



Brasil, 15 anos após a Conferência do **Cairo**

1ª edição
Campinas/São Paulo
Dezembro de 2009

dbep
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
ESTUDOS POPULACIONAIS



Fundo de População
das Nações Unidas

Sumário

Prefácio	7
Apresentação	9
A relação entre população e desenvolvimento 15 anos após a Conferência do Cairo	
Eduardo L. G. Rios-Neto	13
Comentários Paulo Paiva	57
Cairo+15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos	
Margareth Arilha e Elza Berquó	67
Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo	
José Eustáquio Diniz Alves e Sônia Corrêa	121
Comentários Maria Coleta F. A. de Oliveira	224
Juventude e envelhecimento na Conferência do Cairo: 15 anos depois no Brasil	
Ana Amélia Camarano, Juliana Leitão e Mello e Solange Kanso	233
Comentários Mary Garcia Castro	291
Os objetivos da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a política migratória brasileira	
Helion Póvoa Neto e Marcia Anita Sprandel	303
Relatoria geral Seminário Brasil 15 anos após a Conferência do Cairo	
Elizabeth Doria Bilac	327
Sobre os autores	351

Cairo+15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos

Margareth Arilha
Elza Berquó



Em 2009 comemoram-se os 15 anos de realização da IV Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (ICPD), realizada no Cairo. Marco importante na história das Conferências das Nações Unidas, Cairo – como ficou conhecida – provocou mudanças nos paradigmas até então hegemônicos, para buscar melhorias nas condições de vida das populações humanas, colocando em cheque equações simplistas em que se buscava associar desenvolvimento a metas demográficas. A Conferência ainda colocou em questão a qualidade das políticas públicas existentes no campo da vida sexual e reprodutiva de mulheres e homens, mostrando a importância de, para além da contracepção, considerar a necessidade de políticas sociais mais amplas e formuladas sob uma perspectiva de gênero, especialmente nos campos da saúde e educação. Marcou uma inflexão importante na produção de uma visão de como as questões populacionais deveriam ser consideradas em sua associação com o desenvolvimento e os direitos humanos. Um Programa de Ação foi desenvolvido, destacando a relevância da saúde sexual e reprodutiva e da equidade de gênero como elementos centrais nas novas formulações e alavancas propulsoras da justiça social.

Retomar o processo de Cairo, passados 15 anos, e analisá-lo de maneira consistente, no caso do Brasil, exigirá esforço que entendemos ter sido apenas iniciado. No campo da saúde reprodutiva e dos direitos reprodutivos, o país merece ser analisado em detalhes, sobretudo por ter sido um dos poucos que já tinham prévias ações e demandas em saúde da mulher, mas que persistiu na construção de um sistema de saúde único, universal, integral, equitativo e gratuito, destacando-se da maioria dos países. Possivelmente tenha sido um dos poucos países que contaram com quatro gestões sequenciais de governos democráticos, no campo de centro – esquerda/esquerda, o que certamente deixou marcas, como será visto mais adiante. Por outro lado, também recebeu a confrontação direta de grupos conservadores, reproduzindo situações vividas por outros países da América Latina e outras regiões.

Resgatando etapas do processo do Cairo ao Cairo+15

Embora neste trabalho o Cairo-94 seja ponto de partida e não de chegada, vale recordar seu amplo processo de preparação como contraponto aos procedimentos que marcaram o Cairo+5 e o Cairo+10 e vêm marcando o Cairo+15. Esse processo teve duração aproximada de três anos, envolvendo etapas técnicas e políticas, regionais e internacionais, trazendo a público inúmeros atores sociais, inclusive movimentos sociais – como o movimento de mulheres –, que, num processo mundial inusitado, trouxeram posições inovadoras ao diálogo instalado. Além das inúmeras atividades realizadas em cada país, foram organizadas três sessões preparatórias em Nova York, denominadas PrepCom I, PrepCom II e PrepCom III. Essa última foi uma das mais importantes: seu objetivo seria finalizar o texto a ser apresentado no Cairo e proporcionar às delegações oficiais presentes no Egito um documento já quase acabado (BERQUÓ, 1994b; ARILHA, 1999), objetivo que não se concretizou. A tensão na PrepCom III reafirmou dissensões que já vinham ocorrendo e que prosseguiram durante a Conferência: tensão entre a defesa dos direitos individuais e perspectivas ideológicas alinhadas a crenças religiosas de católicos, islâmicos, e sua influência sobre os Estados. As delegações presentes trouxeram de seus países de origem posições políticas e estratégias de ação que subsidiaram a elaboração do documento final em processos arduamente negociados (BERQUÓ, 1994a; ARILHA, 1999).

No que se refere à reprodução humana, vale salientar que uma nova concepção orientou toda a fase de preparação do Cairo. Em consonância com a extensão do conceito global de saúde à área da reprodução, ocorrida em 1980, a Organização Mundial de Saúde – OMS cunhou, em 1988, a denominação de saúde reprodutiva, que deveria conter os seguintes elementos básicos.

(a) que todos tenham autonomia tanto para a reprodução como para regular a fecundidade; (b) que as mulheres tenham gestações e partos seguros; e (c) que o resultado da gestação seja bem-sucedido em termos do bem-estar da mãe e sobrevivência do recém-nascido. Além disso, os casais devem poder ter relacionamentos sexuais sem medo de gravidezes indesejadas e de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

Apoiada nesta concepção, a Conferência do Cairo consagrou que:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para a reprodução e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo.

A Conferência, ao seu término, chegou à elaboração de uma plataforma de ação consensual, o que não significa ter angariado unanimidade. Os desacordos foram expressos por meio das reservas emitidas por 20 Estados, em sua maioria islâmicos e católicos alinhados à Santa Sé. Não há dúvidas de que os pontos mais polêmicos de tal processo estavam no debate que ocorreu em torno da concepção dos direitos reprodutivos, particularmente o que envolvia a discussão sobre o direito ao aborto.

Por se tratar de uma conferência – e não de uma cúpula –, Cairo elaborou e aprovou um Programa de Ação, cuja adoção pelos Estados signatários implica tão somente um compromisso moral, e não jurídico. O documento do Cairo reconheceu que os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais e/ou documentos internacionais sobre direitos humanos. No plano das ações, o documento enfatiza ainda que até 2015 todos os países devem envidar esforços para tornar a saúde reprodutiva acessível a todas as pessoas, por meio de um sistema primário de assistência à saúde.

O processo de revisão e avaliação do Programa de Ação do Cairo, conhecido como Cairo+5, conduzido pela Comissão de População e Desenvolvimento das Nações Unidas, em parceria com o Fundo de População das Nações Uni-

das – UNFPA, baseou-se em consultas aos países signatários do documento do Cairo e na realização de reuniões internacionais preparatórias. A primeira foi o Fórum Internacional de Haia, no qual os países fizeram um balanço dos avanços e dificuldades na implementação do Plano, nos últimos cinco anos. Em seguida ocorreu a 32ª Sessão da Comissão de População e Desenvolvimento, em março de 1999, em que os países membros da ONU tomaram conhecimento das ações da Comissão em prol da implementação do Programa de Ação. A 21ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada de 30 de junho a 3 de julho do mesmo ano, aprovou o documento *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, que reafirma os princípios, objetivos e recomendações do Cairo, destacando que, em consonância com as do Plano de Ação, são do soberano direito de cada país, consistente com leis e prioridades de desenvolvimento nacionais, com total respeito aos valores religiosos, éticos e culturais de seu povo, e em conformidade com os direitos humanos universais e internacionalmente aceitos. Quanto aos progressos alcançados nos últimos cinco anos, destaca-se que muitos países integraram questões populacionais em suas estratégias de desenvolvimento e que a mortalidade continuou declinando, após o Cairo. No terreno das migrações internacionais, é salientado que muitos países, tanto de origem como de destino, tomaram importantes medidas por meio de acordos bi e multilaterais.

O documento chama a atenção também para o fato de que o abrangente conceito de Saúde Reprodutiva estabelecido no Cairo vem sendo aceito por um crescente número de países e que medidas vêm sendo tomadas para prover serviços de saúde reprodutiva em vários países, com ênfase crescente na qualidade de assistência. O aumento no uso de contraceptivos revela maior acesso ao planejamento familiar, permitindo que mais e mais casais e indivíduos possam decidir pelo número e espaçamento de filhos. Além disso, o documento afirma ainda que muitas organizações da sociedade civil estão contribuindo na formulação e implementação de políticas, programas e projetos próprios ou em parcerias com organizações governamentais e intergovernamentais, bem como com o setor privado.

Entretanto, para alguns países e regiões, o documento aponta que progressos foram muito limitados e, em alguns casos, teria havido até retrocessos: mulheres adultas e meninas continuam a sofrer discriminação; a morbimortalidade

materna permanece inadmissivelmente elevada; adolescentes continuam vulneráveis aos riscos sexuais e reprodutivos; milhões de pessoas ainda não têm acesso às informações e serviços de saúde reprodutiva; a pandemia do HIV/Aids tem elevado a mortalidade em muitos países, em particular na África Subsaariana; as doenças infecciosas e parasitárias respondem por altas taxas de morbidade e mortalidade entre adultos e crianças. O documento indica que o impacto da crise financeira, principalmente nos países da Ásia, e os problemas ambientais de longo prazo e larga escala na Ásia Central e outras regiões vêm afetando a saúde e o bem-estar das pessoas e limitando o progresso na implementação do Plano de Ação. Registra ainda que as dificuldades enfrentadas por refugiados e pessoas deslocadas ainda permaneciam em níveis inaceitáveis.

Em face desse balanço, o documento enfatiza a importância de governos e sociedade civil no nível nacional, em parceria com a comunidade internacional, somarem esforços no sentido de garantir que as metas e objetivos da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento sejam alcançados o mais rapidamente possível, com atenção especial àqueles esperados até 2014.

Vale destacar que as negociações também encontraram resistências em 1999, principalmente nos campos referentes a aspectos ligados a famílias, sexualidade, reprodução e adolescentes. Por ironia, todas as vezes que se pretendia ampliar conceitos e direitos, as mesmas vozes conservadoras tratavam de colocar obstáculos e reservas, tratando o Plano de Ação como uma bíblia intocável.

O período que precedeu o Cairo+10 foi marcado por um clima mais difícil do que os anteriores, uma vez que, além das forças conservadoras representadas principalmente pelos países islâmicos e pelo Vaticano, enfrentava-se a administração Bush que, a partir de 2001, travava uma batalha no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Análise desse processo está muito bem detalhada no trabalho de Sônia Correa (2004), Cairo+10: a controvérsia que não acabou, em que a autora mostra como os grandes conflitos associados ao Cairo situavam-se nos campos de famílias, sexualidades, reprodução e adolescência, aspectos do Programa de Ação que têm sido permanentemente ameaçados pelas forças associadas ao conservadorismo moral e fundamentalismo religioso. Neste cenário, Cairo+10 teve que ser coordenado e monitorado passo a passo por atores sociais que consideravam que Cairo havia representado uma inflexão mundial progressista, passos civilizatórios que não poderiam ser levados por ventos conservadores.

Em face da vulnerabilidade que uma negociação global poderia representar, a Comissão de População e Desenvolvimento da ONU decidiu, em 2002, que o processo de revisão do Programa de Ação seria realizado apenas nos planos regionais. Nesse sentido, no período 2002-2004, foram realizadas cinco reuniões regionais: África (Dacar, 10-11 de junho de 2004), Europa (Genebra, 12-14 de janeiro de 2004), Ásia e Pacífico (Bancoc, 16-17 de dezembro de 2002), Ásia Ocidental e Liga de Países Árabes (Beirute, 19-21 de novembro de 2004).

No que se refere à América Latina e ao Caribe, houve três encontros: em Port of Spain, Trinidad e Tobago (11-12 de novembro de 2003), Santiago, Chile (10-11 de março de 2004); e San Juan, Porto Rico (29-30 de junho de 2004).

A estratégia adotada pelos setores que apoiavam o Programa de Ação foi a de buscar a reafirmação de Cairo, objetivo que foi extensivamente alcançado. Embora os processos de negociação não significassem uma discussão aberta sobre o texto do Programa de Ação, os processos regionais foram arduamente monitorados por forças institucionais das Nações Unidas e pelo movimento de mulheres, que, no plano global, buscavam facilitar a composição de “boas” delegações nacionais até influir na composição de mesas que acompanhariam ou dirigiriam as Mesas dos Trabalhos das instâncias regionais. Em todos os encontros regionais, o Cairo e o Cairo+5 foram reafirmados (UNFPA, 2005). Em Port of Spain, sede da reunião inicial do processo latino-americano, representantes de 20 países do Caribe discutiram os resultados de um relatório especialmente preparado para fazer um balanço regional de avanços e desafios na implementação do Cairo e do Cairo+10,¹ incluindo dificuldades financeiras para execução das ações do Plano de Ação. Na ocasião foi assinada uma **declaração** reafirmando-se os princípios e metas do Cairo, em particular em relação aos direitos reprodutivos, saúde reprodutiva, igualdade e equidade de gênero e empoderamento da mulher.

A reunião de Santiago do Chile contou com 38 Estados membros da Comissão Econômica para América Latina e Caribe, bem como Porto Rico como membro associado e organizações intergovernamentais e não-governamentais reconhecidas como entidades consultivas pelo Conselho Econômico e Social (Ecosoc). Na reunião foi apresentado e discutido um documento técnico sobre

¹ Review of the Implementation of the Cairo Programme of Action in the Caribbean (1994-2004): Achievements and Constraints (FNUAP, 2005).

as “Ações empreendidas para a implementação do programa de ação na América Latina e Caribe”, preparado pela Cepal, com apoio técnico do UNFPA, referente aos resultados de uma pesquisa, em nível mundial, realizada em 2003 e respondida por 169 governos, com participação da sociedade civil e do setor acadêmico. Segundo Patriota (2004), embora, no geral, os resultados mostrem que grande número de países integrou princípios da agenda do Cairo em suas legislações, políticas e ações, há ainda um longo e complexo caminho pela frente. Quanto à saúde reprodutiva, Patriota assinala que o inquérito geral revelou um entendimento gradual de que ela transcende o planejamento familiar e consiste em atenção ampliada, abrangendo maternidade segura e saúde sexual, prevenção de DST/Aids e atenção à violência sexual e às complicações do aborto inseguro.

Em Santiago foi adotada uma **declaração** conjunta, não assinada pela delegação dos Estados Unidos, a qual apresentou uma declaração à parte. Esta configuração de isolamento dos Estados Unidos representou, nas palavras de Correa (2004), um resultado político excepcional. Obteve-se a reafirmação do compromisso de todos os países da região com os princípios, objetivos e ações contidos no Programa de Ação do Cairo e no documento que reafirmou o Cairo+5, em particular em relação à inclusão dos temas de população e pobreza nas políticas de desenvolvimento, os direitos e a saúde reprodutiva, a igualdade e equidade de gênero e o empoderamento da mulher.²

No campo dos direitos reprodutivos, a declaração insta os países da região a revisarem e implementarem a legislação que garanta o exercício responsável dos direitos reprodutivos e o acesso sem discriminação aos serviços de saúde, inclusive a saúde sexual e reprodutiva, e incorporarem nos informes nacionais, incluído o informe ao Comitê para Eliminação da Discriminação contra a Mulher, informação sobre promoção e respeito dos direitos reprodutivos. Sobre a saúde sexual e reprodutiva, o documento estimula os países a incorporarem, no marco das reformas do setor saúde, políticas públicas que promovam o exercício dos direitos reprodutivos e assegurem a prestação de serviços integrais de saúde sexual e reprodutiva, buscando garantir o acesso universal à mais ampla varie-

² A declaração considera os seguintes temas: equidade de gênero e direitos da mulher; população, desenvolvimento e meio ambiente; migração internacional; adolescentes e jovens; envelhecimento; famílias; direitos reprodutivos, saúde sexual e reprodutiva; DST/Aids; mortalidade materna e neonatal; mortalidade infantil; violência contra a mulher; e informação e investigação.

dade de métodos de planejamento familiar, bem como a expansão da atenção integral da saúde sexual e reprodutiva de qualidade, em particular para os setores mais pobres, os povos indígenas e os setores excluídos em razão de sua etnia, idade, ou condição social. Quanto à mortalidade materna e neonatal, a declaração insta os países a redobrem esforços no sentido de reduzir a morbidade e mortalidade maternas e neonatais por meio de serviços básicos e de atenção integral à saúde reprodutiva, considerando a multiplicidade de fatores que contribuem para a morbimortalidade, como a falta de acesso ao planejamento familiar e atenção obstétrica adequada e aos aludidos no parágrafo 63 (que trata do aborto) do documento aprovado no Cairo+5.

Na sequência temporal dessas reuniões, a Comissão de População e Desenvolvimento, reunida em sua 37ª sessão, de 22 a 26 de março de 2004, apreciou um documento de revisão da avaliação dos progressos alcançados em relação às metas e objetivos do Programa de Ação do Cairo e, em 6 de maio do mesmo ano, aprovou a Resolução 2004. Nos parágrafos preambulares, a Resolução salienta que o ano de 2004 marca o 10º. aniversário do Cairo, reafirma a Declaração do Milênio das Nações Unidas, reitera os compromissos assumidos na Conferência Internacional sobre Financiamento para o Desenvolvimento, evoca todas as metas e objetivos sobre população e desenvolvimento de outras conferências e *summits* das Nações Unidas, leva em conta o relatório do secretário geral sobre a revisão do fluxo de recursos financeiros para assistência aos países na implementação do Programa de Ação dez anos após o Cairo e chama a atenção para o fato de que vários países estão ainda distantes das metas acordadas no Cairo e que os recursos financeiros disponíveis estariam abaixo dos necessários para que as referidas metas pudessem ser alcançadas. Esta preocupação com a questão financeira ocupa a maioria dos parágrafos resolutivos, nos quais se evoca o empenho de doadores, da cooperação internacional e recursos nacionais para assistir os países no cumprimento dos compromissos quanto às metas associadas ao Cairo, ao Cairo+5 e às metas do Milênio.

Um tanto deslocado e tímido entre os demais preambulares, o parágrafo que enfatiza a importância da população e da saúde reprodutiva para o desenvolvimento não encontra nenhuma menção entre os resolutivos.

Na reunião de San Juan, em Porto Rico, realizada em 28 de junho de 2004, penúltima na sequência das reuniões regionais, as palavras de Thoraya Ahmed Obaid (diretora executiva do Fundo de População das Nações Unidas),

no encerramento, expressam o espírito que prevaleceu no encontro no qual se aprovou uma **resolução** de compromisso com o Cairo.

It is clear from the past 2 days that the Spirit of Cairo is alive and very healthy, especially in this region. If ever there was a testimony to the flexibility and balance of the ICPD Programme of Action, we witnessed it here this week, in everything we said, and everything we did. And this was precisely what your representatives – among those from 179 countries – had in mind when they drafted the ICPD Programme of Action.

(...) Let us celebrate our collective progress in implementing the ICPD Programme of Action. Thank you for celebrating the 10th anniversary of Cairo with such a consensus. – let us also be re-energized by the wonderful spirit that was initiated in Port-of-Spain, intensified in Santiago, and which has now culminated in San Juan.

Embora estas palavras finais sejam extremamente positivas, seguramente não são suficientes para indicar todo o complexo processo político que, uma vez mais, aconteceu nesta reunião. Novamente, a pressão dos Estados Unidos se fez sentir, em especial sobre os países da América Central, particularmente Honduras, Costa Rica, Nicarágua e Guatemala, que, uma vez mais, foram instados a acompanhar a liderança americana, submetidos a pressões difíceis, por envolver inclusive pressões financeiras. Resultados positivos foram possíveis novamente pelo monitoramento de lideranças institucionais e dos movimentos sociais, especialmente dos grupos de mulheres que, em diálogos estratégicos, moveram suas delegações para perseguirem o resultado final, ou seja, isolar uma vez mais o país conservador.

A análise dos documentos produzidos neste período de preparação do Cairo+10 permite observar a constante referência ao Cairo e ao Cairo+5 como fundamentos essenciais para alcançar as metas do Milênio. Já na abertura da 5^a Conferência de População da Ásia e Pacífico, em Bancoc em 2002, Kofi Annan (então secretário geral da Organização das Nações Unidas) afirma:

The Millennium Development Goals, particularly the eradication of extreme poverty and hunger, cannot be achieved if questions of population and reproductive health are not squarely addressed. And that means stronger efforts to promote women`s rights, and greater investment in education and health, including reproductive health and family planning.

O processo, ainda em curso, do Cairo+15 registra uma agenda de eventos, alguns iniciados no final de 2008, outros já ocorridos em 2009 e vários programados para acontecer até o final do presente ano. A agenda oficial das Nações

Unidas inclui 13 eventos entre agosto e novembro de 2009, tais como seminários, fóruns e conferências, de caráter sub-regional, regional ou global, por iniciativas da Comissão de População, em parceria com o UNFPA, compartilhadas com associações científicas internacionais, fóruns de parlamentares, fundações e organizações não-governamentais.³

O sentido atraso que caracterizou o início das atividades desse processo pode ser creditado, entre outros, à atmosfera de expectativas e incertezas quanto à possível transição no governo dos Estados Unidos – que se concretizou em 3 de novembro de 2008 – e à decorrente falta de liderança de organismos internacionais.

Inaugura a agenda oficial a resolução adotada em 3 de novembro de 2008, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em sua 36ª sessão plenária, de dedicar um dia durante sua 64ª sessão, à comemoração do 15º Aniversário da Conferência de População e Desenvolvimento, denominado *Commemoration Day*.

Entre os sete eventos ocorridos, nem todos com documentos já disponíveis, o primeiro foi o Fórum Internacional de Kampala, organizado por Partners in Population and Development (PPD), em colaboração com UNFPA e o governo da República de Uganda e realizado em novembro de 2008, para avaliar a situação dos países integrantes,⁴ diante dos compromissos do Cairo e do Milênio. A declaração de Kampala reitera o Cairo e as Metas do Milênio e o compromisso de seus signatários com a causa da paz, da redução da pobreza e de um desenvolvimento sustentável. O documento, em seu preâmbulo, menciona que o planejamento familiar está perdendo centralidade em termos de alocação

³ Caribbean Sub-regional Seminar ECLAC and UNFPA; Global Partners in Action: NGO Forum on Sexual and Reproductive Health and Development – Invest in Health, Rights and the Future – Co-hosted by UNFPA and the Government of Germany; Asia and the Pacific High Level Regional Forum on ICPD at 15 - ESCAP, UNFPA held at UNCC; XXVI IUSSP International Population; Latin America and Caribbean Regional meeting – ECLAC and UNFPA; Commemoration Day; 5th Asia and the Pacific Conference on Reproductive and Sexual Health: *Working for Universal Reproductive and Sexual Health and Rights: Building on the ICPD PoA and the MDGs*; ICPD at 15 Regional Africa Meeting – Expert Group Meeting followed by Ministerial Meeting; High-Level Meeting on Maternal Health-Millennium Development Goal 5; 4th International Parliamentarians' Conference on the Implementation of the ICPDF (IPCI-ICPD); Expert Group Meeting on "The Impact of Sexual and Reproductive Health Education in Developing Adolescents' Health, Social and Economic Assets" organized by UNFPA; International Conference on Family Planning: Research and Best Practices; ICPD at 15 Regional Forum for Eastern Europe and Central Asia'.

⁴ Membros da aliança intergovernamental de países em desenvolvimento: Bangladesh, Benin, China, Colômbia, Egito, Etiópia, Gâmbia, Índia, Indonésia, Jordão, Quênia, Mali, México, Marrocos, Nigéria, Paquistão, Senegal, África do Sul, Tailândia, Tunísia, Uganda, Iêmen e Zimbábue.

de recursos e de sua importância nas estratégias de redução da pobreza e nos programas de população e saúde reprodutiva, precisando reassumir seu papel com prioridade para o desenvolvimento. Acentua que os países mais pobres continuam com altas taxas de fecundidade e de crescimento populacional, o que afeta de forma adversa o alcance das metas do Milênio, incluindo a redução da pobreza. Em cada um dos capítulos considerados separadamente – Planejamento Familiar, Saúde Reprodutiva e População; HIV/Aids; Disponibilidade de Métodos Contraceptivos; Sustentabilidade Ambiental e Cooperação Sul-Sul –, a Declaração, após os reconhecimentos e reafirmações, endereça questões aos governos, aos PPDs e aos doadores.

Reunida de 30 de março a 03 de abril de 2009, a Comissão de População e Desenvolvimento das Nações Unidas aprovou uma resolução após análise da contribuição, nos últimos 15 anos, do Programa de Ação do Cairo para as metas do desenvolvimento, acordadas internacionalmente, incluindo as metas do Milênio.

A leitura do documento revela tratar-se de uma Resolução para avançar, com grande ênfase nos direitos humanos. Alguns parágrafos preambulares são dedicados a aspectos populacionais, envolvendo a transição demográfica em seus vários estágios, o envelhecimento, a janela de oportunidades, as migrações e a urbanização, situando a diversidade de situações em que se encontram os diversos países. Do acordo intergovernamental merecem menção:

- a afirmação de que a implementação do Programa de Ação do Cairo e a do Cairo+5 estão integralmente associadas aos esforços para alcançar as metas acordadas internacionalmente, incluindo as metas do Milênio, que se reforçam mutuamente;
- o alerta aos governos para continuarem os esforços no sentido de alcançar as metas do Cairo e as do Milênio, a despeito da crise e dificuldades econômicas e financeiras;
- a necessidade de acesso universal à saúde reprodutiva, afirmada por várias vezes na resolução;
- a incorporação, às metas do Milênio, de metas que passaram a vigorar a partir de janeiro de 2008, em especial as 5a e 5b referentes à meta 5 (melhorar a saúde materna), que correspondem, respectivamente, a reduzir, até 2015, em $\frac{3}{4}$ as taxas de mortalidade materna, e alcançar acesso universal à saúde reprodutiva;

- os compromissos de ação inéditos em matéria de integração da informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva nos planos e estratégias do HIV/Aids;⁵
- a necessidade de esforços crescentes dos governos no sentido de alcançar, até 2010, a meta do acesso universal a programas de prevenção do HIV, tratamento, cuidado e apoio aos portadores da Aids e reverter o avanço do HIV/Aids até 2015, ou seja, a incorporação da meta 6b à meta 6 do Milênio, em vigor a partir de janeiro de 2008;
- a reafirmação, em sua totalidade, do parágrafo 7.3 do Plano de Ação do Cairo, ou seja, “os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento dos direitos básicos de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva” (CIPD, 1994);
- a menção ao aborto no contexto de que os sistemas de saúde devem priorizar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, incluindo serviços de qualidade para o atendimento de complicações resultantes de abortos, reduzindo o recurso ao aborto por meio de serviços de planejamento familiar expandidos e de melhor qualidade e, nos casos em que o aborto não é contra a lei, os sistemas de saúde devem treinar e equipar profissionais de saúde e tomar medidas para assegurar que ele seja seguro e acessível, reconhecendo que em nenhuma hipótese o aborto seja promovido como método de planejamento familiar (consistente com os parágrafos 8.25 do Cairo e 63 do Cairo+5 e com o item 4 XI da Declaração de Santiago).

Uma vez mais vale destacar que o resultado alcançado nesta reunião e documentado na resolução, considerada firme e avançada, resulta do empenho de delegações dos governos e de redes de defensores do Cairo.

⁵ Detailed Analysis of 2009 CPD Resolution. Disponível em: <http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3580&Itemid=824>. Acesso em: 07 ago. 2009.

Antes de finalizar este breve relato das etapas do processo do Cairo a Cairo+15, vale salientar que duas batalhas ainda não foram ganhas, a saber: que os direitos sexuais sejam considerados direitos humanos; e que o aborto seja integralmente reconhecido como um direito reprodutivo.

A declaração aprovada pela Federação Internacional de Planejamento Familiar – IPPF, em 2008, situando os direitos sexuais no campo dos direitos humanos relacionados à sexualidade, deve ser vista como um passo importante no encaminhamento dos debates no nível global.

A continuidade das lutas por esses direitos marcará certamente o cenário até 2014.

Saúde reprodutiva e direitos reprodutivos no Brasil: cenários pós-Cairo⁶

O Sistema das Nações Unidas produziu uma avaliação conjunta da situação do Brasil, documento básico para formulação de sua programação conjunta para o ciclo programático vigente atualmente no país (UNCT, 2005). Nesse documento, o Brasil é caracterizado como um país de enorme potencial e que enfrenta grandes desafios; um país injusto e desigual, com grande contingente de população pobre, estimado, em 2003, em mais de 20 milhões de pessoas. A *Síntese dos indicadores sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira* (IBGE, 2007) mostra que, entre os indicadores sociais para o grupo de brancos, de um lado, e o de pretos e pardos, de outro, em 2006, o país apresentou cerca de 14,4 milhões de analfabetos, dos quais mais de 10 milhões eram pretos e pardos. O analfabetismo está concentrado nas camadas mais pobres, nas áreas rurais, especialmente do Nordeste, entre os mais idosos, de cor preta e parda.

⁶ Insistimos em sinalizar que, neste trabalho, estamos abordando apenas alguns aspectos de algumas das questões do campo da saúde reprodutiva e dos direitos reprodutivos. Uma problematização mais aprofundada deverá ser construída inclusive em diálogo com outros atores sociais.

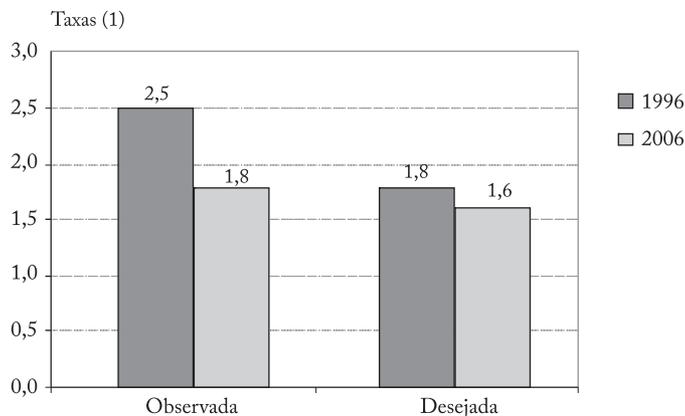
Com a finalidade de facilitar a leitura e reflexão, recordamos que de 1994 a 2009 o país registra a passagem de mandatos duplos e consecutivos dos governos FHC (1995/1998; 1999/2002) e de Lula (2003/2006; 2007/ finalizando em 2010). Neste sentido, em 2004 (Cairo+10), o país acumulava oito anos de gestão FHC e dois anos de gestão Lula. Em 2009, para Cairo+15, o país contempla sete anos de administração Lula e oito anos FHC.

Para efeito de reflexão sobre os direitos no campo da reprodução e de comparabilidade entre dados, consideraremos que os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 1996 refletem, de certa maneira, o cenário brasileiro de Cairo e os PNDS 2006 indicariam realidades mais associadas ao Cairo+15. Essa parece ser a forma mais adequada para indicar tendências de processos em curso e eventuais mudanças significativas que teriam sido alcançadas no período. A PNDS 1996 poderia, de certa forma, funcionar como uma linha de base, um ponto de partida para a análise.

No entanto, deve-se destacar que, entre 1996 e 2006, o percentual de jovens de 15 a 24 anos analfabetos reduziu-se bastante, chegando a 5,8%. As taxas de analfabetismo para a população de 15 anos ou mais de idade foram de 6,5% para brancos e de mais que o dobro, 14%, para pretos e pardos (IBGE, 2007). Nas áreas urbanas, a escolaridade média das mulheres é de 7,4 anos para a população total e de 8,9 anos para as ocupadas. No Brasil rural, essas médias são baixas: 4,5 e 4,7 anos, respectivamente. A menor média observada corresponde às áreas rurais de Piauí e Alagoas (3,2 anos).

O número de mulheres que são indicadas como a pessoa de referência da família aumentou consideravelmente entre 1996 e 2006, passando de 10,3 milhões para 18,5 milhões. Observou-se que as maiores proporções de mulheres que se declaravam como pessoa de referência da família/chefe de família estavam nos grupos etários de 25 a 39 anos e de 60 anos ou mais. Os resultados da PNAD 2006 mantêm tendências já verificadas nos últimos dez anos: crescimento da proporção de pessoas que vivem sozinhas, dos casais sem filhos, das mulheres sem cônjuge e com filhos na chefia das famílias e, também, uma redução da proporção dos casais com filhos. Ainda de acordo com o IBGE (2007), este fenômeno pode ser explicado pelo aumento da esperança de vida e pela redução da fecundidade feminina e das taxas de mortalidade. Por outro lado, caíram em 3,1 pontos percentuais os níveis de maternidade das jovens de 18 a 24 anos de idade, passando de 38% para 34,9%. A Região Sul apresentou a maior queda (7,5%) e somente o Norte registrou aumento na proporção de mulheres com filhos para este grupo etário (2,8%). A proporção de mulheres de 25 a 49 anos com filhos reduziu-se, principalmente no Sul e Sudeste (2,9% e 2,8%, respectivamente). Também deve ser destacada a redução da proporção de mulheres com três filhos ou mais (de 63,2% para 48,6%). A taxa de fecundidade total manteve sua tendência de declínio, ao passar de 2,7 filhos por mulher, em 1996, para 2,0, em 2006. A maior taxa foi encontrada em Roraima (3,3 filhos) e a menor no Rio Grande do Sul (1,6 filho). De 1996 a 2006, houve um ligeiro aumento da proporção das adolescentes de 15 a 17 anos de idade com filhos: de 6,9% em 1996, passou para 7,6%, em 2006. Os dados da PNDS mostram que as taxas de fecundidade passaram de 2,5 filhos por mulher, em 1996, para 1,8, em 2006, sendo que as taxas desejadas de fecundidade passaram de 1,8 para 1,6, reduzindo-se, portanto, de maneira significativa a presença da gravidez indesejada (Gráfico 1).

Gráfico 1
Taxas de fecundidade total observada e desejada
Brasil – 1996-2006



Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 1996 e 2006; Berquó e Lima, 2009.
(1) Número médio de filhos por mulher.

O documento das Nações Unidas (2005) reconhece que, embora o movimento feminista tenha provocado mudanças relevantes no âmbito dos direitos humanos das mulheres, o país ainda vive a discriminação de gênero, especialmente em alguns setores, como, por exemplo, na ainda precária participação das mulheres no mercado de trabalho, no âmbito da participação política, ou ainda na persistência da violência de gênero. Também em 2005, o Banco Mundial e a Cepia publicaram um documento com as conclusões de uma revisão atualizada a respeito das questões de gênero no Brasil, mais especificamente sobre as tendências demográficas, indicadores de saúde, causas e efeitos da violência, indicadores educacionais, tendências do mercado de trabalho e proteção social e, finalmente, no âmbito da política. O documento reafirma que o Brasil evoluiu muito ao longo das últimas décadas no tratamento das questões de gênero e na redução das diferenças socioeconômicas entre homens e mulheres, mas especifica três avanços importantes:

o aumento do acesso e do uso de contraceptivos no país, com redução nas taxas de fecundidade e no tamanho das famílias, o aumento no nível educacional das mulheres, e em terceiro lugar o fato de que apesar de que os homens ainda sejam a população predominante no mercado de trabalho, a participação das mulheres têm aumentado e a diferença salarial com a população masculina têm se reduzido. (PENA; CORREIA; BRONKHORST; OLIVEIRA, 2005).

Começando do começo: antecedentes da plataforma de Cairo no Brasil e a saúde integral das mulheres

A década de 1970, no Brasil, foi o ponto de partida para a formulação de questões essenciais no campo das transformações culturais e políticas no âmbito dos direitos das mulheres. Várias são as publicações que mostram a instalação da força viva feminista que demandou autonomia, poder e prazer para as mulheres. No âmago do processo estavam instaladas a sexualidade e a reprodução (AQUINO; HEILBORN; BARBOSA; BERQUÓ, 2002; CORREA; ÁVILA, 2003). “Nosso Corpo nos Pertence” passou a ser insígnia global que legitima as reivindicações das mulheres, traduzindo-se no Brasil, ao longo dos anos seguintes, em transformações no âmbito das leis, das políticas e das culturas brasileiras (OLIVEIRA, 2005; *Jornal Mulherio*, 1982, 1984, 1985, 1987, s/d). Portanto, a dimensão histórica dos direitos sexuais e reprodutivos começou no Brasil muito antes da IV Conferência de População e Desenvolvimento das Nações Unidas, realizada no Cairo em 1994, como indicado por vários acadêmicos e ativistas (ALVES; CORRÊA, jul./dez. 2003).

Os anos 1980 constituem o momento em que explicitamente se buscou dar forma e expandir tal complexo e instigante debate público sobre o direito das mulheres a seu próprio corpo e à sua sexualidade, a seu direito de decidir. Esse debate ganhou forte impulso movido, sobretudo, pela certeza de que a democracia traria um componente fundamental para que a sociedade executasse seu projeto político de construção da igualdade social e política (SORJ, 1991). O processo de reconstrução democrática parecia trazer a possibilidade de que várias vozes excluídas pudessem efetivamente ser identificadas como sujeitos sociais e, nesse diapasão, estavam os direitos das mulheres. No Brasil, a transformação da relação do Estado com a sociedade civil e a ruptura com processos ditatoriais instalados no país trouxeram, portanto, perspectivas promissoras. De um lado, a radicalidade dos partidos políticos se mostrava insuficiente para atender às reivindicações feministas, motivando a formação de grupos de mulheres específicos, em vários países e no Brasil também (Oliveira 2005); de outro, a abertura do Estado à definição de respostas inovadoras parecia ser o cenário ideal para a conquista de direitos. Nas palavras de Oliveira (2005),

na década de 80 os movimentos feministas no país tornavam-se uma força política e social consolidada, em que as relações de gênero assumiram primeiro plano.

Campanhas contra os abusos com relação às mulheres no que tange a temas até então ignorados como a violência física e simbólica, assim como a questão do aborto, merecem espaço cada vez mais amplo nos meios de comunicação, como resultado da mobilização das feministas e da própria modernização da sociedade brasileira.

A dupla jornada de trabalho, a ausência de creches do Estado para compartilhar com as mulheres a criação dos filhos, a presença de linguagens discursivas estereotipadas no tratamento do feminino nos livros didáticos, a necessidade de problematizar publicamente as situações de violência doméstica, assim como associar a sexualidade e a reprodução com o campo da saúde e dos direitos, foram questões que deveriam se transformar em estratégias que, concertadas, seriam traduzidas em políticas públicas específicas para as mulheres e atendidas pelo Estado sob o estímulo de estruturas especificamente criadas com tal finalidade: os Conselhos ou Secretarias da Mulher.

Foi neste contexto que o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres, apresentado no âmbito do governo federal em 1983, representou a tradução programática que tinha a pretensão, por um lado, de responder às demandas do movimento de mulheres e, por outro, de representar uma resposta democrática que pudesse restringir o espaço ao *laissez-faire* do governo brasileiro no tocante à utilização de contraceptivos pelas mulheres brasileiras, ou às posturas associadas ao controle de natalidade que vozes de esquerda temiam que fosse adotado pelo país (CORREA, 1993). Direitos à saúde integral, incluindo informação, e ao acesso aos contraceptivos foram componentes dos repertórios discursivos adotados pelas feministas e transformados em políticas públicas. O componente da saúde integral associado à reprodução foi, posteriormente, considerado saúde reprodutiva. Na década de 1980, as informações colhidas no contato cotidiano, quando se tratava da esterilização e do aborto, evidenciavam enorme precariedade. A esterilização e o aborto executados em clínicas clandestinas, em clínicas de planejamento familiar (CECF, 1988), ou por meio de subterfúgios no serviço público – conhecidos como “pagamento por fora”, ou abusos em torno da cesariana – submetiam a população feminina a um risco à sua saúde e à sua vida inaceitável.

A limitação do Estado na prestação de várias ações de saúde, assim como sua ausência no asseguramento dos recursos contraceptivos, foi problematizada à exaustão durante os últimos 25 anos. Particularmente os temas do aborto e

da esterilização foram nós centrais nesses processos, como o são até os dias atuais. A Comissão dos Direitos da Reprodução Humana,⁷ no final dos anos 1980, por exemplo, problematizou extensamente ambos os temas, articulando posições públicas específicas sobre o direito ao aborto e à esterilização. No entanto, a aprendizagem dos últimos anos é que a proposta “revolucionária” de garantir às mulheres o direito de decidir, por meio do PAISM, era muito mais complexa do que se podia imaginar, especialmente num país em que simultaneamente se construía o sistema público de saúde, o SUS, pelo qual essa perspectiva se efetivaria (CORREA, 1993). Era o tempo de romper com abusos existentes nesse terreno até então e preencher lacunas deixadas pelo Estado. Parecia ser o momento correto para introduzir as ações de concepção e contracepção no contexto da saúde, e não deixá-las desprendidas, em ações não-normatizadas, muitas vezes realizadas sem definição ou vigilância. Ainda nas palavras de Correa (1993), “a perspectiva feminista traduzia uma agenda política radical em um instrumento eficaz de inclusão e de tentativa de redução das desigualdades sociais”.

Os dez primeiros anos do PAISM, analisados por Ana Costa em 1992 – portanto dois anos antes de Cairo/ICPD –, por solicitação da Comissão de Cidadania e Reprodução, que estava interessada em monitorar o processo de implementação do programa, mostraram profundas debilidades: falta de informações sistematizadas no âmbito das secretarias estaduais, mesmo nos aspectos referentes à mortalidade materna, ou da definição de compra de contraceptivos pelas secretarias estaduais de saúde ou definições específicas pelas secretarias municipais de saúde. Evidente já era o fato de que ter um ideário democrático não era suficiente e que a construção de igualdade pela execução de políticas públicas exigiria atenção também sobre as políticas econômicas e sobre a dificuldade de transformação das matrizes culturais implementadas em todos os campos sociais (CORREA, 1993).

Na década de 1990, estudo de Correa, Piola e Arilha (1998) evidencia que a implementação do que viria a ser chamado de “linguagem do Cairo” de-

⁷ A Comissão foi órgão assessor do Ministério da Saúde criado na década de 80. Um dos grandes destaques de sua atuação foi a limitação a pesquisa e uso do Norplant no país. Também posicionou-se publicamente sobre a esterilização e sobre o aborto, e foi uma das primeira instâncias que debruçou-se sobre a figura do aborto legal. Na ocasião, a portas fechadas, fez debate com Dr. José Carlos Dias, que emitiu um parecer mostrando que cabia ao Estado atender os casos previstos em lei. Tal parecer foi usado como base para a orientar a implantação do serviço de aborto legal no Hospital Jabaquara, em São Paulo.

mandaria decisão política, recursos e capacitação como elementos centrais para essa execução. Durante os anos 1990, algumas experiências locais, tais como em São Paulo, Recife e Porto Alegre, deram vida às tentativas de implementação do PAISM e mantiveram agendas abertas e vivas no cenário nacional. No entanto, a falta de uma análise mais global, menos associada aos momentos conjunturais e mais relacionada ao longo prazo, não se fez sentir, o que dificultou a perspectiva de que era necessário atuar sobre os mecanismos de gestão no âmbito do SUS em níveis nacional, estadual e municipal e fortalecer os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde.

Não havia mais dúvidas de que toda e qualquer estratégia de implementação das ações de atenção integral à saúde da mulher, principalmente aquelas associadas ao campo da **saúde reprodutiva requereriam um ambiente político e administrativo favorável**, além das estratégias básicas, como, por exemplo, estabelecer um diagnóstico epidemiológico, produzir sensibilização e capacitação de profissionais de saúde, gerar sensibilidade para o trabalho intersetorial, assim como promover o estabelecimento do diálogo político com a agenda do movimento de mulheres, além da enorme capacidade de “conhecer as entranhas do sistema de saúde e de vencê-las no cotidiano do SUS”.⁸ Definição de recursos específicos, acordos e compromissos intra e intersetoriais, estabelecimentos de contatos com instâncias profissionais, relações com Conass, Conasems foram peças que adensaram o cotidiano de trabalho desse processo nos anos seguintes, reconhecidas e desenvolvidas também em grande parte como a abertura de espaços no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (ARAÚJO, 2002; Lago, 2007; CNS, 1995-2000), restabelecida em 1996.

Brasil e o pós-Cairo: para além do diálogo político, as normativas, a gestão da saúde pública e os resultados alcançados

Se o Brasil apresentava, sem dúvida, componentes prévios ao processo Cairo, o pós-Cairo representou um enorme desafio: de um lado, o enfrentamento do SUS; e, de outro, a superação das forças conservadoras. No processo Cairo, Cairo+5, Cairo+10 até alcançar Cairo+15, distintos momentos políticos foram

⁸ Expressão cunhada por Tânia Lago para evidenciar a necessidade de conhecer os mecanismos internos de funcionamento do SUS para superar as barreiras enfrentadas pelas áreas técnicas.

construídos no país. Uma revisão permite observar o esforço para compreender e lidar com a complexidade do SUS, bem como seguir mantendo viva a essência crítica e construtora do sujeito coletivo por meio do PAISM, hoje transformado em “Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres”.

Em 1999, no processo de revisão de Cairo, no âmbito brasileiro, já era possível identificar mudanças cruciais às quais era necessário responder: a reorientação do sistema, buscando a priorização das ações básicas de saúde; os avanços no campo da descentralização; e a criação dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, já delegando cada vez mais responsabilidades aos Estados e municípios na gerência de recursos e priorização de ações de saúde, com incorporação do PAB – Piso de Atenção Básica. A melhoria da cobertura e qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, além da atenção à problemática associada ao câncer, pelo programa especificamente determinado para abordar o câncer cérvico-uterino, e a tentativa de redução de cesarianas obedeceram a portarias específicas que foram destaques no período. Estes foram problemas identificados como motores propulsores do gestor no plano nacional (UNFPA/EAT México, 2005).

De acordo com Lago (2006), no Brasil, a detecção precoce do câncer cérvico-uterino via colpocitologia foi implementada por meio de duas campanhas realizadas durante o período de 1998 a 2002, quando se implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino. Esta implementação ocorreu com uma campanha nacional voltada prioritariamente para mulheres com idade entre 35 e 49 anos, seguiu-se com o fortalecimento da oferta das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento na rotina dos serviços para mulheres de 25 a 59 anos, prevendo a realização de campanhas trienais para atingir o grupo etário prioritário. A implantação destas campanhas aconteceu com liberação de recursos específicos, mas foram criticadas intensamente por vários setores que consideram que a melhoria dos serviços de rotina deveria ser o alvo central do SUS. Esse programa descortina tensões conceituais ainda existentes sobre a adequação de ações verticalizadas no âmbito da assistência à saúde prestada pelo SUS.

Embora houvesse sensibilização do gestor nacional para ampliação da contracepção, sobretudo após a definição de Lei de Planejamento Familiar, a oferta de métodos esbarrava na resistência dos gerentes do sistema de saúde em aceitar que os anticoncepcionais eram insumos básicos para a população;

aquisição insuficiente devido à frágil definição política e orçamentária e ao desconhecimento de estratégias de compra no mercado e falta de levantamento de dados para conhecer as reais demandas e necessidades em relação a cada um dos métodos anticoncepcionais (ARILHA; CITELLI, 1999, Beijing+5). A grande ruptura de um PAISM que produzia normas ou apresentava suas definições programáticas nos estados, ou que produzia, difundia e capacitava em materiais educativos para um núcleo técnico que teria que responder às demandas de um sistema integrado, foi notável e complexa. Conforme dito anteriormente, a mudança do panorama na qualidade da assistência à saúde reprodutiva da população brasileira exige uma interface do movimento feminista com a reconstrução do SUS e a participação dos grupos de mulheres nos conselhos de saúde. Por outro lado, também já era possível vislumbrar que enquanto seria necessário se debruçar sobre o SUS – o que efetivamente ocorreu – os temas de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos seriam lançados e abraçados pelo debate público, o que efetivamente ocorreu (ARILHA, 1998).

Em 2009, observa-se a existência de um conjunto de normativas que apoiam a saúde sexual e reprodutiva e os direitos sexuais e reprodutivos. Vale a pena considerar a hipótese de que possivelmente os anos iniciais do processo do Cairo foram destinados a quebrar limites e fronteiras para a atenção à saúde das mulheres em todas as etapas de sua vida, como acaba de ser citado, buscando superar resistências conceituais a um olhar específico de escalões técnicos superiores do Ministério da Saúde, analisando novos processos e dinâmicas de organização do SUS e destinações orçamentárias e aprendendo da lógica interna do Sistema. Num momento posterior, o que se observa é uma profusão de normativas que retomam questões antigas, como é o caso do câncer de mama, tocam e aprofundam cenários associados a temáticas inovadoras, como é o caso da violência sexual/abortamento para adolescentes ou a feminização da Aids, e passam a mergulhar numa aproximação a populações mais vulneráveis, buscando superar contínuas desigualdades do sistema de saúde. Aparentemente o SUS disporia neste momento de normativas, profissionais, equipamentos e recursos para promover a saúde sexual e reprodutiva de suas populações. Momento ideal para seguir promovendo pensamento estratégico para os próximos cinco anos.

Leila Linhares Barsted (2005), em seu texto *Novas legalidades e novos sujeitos de direitos*, expressa que, “na atualidade, o conceito de cidadania está intrinsecamente articulado com os direitos à liberdade e à igualdade com a ideia

de que a organização do Estado e da sociedade deve representar o conjunto das forças sociais, bem como se estruturar a partir da mobilização política dos cidadãos. Portanto, ser cidadão é ser livre e ter poder". Essa perspectiva, construída pela Revolução Francesa e que trouxe as bases para uma democracia da inclusão, permitiu que novos sujeitos de direitos viessem a público. Nos últimos 25 anos, no Brasil, especialmente nos processos pós-Cairo, acompanhando tendências globais, assistiu-se à "construção de um novo direito, capaz de abarcar novas demandas de um sujeito coletivo específico" (BARSTED, 2005). No campo da sexualidade e da saúde reprodutiva, isso ocorreu não apenas com as mulheres, mas também com vários outros sujeitos coletivos no Brasil, os afrodescendentes, os grupos *gays*, lésbicas, transgêneros, jovens, entre outros, com toda a diversidade que se pode integrar em subgrupos específicos. Esses sujeitos coletivos demandaram, nas últimas décadas, alterações nas legalidades existentes, criando-se uma profusão de normativas – entendidas aqui não apenas como leis, mas como toda e qualquer regulação, resolução, política ou programa pertinente – no âmbito tanto do Poder Legislativo como do Executivo ou Judiciário.

Ventura (2006) explica que as normas administrativas, tais como portarias, normas técnicas e outras medidas, são também importantes para a defesa de direitos e devem estar sempre sintonizadas com os princípios inseridos nas diversas leis e documentos. **O conjunto da normatividade no âmbito da sexualidade e saúde reprodutiva foi definido no Brasil em complexos processos técnicos e políticos, respondeu aos acordos e tratados assinados pelo Brasil no âmbito global e paulatinamente criou possibilidades de mudanças no âmbito da cidadania vinculada à sexualidade e à reprodução.**⁹ Reveses ocorreram,

⁹ Para efeito deste trabalho, estamos utilizando o conjunto de Normativas definido no site <<http://www.redesaude.org.br/trilhas/index.html>> (acesso em 05/08/09), além de outros documentos considerados imprescindíveis pelas autoras, a saber: Lei do Aborto (1940); Constituição Federal (1988); Lei n. 9.263/1996 (Planejamento Familiar); Lei n. 9.534 (1997), que garante o registro de nascimento e assento de óbito gratuitos; Resolução n. 258 (1997) do Conselho Nacional de Saúde (solicita ao Ministério da Saúde a regulamentação e normatização do atendimento ao aborto legal através do SUS); Norma Técnica sobre o Atendimento da Mulher vítima de Violência (1998); Lei n. 10.778/2003 (Notificação Compulsória da Violência); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher 2 (2004); Câncer de Mama – Consenso (2004); Programa de Anemia Falciforme; Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna (2004); Manual de Atenção Humanizada ao Abortamento (2005); Lei n. 11.108/2005 – Lei do Acompanhante; Manual de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra as Mulheres e Adolescentes (2005); Aspectos Jurídicos do atendimento às vítimas de Violência (2005); Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo (2005); Portaria 2/ CVS (2005) normatiza a venda de medicamentos que contém misoprostol para estabelecimentos de natureza hospitalar cadastrados; Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada

no entanto, a contínua presença dos movimentos sociais e de gestoras mulheres no serviço público, comprometidas com a dimensão democrática, permitiu a solidificação de tendências progressistas no âmbito de gênero, sexualidade e saúde. Os processos políticos do pós-Cairo trouxeram outras forças vivas políticas que alimentaram esse processo, tais como associações de saúde coletiva (Abrasco), de demógrafos (Abep) e de médicos ginecologistas e obstetras (Febrasgo) apoiadas de maneira mais circunscrita por associações sindicais, além de outros grupos sociais, como é o caso dos portadores de patologias e necessidades especiais, e conselhos de categorias, como o das assistentes sociais, entre outros.

O complexo conjunto de textos e normativas produzidos durante o período pós-Cairo, no Brasil, retrata a força com que o campo foi tratado pelo gestor público federal. Pontos críticos foram abordados, buscando sedimentar a ruptura de paradigma que os debates nacionais e internacionais exigiam: as mulheres não seriam mais vistas pelo sistema de saúde como as mulheres-mães apenas, mas também enquanto portadoras de necessidades específicas, como sujeitas de direitos no campo da sexualidade e da reprodução.

Não há dúvidas de que os direitos ao aborto e ao uso da esterilização feminina pelas mulheres brasileiras foram temas centrais para a problematização dos direitos reprodutivos (CORRÊA; ÁVILA, 2003). A Constituição Brasileira, apresentada à Nação em 1988, foi um marco central nesta trajetória. A nossa Constituição reconheceu que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, **garantindo-se aos brasileiros** e estrangeiros **residentes no país a inviolabilidade do direito à vida**, à liberdade, à igualdade, à

(2006); Lei n. 11.340/2006 (Maria da Penha); Cartilha Direitos Sexuais (2006); Matriz Pedagógica de Saúde Integral para Adolescentes (2006); Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (2007); Plano para Enfrentamento da Feminização da Aids (2007); Política Nacional Saúde Integral População Negra (2007); Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil; Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade/Portaria GM n. 958/2008; Portaria 1.119/2008 (investigação obrigatória de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos); Resolução Anvisa 36/3 (2008), que inclui misoprostol na lista de medicamentos básicos e obrigatórios para maternidades; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009); Portaria GM/MS n.1,707 (2008), que prevê atenção integral para pessoas que vivenciam a transsexualidade; Política de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais; Lei n. 11.935/2009 – altera norma que dispõe sobre planos e seguros privados de saúde, incluindo métodos e técnicas de concepção e contracepção. Vale a pena salientar que há inúmeras normativas que foram produzidas e aceitas pela sociedade, que dizem respeito ao campo da saúde e direitos reprodutivos, e que não emanaram do Ministério da Saúde. Exemplo são as normativas que o Poder Judiciário fez em relação ao uso de células tronco, ou que irá fazer em torno da anencefalia.

segurança e à propriedade. Mais especificamente, o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição estabelece que, **“fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito, vedado qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”**. A Constituição, como toda normativa produzida em determinado momento histórico, político e cultural, refletia o estado das preocupações vigentes naquele momento do debate nacional **em que é especialmente evidente o cuidado em preservar a pessoa humana de qualquer coerção**. Denúncias constantes realizadas pelo movimento de mulheres, especialmente do movimento de mulheres negras, apontava para a preocupação com a alta incidência de esterilizações de mulheres, inadequadamente realizadas.

Para responder a esse parágrafo da Constituição, foi instituída a Lei de Planejamento Familiar n. 9.263/96, após tensos e complexos processos de discussão no âmbito do movimento de mulheres e das associações médicas, do qual a Comissão Parlamentar de Inquérito da Esterilização, realizada em 1991, foi parte importante. Regulada pelo Ministério da Saúde em 1997, a lei garante acesso à contracepção e, entre outros aspectos, focaliza especialmente a prestação da esterilização pelos serviços públicos, buscando estar em consonância com os lineamentos do PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Alguns estudos específicos vêm mostrando (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003) que a resistência médica e a burocracia nos serviços públicos de saúde acabam provocando desistências entre as mulheres que recorrem à esterilização. Em 2004 foi instalada a Política Nacional de Procedimento Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, pela Portaria GM n. 958 de maio de 2008, que atende ao Programa de Incremento de Cirurgias relacionadas à Saúde da Mulher. Este programa inclui a esterilização e a vasectomia e prevê o incremento no pagamento do SUS, buscando aumentar a procura por esse procedimento ambulatorial.

A Política Nacional de Planejamento Familiar, que tem como base o documento *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade de governo*, foi lançada em março de 2005. A política retoma com vigor os eixos centrais nela especificados: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária, especialmente masculina; e introdução da reprodução humana assistida no âmbito do SUS. Recursos para investigação e capacitação de profissionais de saúde também

estão presentes. Ainda neste cenário, foi aprovada recentemente a lei relativa à implementação de procedimentos contraceptivos no âmbito dos planos e seguros de saúde (2009).

No campo da contracepção, Vieira (2003) estabelecia como complexidades importantes a predominância de apenas dois métodos contraceptivos (esterilização feminina e anticoncepcional oral), a medicalização excessiva, a predominância do setor privado, o acesso tardio e gravidez indesejada, a falta de informações e uso inadequado da contracepção e a desigualdade no acesso. **A reversão desse quadro** tem sido sistematicamente tentada pelo Ministério da Saúde, por meio de várias medidas. **Possivelmente a mais importante delas seja a aceitação, atualmente vigente no plano federal e aparentemente indiscutível, de que recursos orçamentários próprios devem ser destacados para a compra dos insumos. A compra centralizada dos insumos foi adotada** menos como uma questão de gestão, e mais pela compreensão de que possivelmente os estados da federação, a depender de sua compreensão acerca dos direitos reprodutivos, colocariam em risco as aquisições. Tema ainda pendente, e que desafia a capacidade logística do Ministério para essa operação, tem resultado em descontinuidade da apresentação dos insumos na ponta do sistema de saúde e, como consequência, **até pouco tempo atrás havia pouca garantia de que o direito de decidir se e quando ter filhos estaria sendo promovido.** Em 2007, foi anunciado um Programa de Planejamento Familiar com várias medidas, tais como aumento no pagamento da vasectomia pelo SUS e venda de anticoncepcionais orais a custos bem menores nas farmácias populares, entre outras.

Os dados sobre a prevalência de uso de anticoncepcionais no país mostram que a proporção de mulheres unidas de 15 a 44 anos de idade que utilizam algum método passou de 77,9%, em 1996, para 81,6%, em 2006. Este aumento deveu-se à expansão de uso nos estratos menos favorecidos da população feminina. De fato, na classe econômica E, o uso ascendeu, no período, de 65% para 74%. Entre as mulheres sem instrução, a prevalência cresceu de 66% para 77%.

O repertório contraceptivo no país também mudou nestes anos. Em 1996, entre as usuárias, a esterilização feminina liderava a lista de métodos (38,5%), seguida pela pílula (23,1%) e condom (4,6%). Em 2006, o leque se ampliou e a pílula passou a ocupar o primeiro lugar (27,4%), seguida pela esterilização feminina (25,9%) e o condom (13,0%). A vasectomia teve seu papel ampliado, com 5,7% em contraste com os 2,8% registrados em 1996.

Tabela 1
Prevalência de uso de método anticoncepcional, em mulheres unidas de 15 a 44 anos, segundo classe econômica
Brasil – 1996-2006

Classe de Renda	Em porcentagem	
	1996	2006
E	65,0	74,0
D	77,0	79,0
C	84,0	83,0
A + B	86,0	85,0

Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 1996 e 2006; Perpétuo; Wong, 2009.

Tabela 2
Prevalência de uso de método anticoncepcional, em mulheres unidas de 15 a 44 anos, segundo anos de estudo
Brasil – 1996-2006

Anos de estudo	Em porcentagem	
	1996	2006
Nenhum	66,0	77,0
1 a 4	73,0	80,0
5 a 7	79,0	78,0
8 ou +	84,0	83,0

Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 1996 e 2006; Perpétuo; Wong, 2009.

Uma análise regional mostra que, em 2006, a prevalência de uso de métodos não apresentou diferenciação. Entretanto, para a esterilização, a proporção foi maior no Norte (41%), no Centro-Oeste (39%) e no Nordeste (37%), enquanto o Sul registrou 19% e o Sudeste, 24%. Com relação à pílula, destacam-se o Norte com 13% e o Sul com 39%, cabendo às demais regiões valores entre 22% e 24%.

A esterilização feminina ainda permaneceu, em 2006, o método mais usado por mulheres com pouca escolaridade e baixa renda. As prevalências de esterilização e pílula foram, respectivamente, de 32,6% e 24,1%, na classe E, e 29,7% e 26,3%, na classe D. Quanto aos anos de estudo, essas proporções foram de 49,9% e 16,4%, para mulheres sem nenhuma instrução, e 39,5% e 22,2%, entre aquelas com 1 a 4 anos de estudo.

Verificou-se queda significativa, entre 1996 e 2006, na proporção de indesejabilidade tanto do último filho nascido nos cinco anos anteriores à pesquisa, de 23,1% para 18,2%, como da gravidez em curso no momento da entrevista, de 28,2% para 19,0%. As mulheres mais pobres, menos escolarizadas, negras, não-casadas ou não-unidas, mais velhas e com parturições mais elevadas apre-

sentaram maior prevalência de nascimentos não desejados. Quanto à gravidez em curso, a indesejabilidade é maior para as mulheres mais velhas e cresce com o aumento da parturição e da defasagem entre o número de filhos tidos e o ideal.

Os resultados gerais sugerem uma redução das falhas no controle do processo reprodutivo, seja pelo maior e melhor uso de métodos contraceptivos, seja pelo recurso à interrupção voluntária de gravidezes. Todavia, este decréscimo foi menos acentuado entre as mulheres socioeconomicamente mais vulneráveis. Neste contexto, vale a pena observar também a presença da contracepção de emergência no leque de contraceptivos modernos utilizados pela população feminina, que aparece com 12% de uso, alguma vez na vida, entre todas as mulheres, 11 % entre as atualmente unidas e 23,2% entre a não-unidas, ativas sexualmente nos últimos 12 meses (Tabela 5).

Tabela 3
Distribuição das mulheres unidas de 14 a 44 anos, por anos de estudo, segundo métodos anticoncepcionais utilizados
Brasil – 1996-2006

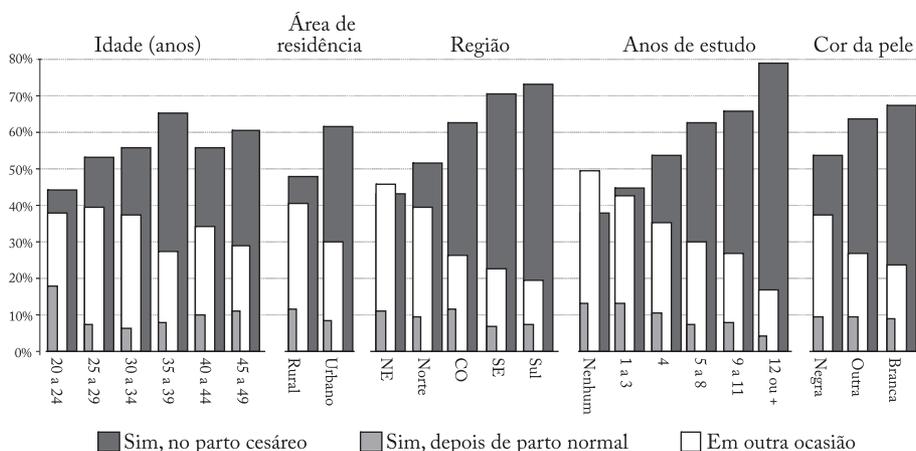
Métodos	Em porcentagem									
	Nenhum		1 a 4 anos		5 a 7 anos		8 anos e mais		Total	
	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006
Não usa	33,5	22,9	26,6	20,1	21,4	21,6	16,0	16,6	22,1	18,4
Esteriliz. fem.	47,4	49,9	41,1	39,5	35,6	25,2	35,9	20,5	38,5	25,9
Esteriliz. masc.	0,2	0,2	1,6	3,2	2,1	3,6	4,8	6,4	2,8	5,1
Pílula	7,7	16,4	20,0	22,2	28,4	27,1	25,7	30,0	23,1	27,4
Condom	2,7	6,0	2,8	7,2	4,6	14,9	6,7	14,8	4,6	13,0
Outros métodos	2,0	0,4	2,4	4,3	2,5	6,0	4,0	8,4	3,0	7,0
Abst. periódica	2,2	1,2	2,0	0,6	1,9	0,3	4,4	1,4	2,9	1,0
Coito interrom.	4,2	3,1	3,3	2,9	3,3	1,4	2,5	1,9	3,1	2,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – 1996 e 2006; Perpétuo; Wong, 2009.

Chama atenção como é ainda grande o percentual de mulheres que são esterilizadas durante o parto cesáreo. Em que pesem os esforços da lei de planejamento familiar, são as mulheres brancas, com maior número de anos de estudo, das regiões Sul e Sudeste, de áreas urbanas, e de 35 a 39 anos que estão sendo esterilizadas durante a cesariana. Enquanto isso, são as mulheres sem escolaridade, do Nordeste, rurais e mais jovens que estão sendo submetidas a esterilizações em momentos que não são reprodutivos (Gráfico 2). A Tabela 4 permite observar o grau de utilização da esterilização entre mulheres, de acordo com seu estrato econômico.

Gráfico 2

**Porcentagem de mulheres esterilizadas, por características sociodemográficas, segundo o momento da realização da cirurgia em relação ao nascimento do último filho
Brasil – 2006**



Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006; Perpétuo (2008).

Tabela 4

**Distribuição das mulheres unidas de 15 a 44 anos, por classe econômica, segundo métodos anticoncepcionais utilizados
Brasil – 1996-2006**

Métodos	Em porcentagem									
	Baixa (E)		Média-Baixa (D)		Média (C)		Alta e Média-Alta (A e B)		Total	
	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006
Não usa	35,1	26,3	22,8	21,3	16,4	16,8	13,7	15,0	22,1	18,4
Esteriliz. fem.	36,5	32,3	39,9	29,7	37,6	25,1	40,4	20,2	38,5	25,9
Esteriliz. masc.	0,6	1,0	1,0	1,8	3,7	4,2	8,5	13,3	2,8	5,1
Pílula	18,5	24,1	24,8	26,3	26,5	30,2	18,2	23,9	23,1	27,4
Condom	1,6	10,3	4,3	11,7	5,5	12,8	7,8	16,4	4,6	13,0
Outros métodos	1,8	3,6	2,4	6,1	4,0	7,7	3,6	7,7	3,0	7,0
Abstinência	2,0	0,5	2,3	1,5	2,8	0,9	6,1	1,0	2,9	1,0
Coito interrom.	4,0	1,9	2,6	1,7	3,5	2,2	1,6	2,5	3,0	2,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – 1996 e 2006; Perpétuo; Wong, 2009.

De acordo com os PNDS 2006, nem os implantes e nem as injeções contraceptivas parecem ter obtido a aceitabilidade que a contracepção de emergência vem mostrando no país e a adequação na forma de uso (Tabela 5). Referimo-

nos ao fato de que os dados confirmam o uso eventual mas não sistemático do método, isso é, obedecendo as indicações corretas para seu consumo. Assim, 23,2% das mulheres sexualmente ativas afirmaram ter usado, em algum momento em suas vidas, a contracepção de emergência, embora tal método tenha recebido várias e duras tentativas de obstaculização, especialmente desde 2001, geradas por grupos conservadores. Embora instituída inicialmente para uso nos serviços de atenção à violência sexual e posteriormente estendida para qualquer uso, o acesso à contracepção de emergência foi questionado por diferentes recursos jurídicos e políticos no plano nacional, estadual (RJ, MS e SP) e em vários municípios de São Paulo (Taubaté, São José do Rio Preto, Cachoeira Paulista, Jacareí, São José dos Campos, Pindamonhangaba, Pirassununga, Vargem, Ilhabela, Jundiá), Pernambuco (Recife e Olinda), Bahia, Paraná (Londrina, Maringá), Santa Catarina (Joinville) e Rondônia (Porto Velho). A única lei votada, aprovada e sancionada por prefeito foi a lei municipal de Jundiá, derrubada no Tribunal de Justiça de São Paulo por ação de movimentos sociais, em fevereiro de 2009.

Tabela 5
Distribuição das mulheres, segundo métodos anticoncepcionais utilizados
Brasil – 2006

Métodos utilizados	Total de mulheres	Atualmente unidas	Em porcentagem
			Não unidas sexual. ativas nos últimos 12 meses
Total (números absolutos)	15.575	9.989	2.838
Algum método	67,8	80,6	75,2
Métodos modernos (1)	65,2	77,1	73,3
Esterlização fem.	21,8	29,1	10,9
Esterlização masc.	3,3	5,1	0,1
Pílula	22,1	24,7	30,3
DIU	1,5	1,9	1,3
Injeção contraceptiva	3,5	4	4,4
Implantes	0,1	0,1	0,4
Camis. Masc	12,9	12,2	26
Pílula do dia seguinte (2)	0,0 (12,0)	0,0 (11,0)	0,1 (23,2)
Método tradicional	2,4	3,2	1,6
Tabela /abstin./periódica/bilings	0,8	1,1	0,6
Coito interrompido	1,5	2,1	1,0
Outro método	0,2	0,3	0,3
Não está usando método	32,2	19,4	24,8

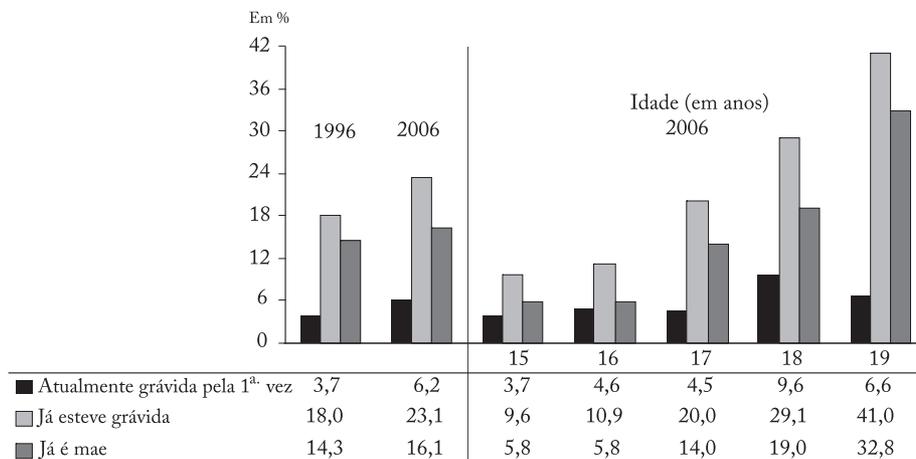
Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006; Perpétuo (2008).

(1) Não foi detectado nenhum caso para camisinha feminina, diafragma e creme/óvulo vaginal.

(2) Os dados entre parênteses referem-se ao uso alguma vez na vida.

A contracepção de emergência, que de acordo com os dados de pesquisa Ibope/CDD de 2005 é altamente aceita entre a população mais pobre e com menor nível de escolaridade, parece ser uma ferramenta de alto valor para este segmento populacional. Se a contracepção de emergência é um método que chama atenção nesta pesquisa, também vale mencionar o percentual de mulheres de 15 a 19 anos que estão grávidas pela primeira vez e daquelas que já são mães, por idade, de acordo com os dados da PNDS 1996 e 2006. Estes dados servem para provocar uma reflexão sobre até que ponto as adolescentes e jovens têm sido realmente portadoras do interesse e ação das políticas públicas de saúde e de educação no campo da sexualidade e da saúde reprodutiva (Gráfico 3).

Gráfico 3
Porcentagem de mulheres de 15 a 19 anos que estão grávidas pela primeira vez, que já engravidaram e que já são mães, por idade
Brasil – 1996-2006



Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 1996 e 2006; Wong (2008); Benfam (1996).

Saúde e direitos reprodutivos: o caso do aborto no Brasil

A legislação brasileira sobre aborto, que data de 1940, permite sua prática em apenas em dois casos: se não há outro meio de salvar a vida da gestante; ou se a gestação é produto de estupro. Essa legislação é semelhante à de países como Panamá (América Central), Sudão e Mali (África), permitindo o aborto no caso de violência sexual. O Brasil está no grupo dos 69 países do mundo com legislação mais restritiva em relação ao aborto (Center for Reproductive

Rights). E, enquanto se aguarda que o STF julgue a possibilidade de antecipação de parto em casos de fetos anencéfalos sem necessidade de autorização judicial, as mulheres pobres, usuárias dos serviços públicos de saúde, são obrigadas a recorrer à justiça para solicitar a autorização deste procedimento – um processo em geral burocrático e lento, no qual se corre o risco de negação da autorização, mesmo que haja recomendação médica, pois depende da avaliação individual do juiz. Para os casos atualmente permitidos (aborto legal), o procedimento deveria ser oferecido nos serviços públicos de saúde; contudo, passados 20 anos desde a inauguração do primeiro serviço de aborto legal no país, existem hoje apenas 60 locais no Brasil preparados para atender esta demanda¹⁰ (Ministério Saúde, 2009). Além disso, o medicamento misoprostol, conhecido no país como Cytotec, está registrado no Brasil como medicamento para indução do parto e aborto legal, havendo indicações para seu uso em Norma Técnica para os casos de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual. Apesar disso, menos de ¼ das maternidades tem acesso ao medicamento – o que está ligado a exigências burocráticas – e seu uso é restrito ao âmbito hospitalar, sendo proibidas a aquisição por ambulatórios e a comercialização em farmácias.. Este quadro tem gerado venda da medicação de forma clandestina, inclusive, algumas vezes, em ligação com o narcotráfico. Muitas vezes as mulheres acabam usando medicamentos falsificados (FEBRASGO et al., 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, em média, 250 mil mulheres são internadas anualmente, em hospitais da rede pública de saúde, para fazerem curetagem na região do útero após um aborto inseguro. A maioria delas é jovem, pobre e negra. A prática de abortamentos em condições clandestinas no Brasil tornou-se um grave problema de saúde pública, responsável pela quinta causa de mortalidade no país, a primeira causa dessas mortes em Salvador, desde 1990, e a terceira em São Paulo. O abortamento provoca mais mortes de mulheres negras (pardas e pretas) do que de brancas, e seu peso, como causa de mortalidade, é maior nas faixas etárias das meninas até 15 anos e das mulheres entre 30 e 39 anos (ADESSE, et al., 2008). Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, mais de 30% das gravidezes no país terminam em abortamento, de modo que, anualmente, ocorrem aproximadamente um milhão e quatrocentos

¹⁰ Profissionais especializados não concordam com este número. Estimam ser muito maior o número de serviços que hoje realizam o abortamento no país, embora tais serviços não cheguem a se oficializar perante o poder público.

abortamentos inseguros – clandestinos ou espontâneos –, o que representa 3,7 ocorrências para cada 100 mulheres de 15 a 49 anos.

Neste terreno, Sonia Corrêa e Betânia Ávila (2003) citam que, muito embora, desde a década de 1980, a pauta brasileira de luta pela autodeterminação sexual e reprodutiva das mulheres tenha se diversificado e se tornado mais complexa, o sentido estratégico do aborto na agenda dos direitos reprodutivos não perdeu relevância. Ao contrário, nos últimos anos tem sido fortemente perseguido quer seja pelos grupos de mulheres, pela mídia que assiste a um debate mais sofisticado e também pelos setores conservadores. Após a forte presença do movimento feminista que saiu a público com essa busca da autonomia no campo da sexualidade e da reprodução (OLIVEIRA, 2005), outros passos começam a se desenhar no espaço público. Os profissionais de saúde, gestores da saúde pública em distintos planos, parlamentares, pesquisadores, operadores do Direito, a mídia e a opinião pública foram “convocados” a se posicionarem. Em meados da década de 1980, a primeira estratégia foi a de concretizar o aborto como uma ação de saúde nos casos já previstos em lei, ou seja, quando a gravidez é fruto de violência sexual ou quando coloca em risco a vida da mulher, em experiência-piloto realizada em São Paulo, no Hospital Jabaquara.

No entanto, foi apenas no processo pós-Cairo que se deu um segundo passo, igualmente importante, no campo das normativas: o processo político desenvolvido em 1997, no âmbito da Cismu – Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, que aprovou a resolução n. 258, de 06/11/97 do Conselho Nacional de Saúde, após candente processo de discussão com atores internos e externos ao CNS. A proposta foi aprovada após difícil embate liderado com a representação da CNBB no Conselho¹¹ e foi construída em consonância com atores políticos relevantes, como o Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, recebendo apoio de parlamentares federais como Aristodemo Pinotti e Marta Suplicy, presentes ao debate em contraponto à presença do deputado Helio Bicudo. O ministro José Serra retomou a resolução, criando a obrigatoriedade da oferta do aborto legal pelo SUS, sendo incluído na normativa sobre Violência Sexual.

¹¹ Por meio da Dra. Zilda Arns, líder católica, dirigente da Pastoral da Criança naquele momento, e que na ocasião difundiu o filme *Grito silencioso*, enviando cópia do filme a cada um dos conselheiros do CNS. A resolução em discussão foi proposta ao CNS pela Cismu, na ocasião coordenada por Margareth Arilha. O Conasems, naquela ocasião sob a liderança de Gilson Cantarino, coordenou o apoio do CNS à resolução, ao debate e votação.

Outros documentos específicos produzidos para os gestores de saúde foram a Norma Técnica de Atenção Humanizada a Abortamento, que regula a atenção ao aborto nos casos de risco de vida para a mulher, e a reedição da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, trazendo como principal mudança a não exigência da apresentação de Boletim de Ocorrência Policial pelas vítimas de estupro para a realização de abortamento legal. A Lei de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher foi sancionada pelo presidente da República em 2006 (Lei Maria da Penha Maia). Além de sua alta relevância para prevenção e combate à violência contra a mulher, tem o mérito de tornar legal, indiretamente, a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, estratégia que marca de certa maneira vínculos entre as instâncias que operam prioritariamente no campo da violência de gênero com as da área de sexualidade e saúde reprodutiva. Vários serviços foram criados em todo o país, embora ainda demandem apoio técnico e operacional da área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde para sua manutenção e ampliação.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, foram realizados no Brasil 3.277 abortos legais em 2008. Especialistas consideram este número muito baixo para um país nas proporções do Brasil e, sobretudo, para o volume de denúncias que começam a surgir no campo da violência contra meninas e adolescentes.

O caso da menina de Alagoinha de nove anos de idade, em 2009, violentada desde os seis anos e grávida do padrasto, foi emblemático para expor a situação de ameaça que vem sofrendo as mulheres brasileiras, principalmente as jovens pobres, as negras e as índias. A ação radical do arcebispo católico de Pernambuco, que declarou a excomunhão dos profissionais de saúde que realizaram o aborto legal na menina, de feministas e da mãe da garota, comoveu não só o Brasil, mas muitos outros países e até o próprio Vaticano. A má repercussão da declaração fez com que, pela primeira vez, a Igreja Católica fizesse um discurso relativista em relação ao abortamento.¹²

¹² Uma campanha de apoio ao movimento de mulheres e aos profissionais do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam) da Universidade de Pernambuco (onde a garota foi atendida, por articulação do movimento feminista local) foi promovida pela CCR e conseguiu reunir 10.860 assinaturas de apoio de todas as partes do mundo.

Maria Isabel Baltar da Rocha (2005), em seu artigo Planejamento familiar e aborto: discussões políticas e decisões no Parlamento, mostra que, se o aborto esteve em debate no Parlamento desde a década de 1940, houve inflexões recentes que merecem atenção: a primeira, durante os anos 1990, obedece à apresentação de propostas sensíveis às ideias do movimento feminista; e a segunda, no **final da década e incidindo até o momento, claramente retrata um crescimento de apresentação de projetos de lei por parlamentares associados aos diferentes campos religiosos**. De fato, a formação de quatro frentes parlamentares que se destacam como “protetores da vida” no Congresso Nacional muda o cenário do debate legislativo, indicando muitas dificuldades no atual ciclo para a circulação e apoio a projetos que permitiriam a ampliação dos direitos reprodutivos no país. Esta iniciativa e outras começam a indicar de que maneira os processos enfrentados nos países no pós-Cairo refletem a onda conservadora que foi contida no âmbito global. Se, por um lado, no plano global, o que se obteve foi a reafirmação de Cairo após difíceis processos de negociação, por outro, no âmbito nacional, permaneceram difíceis e cada vez mais complexas as discussões em relação ao aborto e outros temas.

Como tentativa de aproximação de uma resposta no caminho da legalização do aborto, houve, em 2005, a estruturação da **Comissão Tripartite, no âmbito da Secretaria Especial das Mulheres que, no final daquele ano, concluiu uma proposta de projeto-de-lei, representando até o momento o maior consenso a esse respeito**. Em 2007, apesar da presença firme do papa Bento XVI no país, o Executivo retomou a problematização do aborto como questão de saúde pública, sendo que mudanças na legislação foram defendidas, publicamente, pelo ministro da Saúde e o presidente da República. No entanto, pressões da Igreja Católica e aliados de outras Igrejas determinaram uma inflexão nesse processo, em que pesem a presença de debate positivo na mídia e manifestações de apoio como as que determinaram a elaboração da Carta do Rio de Janeiro.¹³

¹³ A Carta do Rio de Janeiro foi apresentada e disseminada para coleta de assinaturas durante reunião pública realizada no Rio de Janeiro, em 24 de agosto de 2007, em seminário promovido pela Abrasco e Abep, com apoio de UNFPA. A carta explicita apoio às políticas de direitos sexuais e reprodutivos, de planejamento familiar e à legalização do aborto no Brasil. Também relevante foi a Moção de Apoio articulada durante Reunião da Abrasco, em julho de 2007, em Salvador, Bahia. Anteriormente, a Carta da Guanabara (2001) representou um momento importante de manifestação pública feminista, que alcançou a primeira página da *Folha de S. Paulo* na comemoração do dia 28 de setembro de 2001 no Brasil. Em 2007, em que pese o empenho das feministas em manifestações públicas, a mídia não retratou o esforço.

Ainda durante 2007, várias audiências públicas ocorreram no Congresso Nacional, mostrando maior articulação de grupos opositores a mudanças na legislação do aborto. De certa maneira, o acirramento do debate nacional tem provocado, durante os anos de 2008 e 2009, um incremento no número de mulheres presas e punidas, sendo caso paradigmático o das mulheres de Mato Grosso do Sul.¹⁴

Outro aspecto a se considerar é o fato de que o debate em torno do direito à vida vem ganhando outras esferas de ancoragem, como é o caso da discussão sobre a eutanásia.¹⁵ **De todo modo, o que se observa nas últimas duas décadas é que, embora movimentos no Legislativo evoquem maiores debates públicos, o que é sempre positivo, o Poder Executivo vem dando passos mais promissores na promoção de mudanças na realidade do aborto no Brasil. Uma Comissão Parlamentar de Inquérito sobre o Aborto** foi solicitada pelo deputado Luis Bassuma (PT/BA), que lidera a Frente Parlamentar de Defesa da Vida e contra o Aborto e o movimento Brasil sem Aborto, sendo que sua instalação foi aceita em dezembro de 2008. Esta CPI tem na sua justificativa a busca por identificar os instrumentos e agentes que facilitam o acesso ao aborto por meio do uso de drogas (referência à utilização do misoprostol) e clínicas clandestinas, com o propósito de criminalizar as mulheres e quem as apoia. Outra demanda do autor da CPI é implicar as organizações de mulheres que lutam pelo direito ao aborto. Isso reforça o já estabelecido por Correa e Ávila (2003, p. 36), de que “a cada avanço sucedem-se reações conservadoras. Muitas vezes a adoção de definições positivas no plano de normas e da jurisprudência coincidem com iniciativas de leis restritivas e conservadoras”. Evidentemente trata-se de um intrincado jogo de forças em que todas as peças cobram o seu valor. No campo do Judiciário, está por ser analisada a possibilidade de antecipação de partos nos casos de anencefalia, para superar os processos de busca de jurisprudência exe-

¹⁴ O caso de criminalização de mulheres acusadas da prática de abortos em clínica de Mato Grosso do Sul, em 2008, cujas investigações continuam ocorrendo marcadas por irregularidades e violações à privacidade das mulheres, violando direitos humanos, não teve mudanças significativas. Contudo, a partir das articulações em defesa das mulheres do Mato Grosso do Sul, foi construída a Frente Nacional pela Descriminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto (2008) e estruturadas de frentes estaduais durante 2009. Esta articulação é composta por movimentos de mulheres, setores de mulheres de sindicatos e partidos, entre outros.

¹⁵ Um estudo detalhado sobre a atuação do Congresso Nacional, mais especificamente das frentes parlamentares no tocante a esses temas, vem sendo desenvolvido sob a coordenação do pesquisador Luis Fernando Duarte, com apoio Prosare/CCR.

cutados nos Tribunais Estaduais, até então recebendo alvará judicial para serem realizados com êxito no país.

Em 2008, o Supremo Tribunal Federal aprovou no Superior Tribunal de Justiça o uso de células tronco em pesquisas científicas, mas não julgou o caso da ADPF 54, que demanda a possibilidade de interrupções da gestação sem necessidade de autorização judicial e, no lugar disso, chamou quatro audiências públicas com a sociedade civil sobre o tema. No início de julho de 2009, a procuradora geral da República, Deborah Duprat, deu um parecer favorável à aprovação da ADPF 54, e a ação tem previsão de julgamento para o segundo semestre de 2009. Já o Congresso, cuja composição atual é uma das mais conservadoras das últimas décadas, constituiu entre 2007 e 2008 bancadas “pró-vida, pró-família”, “contra a planificação familiar e o aborto”, chegando a articular a abertura de uma CPI sobre o aborto. Também foi encaminhada a votação do projeto 1.135/1991, que propunha a descriminalização do aborto e a normatização do seu atendimento pelo Ministério da Saúde, que foi derrubado por meio de cuidadosas articulações. E o Executivo vem manifestando, desde 2007, ocasião da visita do papa ao país e que trouxe o tema aborto de volta à pauta, declarações marcantes e polêmicas, principalmente do presidente e do ministro da Saúde, reivindicando que o aborto deveria ser tratado como uma questão de saúde pública. Contudo, entre 2008 e 2009, vem articulando junto ao Vaticano a assinatura de uma Concordata, um estatuto jurídico que prevê privilégios para a igreja católica nos âmbitos do ensino religioso, desobrigação de direitos trabalhistas, e que pode interferir também na garantia dos direitos reprodutivos.

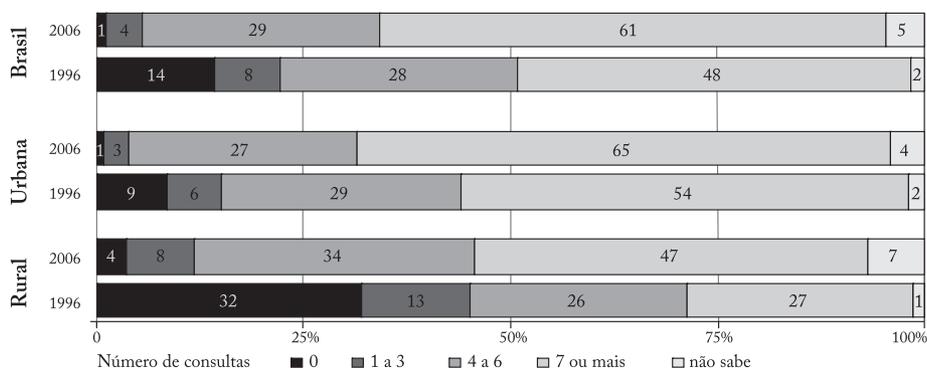
Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: êxitos substantivos, mas insuficientes

Os dados da PNDS de 1996 e 2006 também permitem observar a evolução da assistência à gestação, ao parto e ao puerpério. É possível afirmar que houve uma melhoria no acesso aos serviços de saúde, com uma cobertura de pré-natal significativamente mais alta para o país, passando de 85,7% para 98,7%. As regiões Norte e Nordeste despontam como áreas de melhoria expressiva: de 81,4% para 96,1% e de 73,9% a 97,9%, respectivamente. Da mesma maneira, o salto alcançado no âmbito rural deve ser destacado, uma vez que as taxas au-

mentaram de 68,1%, em 1996, para 96,4%, em 2006. O acompanhamento no primeiro trimestre da gravidez também chama atenção, passando de 77,4% para 83,6%, no mesmo período em 2006 (LAGO; LIMA, 2009).

Os resultados altamente satisfatórios expressam, sem dúvida, os esforços expressivos, ininterruptos, realizados por parte de todos os atores sociais, com recursos e compromissos assumidos. No entanto, a melhoria da atenção ao parto não impactou igualmente os índices de mortalidade materna, que continuam altos para o país e praticamente inalterados. Isso poderia indicar que os esforços realizados pelas agências das Nações Unidas em mostrar que a redução ocorre com melhoria da qualidade da atenção ofertada no sistema hospitalar, contracepção e melhoria nos sistemas de saúde em si, especialmente dos serviços de emergência e bancos de sangue (Pacto Mortalidade Materna, UN 2004) deveriam seguir inspirando a ação nacional. A definição de indicadores da meta 5 dos ODM revela tal preocupação, especialmente aquela referida à proporção de partos assistidos por profissional de saúde qualificado. No caso do Brasil, embora tenha aumentado o número de partos atendidos por profissionais (médicos ou enfermeiras) e ao mesmo tempo tenha aumentado a cobertura de pré-natal (Gráficos 4 e 5), isto não parece ser suficiente para determinar a qualidade da assistência prestada, ou para garantir recursos operacionais suficientes para as necessidades apresentadas pelos profissionais envolvidos no atendimento.

Gráfico 4
Porcentagem de mulheres com assistência ao pré-natal, por situação de domicílio, segundo número de consultas
Brasil – 1996-2006

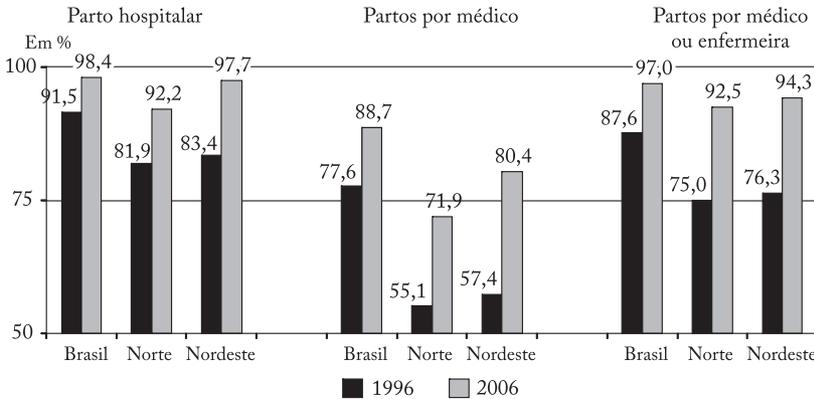


Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 1996 e 2006; Lago e Lima, 2009.

Gráfico 5

Porcentagem de partos hospitalares e partos assistidos por médicos ou enfermeiras, nos cinco anos anteriores à entrevista

Brasil, Rural e Regiões Norte e Nordeste – 1996-2006



Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 1996 e 2006; Lago e Lima, 2009.

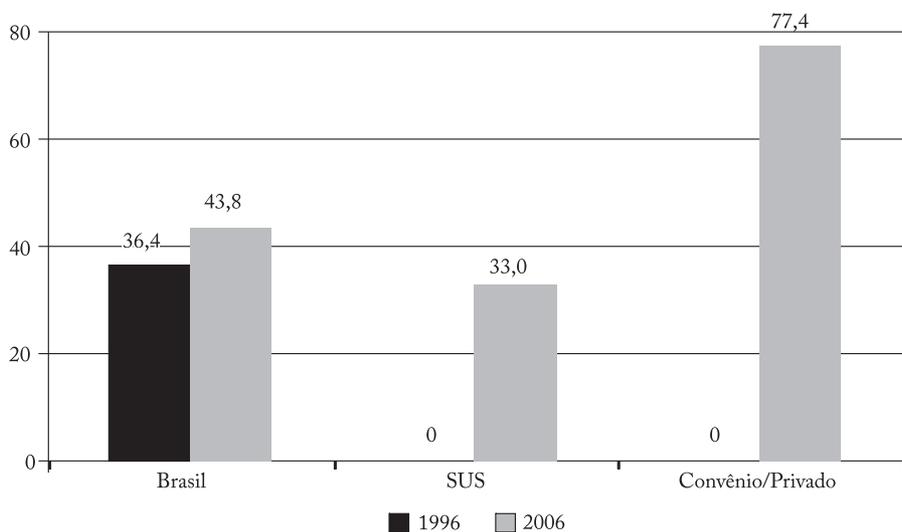
Um possível fator do cenário complicador no caso do Brasil é a continuidade do uso da cesariana, realizadas especialmente em âmbito nacional pelo setor privado/conveniado (Gráfico 6). De maneira geral, os resultados mostram que seguem sendo as mulheres dos maiores estratos sociais que chegaram a realizar pelo menos seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério (LAGO; LIMA, prelo).

É possível que os esforços aplicados pelas últimas coordenações da área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde, no tocante à mortalidade materna, só possam ser comparados ao empenho técnico e político destinado à tentativa de resolução da gestão da compra e distribuição de métodos anticoncepcionais aos estados e municípios brasileiros, assim como à preocupação com as campanhas de prevenção do câncer de colo uterino realizadas no final da década de 1990 e início dos anos 2000, com resultados promissores.

Outro campo relevante nesse processo de elaboração de normativas foram a formação da CPI da Mortalidade Materna, executada pela Câmara Federal, e, particularmente, a criação dos Comitês de Mortalidade Materna, nos planos locais, e da Comissão Nacional de Mortalidade Materna, em 1994, mas definida apenas em 1998 e posteriormente nomeada como Comissão de Monitoramento e Avaliação da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade

Materna e Neonatal. Várias foram as resoluções e medidas criadas pelo Ministério da Saúde, buscando modificar a situação da mortalidade materna no país, como, por exemplo, redefinição do óbito materno enquanto evento de notificação compulsória, normatização da realização do parto normal, instituição das casas de parto e maternidades-modelo no âmbito do SUS, criação de centros de parto normal, aumentando gradativamente os valores para sua realização e estabelecendo teto para pagamento de cesarianas feitas pelo SUS, implantação de sistemas de referência para gestantes de alto risco, desenvolvimento de programa específico de humanização dos serviços de pré-natal e nascimento (VENTURA, 2002).

Gráfico 6
Porcentagem de partos cesáreos nos cinco anos anteriores à entrevista, por situação do domicílio, segundo tipo de serviço de saúde utilizado
Brasil – 1996-2006



Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 1996 e 2006; Lago e Lima, 2009.

(1) Dados não disponíveis para 1996.

O conjunto de estratégias implementadas parece não ter sido suficiente para modificar o quadro da mortalidade materna do Brasil. Em que pese o fato de que na análise da sua evolução (Gráfico 7) deve-se considerar que a subnumeração de óbitos varia no tempo, as taxas de mortalidade materna para o período 1996-2006 não mostram inflexão significativa.

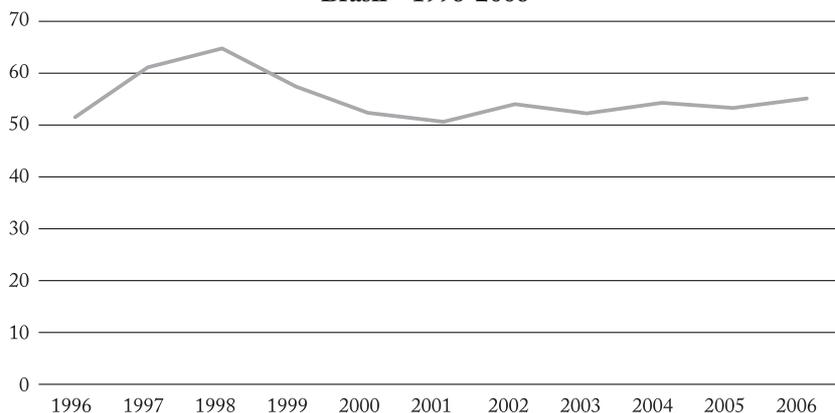
De acordo com dados do Ministério da Saúde, a razão de mortalidade materna (RMM) no Brasil, que era de 68,9 mortes por 100 mil nascidos vivos em 1980, diminuiu para 49,5 em 1986, aumentou para 51,6 em 1996 e atingiu 55,1 em 2006. Quando aplicado o fator de correção de 1,4 convencionado para o Brasil, estes números crescem substancialmente. Os dados de 2006 também apontam grandes diferenças regionais na RMM: a maior disparidade é entre o Sudeste (46,5) e o Nordeste (63,3) – que pode ser explicada por suas diferenças socioeconômicas –, enquanto as regiões Sul (56,7), Centro-Oeste (57,3) e Norte (58,9) possuem índices próximos. Quando se observam os dados por raça/cor, as disparidades são ainda maiores: entre 2002 e 2006, a proporção de óbitos maternos de mulheres negras responde por mais da metade do total (65,4% em 2006) – considerando-se população negra a soma das mulheres pretas e pardas.

Adicionalmente, esse cenário nada alentador traz embutido um quadro que intriga: 105 meninas de até 14 anos morreram por problemas relacionados à gravidez entre 2000 e 2006 (DATASUS); a mortalidade materna de meninas de 10 a 14 anos corresponde a 1% (2006) e a de adolescentes de 15 a 19 anos a 15,4% (2006). São números aparentemente baixos, mas altamente significativos que expressam fenômenos sociais que estamos querendo apontar. Se a mortalidade materna é considerada um dos melhores indicadores sociais para a desigualdade de gênero – falta de acesso das mulheres às informações, insumos e serviços de saúde adequados, além de, em muitos casos, omissões de companheiros ou da comunidade –, o drama das meninas mães que morrem revela uma superposição entre as desigualdades de gênero e de idade. É muito possível que boa parte das gravidezes que conduziram estas meninas à morte tenha sido resultado de um abuso sexual por algum homem adulto familiar. E dados indicam a recorrência destas práticas: durante 2008, 40% dos abortos legais realizados no Hospital Pérola Byington, na cidade de São Paulo, foram em adolescentes com menos de 18 anos, todos resultantes de estupro, sendo que em 90% dos casos a violência sexual foi cometida por familiares ou pessoas próximas – pais, padrastos, tios, amigos da família.

Vale a pena lembrar que a redução das taxas de mortalidade materna está associada a uma das metas do Milênio e, portanto, as iniciativas realizadas poderiam estar respondendo não apenas a demandas dos grupos de mulheres a nível global, mas também a iniciativas promovidas pelo conjunto das Nações Unidas. De toda maneira, os números da mortalidade materna continuam sendo altos para o país e, de resto, como todos os outros indicadores, são mais graves para

as populações pobres e negras. De fato, iniciativas de revisão dos números da mortalidade materna começam a ser feitas a partir dos elementos de raça/etnia (OLIVEIRA, 2005). Da mesma maneira, é importante ressaltar que o Ministério da Saúde, em articulação com a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial, tem promovido ações específicas de saúde da mulher negra, inclusive sexual e reprodutiva, com base em dados que mostram de forma consistente que há questões de saúde sexual e reprodutiva que se manifestam particularmente nesse grupo de mulheres, que acabam sofrendo o impacto por serem as mais pobres entre as pobres (SEPPIR, 2005).

Gráfico 7
Taxas de mortalidade materna (1)
Brasil – 1996-2006



Fonte: Ministério da Saúde. Datasus. SIM. Tabnet [acesso em 25/5/2009].

Dados apresentados por Tânia Lago no Seminário “Mortalidade Materna e Direitos Humanos no Brasil”. CCR, CEBRAP. Maio, 2009.

(1) Óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

Tabela 6
Taxas médias quinquenais de mortalidade materna
Regiões do Brasil – 1996-2006

Regiões	Taxas (1)		Variação (%)
	1996-2000	2002-2006	
Norte	57,0	55,9	-1,9
Nordeste	56,4	63,7	13,0
Sudeste	58,1	44,0	-24,4
Sul	63,2	56,0	-11,4
Centro-Oeste	47,4	57,6	21,5
Brasil	57,5	53,8	-6,4

Fonte: Ministério da Saúde. Datasus. SIM. Tabnet [acesso em 25/5/2009].

Dados apresentados por Tânia Lago no Seminário “Mortalidade Materna e Direitos Humanos no Brasil”. CCR, CEBRAP. Maio, 2009.

(1) Óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

Os números da mortalidade materna foram apresentados durante a realização de Seminário Mortalidade Materna e Direitos Humanos no Brasil, realizado pela CCR/CRR/Cebrap, possibilitando debate aguçado com os maiores especialistas no campo. Mostrou-se que, apesar dos esforços realizados pelo governo e pelas organizações da sociedade civil, a situação da mortalidade materna não mudou significativamente nos últimos 20 anos. Trata-se de problema antigo, de baixa resolução e que, segundo apontam especialistas, é causado essencialmente pela baixa profissionalização de alguns profissionais dos sistemas públicos e privados, associada à inadequação de equipamentos e pobreza, discriminação étnica, racial e de gênero. A disparidade regional é elevada e deve ser superada (Tabela 6). Os dados da Tabela 7 mostram também como, a despeito dos esforços e uso de novos medicamentos, os números associados às mortes por abortamento não se reduziram ao longo do tempo.

Tabela 7
Distribuição dos óbitos maternos, segundo causas
Brasil – 1996-2006

Causas	Em porcentagem										
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aborto	6,4	6,4	3,8	4,9	5,2	6,2	4,7	5,8	6,0	5,9	5,7
Outras diretas	70,0	61,0	59,0	66,1	70,0	70,4	68,7	67,4	64,9	67,8	66,1
Indireta	22,0	29,7	34,3	26,0	21,2	19,8	23,8	23,2	24,4	22,7	25,8
Não especif.	1,6	2,9	3,0	3,0	3,6	3,6	2,8	3,6	4,6	3,6	2,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade Materna. Nota técnica. Maio, 2009.

Dados apresentados por Tânia Lago no Seminário “Mortalidade Materna e Direitos Humanos no Brasil”. CCR, CEBRAP. Maio, 2009.

O Brasil do Cairo+15: o retorno do reprimido

Para as mulheres, os direitos reprodutivos são uma construção política que inserem a reprodução das mulheres no campo da cidadania, justiça social, direitos humanos, podendo-se admitir que quando há restrições a qualquer função reprodutiva, haverá uma ausência de respeito aos direitos reprodutivos (ÁVILA, 1993). Os direitos reprodutivos, intimamente associados ao universo da sexualidade e da saúde reprodutiva, permitem redefinir políticas e condições sociais, culturais e econômicas, favorecendo a articulação entre corpo, subjetividade, cultura, política e economia; traduzem a autodeterminação reprodutiva

de todas as mulheres e suas possibilidades de ser, pensar, sentir, transformar, viver, além de ampliar o discurso político da denúncia das questões pessoais para um discurso sobre social e que é de responsabilidade de todos(as). Os direitos reprodutivos, ao exigir respostas do Executivo, Legislativo e Judiciário, são altamente transformadores da ordem cultural vigente, porque retiram as mulheres do campo do natural e instituem novos lugares de cidadania.

Talvez os profissionais, pesquisadores e ativistas envolvidos continuamente com a área de sexualidade e saúde reprodutiva não tenham percebido de maneira tão clara como esses processos foram sistemática e agressivamente tensionados por representantes de igrejas, especialmente a católica. É importante salientar que tais processos ocorrem de maneira similar em toda a América Latina (VISCARRA, 2005; VASQUEZ, 2005). Trata-se de estratégias globais e talvez deveriam ser respondidas de maneira global. São exemplos: a vigorosa tentativa de introdução do “direito à vida desde a concepção” nas constituições de países latino-americanos, inclusive no Brasil, por meio de uma PEC; a tentativa de estabelecimento do Dia do Nascituro (no caso do Brasil apenas formalizado no Rio de Janeiro); a busca de restrição à introdução de contraceptivos no âmbito das políticas públicas de saúde reprodutiva; a ênfase significativa no âmbito das restrições à contracepção de emergência (México, Peru, Equador); o apoio a casos exemplares de adolescentes ou de mulheres que aceitam a gravidez de bebês com anencefalias (Nicarágua, Brasil); a obstrução a projetos de informação e de educação sexual (El Salvador, Equador, Costa Rica, Peru, Nicarágua, México, no Brasil importante entrada nas escolas públicas através da normatização do ensino religioso e queima de cartilhas educativas na década de 1980); a presença nas eleições locais e nacionais, com apoio ou rejeição explícita a parlamentares em anos eleitorais,¹⁶ ou ainda manifestações escritas da Conferência Nacional dos Bispos, como, por exemplo, em 2002, o envio de carta ao Senado Federal para que não aprovasse o Protocolo Facultativo da CEDAW, ou a carta enviada ao presidente Lula, sugerindo a limitação na distribuição dos contraceptivos, ou ainda as constantes declarações feitas sugerindo o não-uso dos preservativos, inclusive como prevenção do HIV/Aids.

¹⁶ No caso do Brasil, exemplo importante foi a derrota da candidata ao senado pelo Rio de Janeiro, a ex-deputada federal Jandira Feghalli, relatora dos projetos-de-lei sobre aborto que estiveram em circulação no Congresso Nacional na década de 1990 e início dos anos 2000.

Barsted (2005, p. 34) explicita que o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos esbarram no conservadorismo e nos fundamentalismos “que desfiguram o princípio da laicidade do Estado”, indicando que a concretização destes direitos só pode ser efetivada por meio da implementação dos princípios democráticos e laicos. Se aos elementos ofertados no parágrafo anterior se somarem as incidências da Igreja Católica na estruturação e prática dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, ou no âmbito dos conselhos tutelares, ou dos conselhos estaduais da criança e dos adolescentes, ou ainda na apropriação do ensino religioso nas escolas públicas, no trabalho voluntário de mulheres nas Pastorais da Criança (apoiado com recursos substantivos pelo Ministério da Saúde), muito se poderia questionar sobre o caráter laico do Estado brasileiro.

Agrava a atual situação do aborto no país o fato de que a conjuntura internacional de recrudescimento dos fundamentalismos religiosos e sua tentativa de fazer avançar uma onda conservadora têm repercutido no Brasil. Os setores religiosos conservadores intensificaram suas estratégias e ampliaram suas articulações, o que é visível nas ações e manifestações contra os direitos sexuais e reprodutivos no Legislativo, Judiciário. Desde 2007, eles vêm fortalecendo o uso de meios de comunicação e mobilização contra os direitos reprodutivos, através da Internet, rádio, TV, exposições itinerantes, marchas e outros. A Igreja Católica, além de ter feito uma Campanha Nacional, em 2008, cujo tema foi “defesa da vida”, pressiona a assinatura de um Estatuto Jurídico com o Estado brasileiro. **Em novembro de 2008, o presidente Lula, em visita ao papa, assinou uma proposta de acordo entre os dois Estados – Brasil e Vaticano –** que, se aprovado, permitirá o ensino religioso nas escolas públicas e isentará a Igreja Católica de qualquer imposto sobre as propriedades e as atividades comerciais (especialmente nas áreas da educação e da saúde) e também de qualquer compromisso trabalhista com religiosos(as), entre outras coisas. Este acordo sinaliza um fortalecimento da aliança entre o Executivo brasileiro e o Vaticano, mas encontra-se na Câmara de Deputados e precisa ser aprovado no Legislativo para ter força de lei. Articulações têm sido construídas entre os movimentos de mulheres com parlamentares aliados e outros setores, tendo como um dos intuitos publicizar a tramitação do acordo e promover o debate na sociedade. Alguns avanços foram obtidos neste sentido, mas não na proporção que o tema demanda.

Balanço final e desafios futuros

Não há dúvidas de que o Brasil mudou.

Consistentes e contínuas ações na área de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos, associadas às transformações gerais da sociedade brasileira, trouxeram um novo cenário para a ação de pesquisadores, ativistas e gestores de políticas públicas. **Embora os resultados que o Brasil apresente até os dias atuais não sejam totalmente satisfatórios, é inegável, ao mesmo tempo, um avanço notável.** Vários foram os fatores determinantes desse processo: compromissos em governos democráticos nacionais, estaduais e municipais; presença de mulheres feministas em postos-chave; produção de normativas; formação estratégica de recursos humanos; avanços na produção de conhecimento científico; desenvolvimento de avanços na sociedade civil com participação em mecanismos de controle social; estratégias específicas direcionadas à mídia e ampliação de atores políticos comprometidos com o campo; apoio da cooperação internacional; mecanismos de regulação do mercado nacional; entre outros. **Tais processos, embora já estivessem latentes na organização política do país – como é o caso do PAISM, do SUS, da Constituição Brasileira –, foram, indubitavelmente, alavancados pela presença e estímulo de forças de ação no plano global organizados em torno das Conferências das Nações Unidas.** Particularmente, contar com o argumento de que o país era signatário de tantas normativas internacionais, como foi o caso do Cairo, serviu incontáveis vezes para limitar o avanço de forças conservadoras.

Podemos afirmar que os últimos 15 anos no Brasil registraram um contínuo e consistente processo de priorização do campo da saúde associado à busca da realização dos direitos reprodutivos. Independentemente dos processos políticos e natureza das gestões exercidas nos governos FHC e Lula, em seus respectivos duplos mandatos, é possível observar que há uma tendência persistente de avanços em termos quer seja de normativas produzidas, quer seja de processos de gestão desenvolvidos e resultados alcançados. Apesar do recrutamento das forças conservadoras, o saldo no Brasil para a saúde e direitos reprodutivos é positivo: avanços substantivos foram obtidos no terreno da contracepção, que vão desde a operacionalização do acesso à contracepção até a própria fabricação nacional dos contraceptivos, com redução das desigualdades regionais; melhoria substantiva no acesso ao pré-natal e em sua qualidade, no

câncer de colo de útero e de mama, na Aids, na saúde das mulheres negras e jovens e entre a população masculina. Deve-se recordar que este trabalho é limitado e, ainda assim, refere-se apenas ao plano nacional, observando-se que, seguramente, uma análise mais detalhada encontraria aspectos interessantes no plano dos estados e municípios brasileiros.

Ainda há problemas a serem superados, especialmente no campo da assistência ao abortamento e da educação sexual. Considerando-se que a questão não deixou de fazer parte da agenda progressista nacional, ainda que existam resultados positivos, eles parecem estar ainda muito aquém do desejável. Os serviços de aborto legal cresceram, mas ainda muito restritos ao campo da violência sexual, não chegando a atingir os casos de risco de vida. As restrições formais ao uso do misoprostol ainda estão em desacordo com as orientações internacionais, e a educação sexual parece ainda ser uma das dívidas mais importantes do Estado brasileiro, com a possibilidade da promoção e prevenção no campo da saúde sexual e reprodutiva. A cesariana ainda não alcançou os níveis ideais, e a mortalidade materna permanece um tema pendente no cenário nacional. É possível pensar que ações que exigem uma mudança radical na qualidade da ação médica e do controle do sistema privado de saúde não tiveram mudanças significativas (cesariana, mortalidade materna, abortamento, realização de aborto legal pelos serviços privados de saúde, uso do misoprostol). A dificuldade em determinar o Estado Laico no país também formalizou a entrada do ensino religioso no Brasil, agora sob ameaça de ser formalizado por concordata do Brasil com o Vaticano.

É possível que metas aparentemente destinadas a solucionar muitas das demandas colocadas no cenário nacional já foram desmistificadas. Por exemplo, a existência de marcos legais ou de programas específicos, ou a presença de organismos públicos específicos para desenho e implementação de políticas de gênero, ou projetos de lei ou normas inovadoras, embora fundamentais, não são suficientes. Muitos desses passos foram conquistados e, apesar disso, grandes contingentes de mulheres de todas as idades, raças e etnias continuam sem serem alcançados, sem poderem desfrutar das condições mínimas que seus direitos humanos aparentemente conquistados poderiam estabelecer. Adicionalmente, muito embora as normativas sejam vistas como passos importantes, as evidências mostram que ações da hierarquia católica e possivelmente evangélica seguirão tentando imprimir suas marcas às formas e conteúdos destas normativas. Apesar de todos os aspectos e dificuldades que foram levantados, a vida das

mulheres parece seguir os números da contínua redução nas taxas de fecundidade, que não são suficientes para explicar o custo físico, emocional, financeiro das atuais práticas sexuais e reprodutivas.

Pela primeira vez as forças conservadoras estão mais ativas no país, embora o grau de resistência encontrada tenha conseguido, de maneira geral, impedir boa parte do desenvolvimento de suas iniciativas. Pode-se afirmar, portanto, que o que estava acontecendo no plano global não influenciou no Brasil. O país soube se conduzir muito bem em águas turvas; hoje em dia há dados suficientes para mostrar que o Brasil entrou por um bom caminho no campo da saúde reprodutiva e dos direitos reprodutivos. No entanto, o ajuste para a redução das desigualdades segue exigindo gestão estratégica de governo, tendo à frente um novo mapa crítico a ser desenvolvido pelos diversos atores sociais nos próximos anos. Afinal, ao atingirmos Cairo+20, em 2014, estaremos justamente finalizando a gestão do próximo governo nacional. Seria desejável haver razões para comemorar.

Referências bibliográficas

ADESSE, L.; MONTEIRO, M. F. G.; LEVIN, J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. **Revista Radis** – Comunicação em Saúde [periódico *on line*], n. 66, fevereiro de 2008. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis_66.pdf>.

ALVES, J. E. D.; CORRÊA, S. Demografia e ideologia: trajetões históricas e os desafios do Cairo+10. **Revista Brasileira de Estudos de População**. Campinas, v. 20, n. 2, p. 129-156, jul./dez. 2003.

AQUINO, E. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. especial, p. 121-132, 2006.

AQUINO, E. M. L.; HEILBORN, M. L.; BARBOSA, R. M.; BERQUÓ, E. Introdução – Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: uma proposta de formação interdisciplinar em pesquisa In: BARBOSA, R. M.; AQUINO, E. M. L. HEILBORN, M. L.; BERQUÓ, E. **Interfaces: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas, Editora da Unicamp, 2002, p. 9-21.

ARAÚJO, M. J. O. **Relatório de gestão**. Brasília. Ministério da Saúde, 22 agosto de 2007.

_____. **The role of local authorities in implementing health care with the gender perspective**. The case of the Women's Total Health Care Program in Sao Paulo. Brasília, 2002. Mimeografado.

ARILHA, M. **Masculinidades e gênero**: discursos sobre a responsabilidade na reprodução. Dissertação (Mestrado). São Paulo, Programa de Psicologia Social da PUC-SP, Núcleo de Estudos de Gênero, Raça e Idade, 1999.

_____. **O masculino em conferências e programas das Nações Unidas**: para uma crítica do discurso de gênero. Tese (Doutorado). São Paulo, Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2005.

_____. Políticas públicas de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: um olhar para o futuro. In: ARILHA, M.; Citeli, M. T. (Orgs.). **Políticas, mercado, ética**: demandas e desafios no campo de saúde reprodutiva. 34ª. ed. São Paulo: Ed. 34, Comissão de Cidadania e Reprodução, 1998.

ARILHA, M.; Citeli, M. T. (Orgs.). **Políticas, mercado, ética**: demandas e desafios no campo de saúde reprodutiva. 34ª. ed. São Paulo: Ed. 34, Comissão de Cidadania e Reprodução, 1999.

ÁVILA, M. B. Direitos reprodutivos: o caos e a ação governamental. In: ÁVILA, M. B.; CORREA, S. **Os direitos reprodutivos e a condição feminina**. 1ª. ed. Recife: SOS Corpo, Grupo de Saúde da Mulher, 1989, p. 17-23.

_____. Modernidade e saúde reprodutiva. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.382-93, 1993.

_____. Prefácio – Liberdade e legalidade: uma relação dialética. In: ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. (Orgs.). **Novas legalidades e democratização da vida social**: família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 17-27.

ÁVILA, M. B.; CORREA, S. **Os direitos reprodutivos e a condição feminina**. 1ª. ed. Recife: SOS Corpo, Grupo de Saúde da Mulher, 1989.

BALTAR DA ROCHA, M. I. Planejamento familiar e aborto: discussões políticas e decisões no Parlamento. In: ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. (Orgs.). **Novas legalidades e democratização da vida social**: família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 135-219.

BARBOSA, R. M.; AQUINO, E. M. L.; HEILBORN, M. L.; BERQUÓ, E. **Interfaces**: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

BARSTED, L. L. Introdução – Novas legalidades e novos sujeitos de direitos. In: ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. (Orgs.). **Novas legalidades e democratização da vida social**: família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 29-38.

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Fecundidade. In: **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 1996**.

BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

_____. Cairo: o sucesso da arte do diálogo. **Cadernos CIM**, São Paulo, n.1, p. 43-45, dez. 1994a.

_____. Saúde sexual e reprodutiva: de quarentena até o Cairo. **Fêmea**, Brasília, n.3, p. 6-7, jul.1994b.

BERQUÓ, E. S.; ROCHA, M. I. B. (Orgs.). **Construindo novos caminhos: 12 anos do programa de saúde reprodutiva e sexualidade**. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo/Unicamp, 2004.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 12, 2003.

BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LAGO, T. (Coords.). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006**. São Paulo: Cebrap, 2008 (Relatório Final). Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 1 set. 2008.

BERQUÓ, E.; LIMA, L. P. Planejamento da fecundidade: gravidezes não-desejadas – PNDS 1996 e 2006. **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. Cebrap, Ministério da Saúde, 2009.

CARTA DO RIO DE JANEIRO. Manifesto pelos direitos sexuais e reprodutivos, pela equidade de gênero e em defesa do Estado Laico. Rio de Janeiro, 24 agosto de 2007.

CECF – Conselho Estadual da Condição Feminina. **Clínicas de planejamento familiar: a quem servem?** São Paulo, 1988.

CITELI, M. T. **A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002): revisão crítica**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005 (Coleção Documentos, v.2).

_____. Ponto sem nó: mídia e saúde reprodutiva. In: SANTOS, T. F. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva: uma abordagem multidisciplinar**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2002, p. 91-107.

CNPD – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; FNUAP – Fundo de População das Nações Unidas. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – CIPD 94**. Cairo, 5-13 de setembro 1994.

CÓRDOVA, A. La historia, maestra de la política. In: TOSCANO, A. M. **História: para que?** México: Siglo Veintiuno Editores, 2004, p. 129-143.

CORRÊA, S. Anticoncepcionais injetáveis na perspectiva feminista: o debate histórico e os novos desafios. **Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo de saúde reprodutiva**. São Paulo: Ed. 34, Comissão de Cidadania e Reprodução, 1998, p. 25-41.

_____. Cairo+10: a controvérsia não acabou. In: CAETANO, A. J.; ALVES, J. E. D.; CORRÊA, S. (Orgs.). **Dez anos do Cairo**. Tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais – Abep, 2004, p. 41-48.

_____. PAISM: uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Abep, v. 10, n. 1/2, 1993.

CORREA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos – Pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

CORRÊA, S.; PIOLA, S.; ARILHA, M. **Cairo em ação**: estudo de caso Brasil USA: Population Reference Bureau, 1998.

COSTA, A. M. **PAISM**: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

_____. Relatório de oficina de trabalho. **Políticas de saúde, equidade e gênero. Atualizando a agenda**. Águas de Lindóia, 25 e 26 de agosto de 1997.

FEBRASGO – Federação Brasileira de Associações de Obstetrícia; ASSOCIAÇÃO PATHFINDER DO BRASIL; CDD – Organização Católica pelo Direito de Decidir. **O papel do misoprostol na prevenção da mortalidade e morbidade materna e neonatal**. São Paulo, outubro de 2008 (Relatório técnico).

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA. **Derechos sexuales**: na declaración de IPPF. United Kingdon, octubre 2008.

HEILBORN, M. L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M.; BOZON, M.; KNAUTH, D. (Orgs.). **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz & Garamond Universitária, 2006, p. 29-57.

HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M.; BOZON, M.; KNAUTH, D. (Orgs.). **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz & Garamond Universitária, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos indicadores sociais** – Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2007.

INTERNATIONAL Women’s Health Coalition. **Detailed Analysis of 2009 CPD Resolution**. Disponível em: <http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3580&Itemid=824>. Acesso em: 07 ago. 2009.

JORNAL MOVIMENTO, n. 229, de 19 a 25 de novembro de 1979.

JORNAL MULHERIO, São Paulo, n. 16, Ano IV, maio/junho de 1984.

JORNAL MULHERIO, São Paulo, n. 21, Ano V, abril/maio/junho de 1985.

JORNAL MULHERIO, São Paulo, n. 28, Ano VII, março/abril de 1987.

JORNAL MULHERIO, São Paulo, n. Ano 02, julho/agosto de 1982.

JORNAL MULHERIO, São Paulo, s/d.

LAGO, T. G. **Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino**: análise do período 1998-2002. Campinas: Nepo/Unicamp 2006. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document>>.

LAGO, T.; LIMA, L. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. Cebrap, Ministério da Saúde, 2009.

LYRA, J.; NASCIMENTO, P. Desejo, compromisso e prazer: a participação masculina no campo da saúde reprodutiva. In: SANTOS, T. F. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva**: uma abordagem multidisciplinar. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2002, p. 110-122.

MELO, J. V. A construção de opinião no debate sobre o aborto. In: ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. (Orgs.). **Novas legalidades e democratização da vida social**: família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 221-231.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. SIM. Tabnet [acesso em 25/5/2009]. Dados apresentados por Tânia Lago no Seminário “Mortalidade Materna e Direitos Humanos no Brasil”. CCR, Cebrap, maio 2009.

_____. **Mortalidade materna**. Nota técnica, maio, 2009. Dados apresentados por Tânia Lago no Seminário “Mortalidade Materna e Direitos Humanos no Brasil”. CCR, Cebrap, maio 2009.

NUNES, M. J. R. De mulheres, sexo e igreja: uma pesquisa e muitas interrogações. In: COSTA, A. O.; AMADO, T. (Orgs.). **Alternativas escassas** – saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo: Prodir/Fundação Carlos Chagas; Rio de Janeiro: Editora 34, 1994, p. 175-203.

OLIVEIRA, E. M. Os sujeitos da luta pela legalização do aborto. In: ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. (Orgs.). **Novas legalidades e democratização da vida social**: família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 131-134.

OLIVEIRA, F. Black women, racism and poverty: maternal death in Northeast Brazil. Texto apresentado no Seminário Furthering the Advancement of the Cairo Agenda in Latin America and the Caribbean: socio-cultural approaches to human rights and gender equality. Princeton, New Jersey: UNFPA, 7-9 December 2005.

OLIVEIRA, F.; GALVÃO, J.; GREENHALGH, L.; RIOS, L. F.; PAZELLO, M.; CITELI, M. T.; CORRÊA, S. **Olhar sobre a mídia**. Belo Horizonte: Mazza Edições, Comissão de Cidadania e Reprodução, 2002.

OLIVEIRA, M. C.; BALTAR DA ROCHA, M. I. (Orgs.). **Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina**. Campinas: Editora da Unicamp/Nepo, 2001.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, 1998.

PATRIOTA, C. T. Cairo+10: os desafios no Brasil e na América Latina. In: CAETANO, A. J.; ALVES, J. E. D.; CORRÊA, S. (Orgs.). **Dez anos do Cairo**. Tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais – Abep, 2004, p. 59-64.

PAZELLO, M.; CORRÊA, S. Aborto: mais polêmicas à vista! Carta da Guanabara. Rio de Janeiro, 5 de dezembro de 2001. In: COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO. **Olhar sobre a mídia**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução; Belo Horizonte: Maza Edições, 2002. p 147-183.

PENA, M. V. J.; CORREIA, M. C.; BRONKHORST, B. V.; OLIVEIRA, I. R. **A questão de gênero no Brasil**. Rio de Janeiro: Banco Mundial e Cepia – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação, 2005.

PERPÉTUO, I. Anticoncepção. Relatório **Final Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006**. Cebrap, Ministério da Saúde, jun. 2008. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>>.

PERPÉTUO, I.; WONG, L. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. Cebrap, Ministério da Saúde, 2009.

PITANGUY, J. Introdução. In: PENNA, M. V. J.; CORREIA, M. C.; BRONKHORST, B. V.; OLIVEIRA, I. R. **A questão de gênero no Brasil**. Rio de Janeiro: Banco Mundial e Cepia – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação, 2005, p. XV-XXIX.

PITANGUY, J.; MOTA, A. (Orgs.). PITANGUY, J.; MOTA, A. (Orgs.). **Os novos desafios da responsabilidade política**. Rio de Janeiro: Cepia, 2005 (Cadernos Fórum Civil, ano 7, n. 6).

RIBEIRO, L. Anticoncepção e Comunidades Eclesiais de Base. In: COSTA, A. O.; AMADO, T. (Orgs.). **Alternativas escassas** – saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo: Prodir/Fundação Carlos Chagas; Rio de Janeiro: Editora 34, 1994, p. 143-171.

SENADO FEDERAL. **Lei n.º 9.263**, de 12 de janeiro de 1996.

SEPPPIR. Racism, social movements, public policies and human rights in Latin America. In: Seminário **Furthering the Advancement of the Cairo Agenda in Latin America and the Caribbean: socio-cultural approaches to human rights and gender equality**. Princeton, New Jersey, UNFPA , 7-9 December 2005.

UNCT. **Uma leitura das Nações Unidas sobre os desafios e potenciais do Brasil.** Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/doc/CCABrasil2005_por.pdf>.

UNFPA. **The world reaffirms Cairo:** Official Outcomes of the ICPD at Ten Review, UNFPA, 2005.

VÁSQUEZ, R. Algunas lecciones aprendidas desde las organizaciones de mujeres. In: **Foro Internacional Exigibilidad de los Derechos:** El Caso de los Derechos Sexuales y Reproductivos. La Paz, UNFPA, 2005, p. 80-85.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil.** 2.^a ed., 2004.

_____. **Direitos reprodutivos no Brasil.** São Paulo: The John D. And Catherine T. MacArthur Foundation, 2002.

VENTURA, M.; IKAWA, D.; PIOVESAN, F.; BARSTED, L. L. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos.** Rio de Janeiro: Advocaci – Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, 2003.

VIEIRA, E. M., Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida:** panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

VILLELA, W. V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida:** panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

VISCARRA, O. (Org.). **Foro Internacional Exigibilidad de los Derechos Humanos:** El Caso de los Derechos Sexuales y Reproductivos. La Paz: UNFPA, 2005.

WONG, L. Fecundidade e aspectos reprodutivos. **Relatório Final Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher:** PNDS 2006. Cebrap, Ministério da Saúde, jun 2008.