CONCLUSÕES

- ▼ A implantação de políticas neoliberais impôs a redefinição do modelo de Estado e a redução de suas responsabilidades e atribuições. A economia se traslada ao terreno da política e neste cenário surge a tensão entre a ampliação no reconhecimento de direitos e a redução das margens de exercício real e gozo dos mesmos.
- ▼ As brechas que existem entre o que formalmente se estipula como obrigações dos Estados nas legislações nacionais e o que finalmente se traduz no âmbito das políticas públicas são importantes, também o são as que existem entre o que se estabelece como política pública e o que se concretiza na realidade. Não é possível, entretanto, fazer uma análise sobre a magnitude de tais brechas, nem um seguimento periódico sobre sua evolução, dado que em geral existem importantes limitações derivadas do tipo, características e alcance da informação que se produz. Na maioria dos casos, não foi possível -- por exemplo -- aceder à informação desagregada por sexo, nível sócio-econômico e área geográfica (urbana/rural), muito menos dispor de séries históricas que nos permitissem apreciar a evolução dos indicadores sobre os quais se dispõe de algum tipo de informação.
- ▼ O manejo da informação é cerrado, especialmente daquela relacionada com a designação e a aplicação de recursos, assim como com a avaliação do cumprimento das políticas públicas.
- ▼ A orientação da legislação e as políticas que os Estados formulam e aplicam são o resultado das tensões e alianças de três atores principais:
  - ✓ Os agentes da comunidade internacional: os organismos internacionais e regionais, e de cooperação técnica e financeira multilateral e bilateral.
  - ✓ A igreja católica com o apoio das elites do poder econômico e da sociedade civil que têm visões conservadoras.
  - ✓ O movimento feminista e o movimento *gay* e lésbico.
- ▼ O discurso dos direitos humanos aparece muito convenientemente ligado a temas como a anticoncepção, a educação sexual, o HIV / AIDS, ou a maternidade, entre outros, mas na prática é usado para justificar políticas públicas que tem também outros propósitos, como o controle da reprodução.
- ▼ Prevalece, todavia o enfoque segundo o qual a sexualidade a reprodução devem ser entendidos como aspectos concernentes ao direito à saúde, entendido em um sentido restritivo porque, na prática, se assume a partir de uma perspectiva medicalizada e não na dimensão do bem-estar.
- ▼ Persiste também um enfoque que tende a ver a sexualidade reduzida a fins reprodutivos, ligada aos parâmetros de matrimônio e família heterossexual. Deste enfoque deriva a estigmatização de práticas que se localizam fundamentalmente no terreno da sexualidade.

Advertimos duas visões em tensão, as mesmas que se expressam em dilemas como:

- ▼ punição do aborto e a redução da mortalidade em mulheres

e em contradições tales como :



- ▼ informação sobre métodos anticonceptivos e atraso na iniciação de relações sexuais
- ▼ métodos de proteção e abstinência sexual
  
- ▼ À luz destas tensões, dilemas e contradições, advertimos que se estaria produzindo uma mudança - todavia inicial e tímida - na visão que se tem com respeito aos sujeitos de direitos: de um lado, de que estes gozam de tal condição em função dos papéis sociais que cumprem; de outro, de que se lhes reconhece como sujeitos autônomos, titulares de direitos, independentemente de seu papel.
  
- ▼ Neste contexto, seria oportuno voltar a nos perguntar a cerca das possibilidades que temos para influir / incidir nos planos nacionais, onde resulta claro que as margens se estreitam, em particular se tomamos como parâmetro os avanços obtidos nos níveis internacionais.
  
- ▼ Do balanço se desprende que nossas possibilidades/ capacidades para afetar as visões e os enfoques subjacentes na legislação e nas políticas públicas, todavia, são limitadas. A estratégia seguida tem dado como resultado logros parciais, impactos pontuais que, salvo algumas exceções, não tem incidido em uma mudança substancial na lógica das formulações normativas e das políticas públicas.

# REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ▼ **ABIA** – (2000) Passagem Segura para a Vida Adulta: Oportunidades e Barreiras para a Saúde Sexual dos Jovens Brasileiros. ABIA, Coleção Saúde Sexual e Reprodutiva n° 1, Rio de Janeiro.
- ▼ **Arilha, Margareth** - (1998) – Homens entre a zoeira e a responsabilidade. In Arilha, Ridenti e Medrado (org.) Homens e Masculinidades. São Paulo, editora 34.
- ▼ **Ávila, M.B. e Gouveia, T.** (1996) – Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In.: Parker e Barbosa (org.) Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro: ABIA, IMS/UERJ.
- ▼ **Ávila, M. B. e Correa, S.** (1999) - O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: Revisitando percursos. In.: Galvão e Diaz (org) Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil . São Paulo, Hucitec/ Population Council
- ▼ **Ayres, J.; Calazans, G.; Junior, I.**(1998) – Vulnerabilidade do Adolescente ao HIV/AIDS. In: Vieira, E. Meloni et al (org.) Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família.
- ▼ **Benfam** (1996) – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro.
- ▼ **CEBRAP**-(1999) - “Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV e Aids. Relatório de Pesquisa. Brasília, Ministério da Saúde, CN DST/Aids”.
- ▼ **Correa, Sonia** (1999) “Saúde reprodutiva, Gênero e sexualidade: legítimas e novas indagações. In: Giffin e Costa (org.) Questões de Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro, Fiocruz”.
- ▼ \_\_\_\_\_. (1996) Gênero e Sexualidade como sistemas autônomos in.: Parker e Barbosa (org.) Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro. Relume Dumará.
- ▼ **Heilborn, Maria Luísa** (1996) – Gênero, Sexualidade e Saúde. In.: Saúde, Sexualidade e Reprodução. Compartilhando Responsabilidades. Rio de Janeiro, Editora da UERJ.
- ▼ **Laurenti, Rui.** – (1996) Perfil de Saúde Masculina nas Américas. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
- ▼ **Oliveira, Pedro Paulo.**(1998) – Discursos sobre a Masculinidade. In: Revista de Estudos Feministas, vol.6, n° 1, Rio de Janeiro, IFCS/ UFRJ.
- ▼ **Petchevsky, Rosalind** (1999) – Direitos Sexuais. Um novo conceito na prática política internacional. In Barbosa e Parker (org) Sexualidades pelo Averso. São Paulo, Editora 34.
- ▼ **PGE/SP**, Centro de Estudos da Procuradoria do Estado de São Paulo (2000). Direitos Humanos – Legislação e Jurisprudência, Volume I, Legislação Nacional, São Paulo.
- ▼ **Pimentel, Sílvia.** (1993) Direitos Reprodutivos e Ordenamento Jurídico Brasileiro: subsídios a uma ação político-jurídica transformadora, Cadernos CCR 2, Comissão de Cidadania e Reprodução, São Paulo, (mimeo).
- ▼ \_\_\_\_\_.(1999) Subsídios para o Relatório Sombra da AMB para Beijing + 5 – Violência de Gênero, São Paulo, (mimeo).
- ▼ **Piovesan, Flávia.** (1998) - Temas de Direitos Humanos, Editora Max Limonad, São Paulo.
- ▼ **Saffioti, Heleieth I. & Almeida, Suely de.** (1995) – Violência de Gênero. Poder e Impotência – Rio de Janeiro, Revinter.
- ▼ **THEMIS - Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero** (1997) - Direitos Sexuais e Reprodutivos - Instrumentos Internacionais de Proteção, Porto Alegre.