

SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES  
DIREITOS, DESAFIOS E POLÍTICAS PÚBLICAS



Guacira Cesar de Oliveira e Carmem Hein de Campos

COLEÇÃO 20 ANOS DE CIDADANIA E FEMINISMO

CARMEN HEIN DE CAMPOS E GUACIRA CESAR DE OLIVEIRA

Organizadoras

# SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES DIREITOS, DESAFIOS E POLÍTICAS PÚBLICAS



1ª EDIÇÃO

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ACESSORIA  
BRASÍLIA • ABRIL DE 2009

**Redação** Carmen Hein de Campos e Guacira Cesar de Oliveira

**Revisão** Kauara Rodrigues, Juliano Alessander, Natalia Mori,  
Eunice Borges, Daniela Lima e Eneida Vinhaes Dultra

**Projeto Gráfico e Editoração** Ars Ventura Imagem e Comunicação

**Arte da Capa** Gracco Bonetti (graccobonetti@gmail.com)

**Impressão e Gráfica** Athalaia

**Tiragem** 1000 exemplares



SCS – Quadra 02, Bloco C, sala 602, Ed. Goiás – Brasília, DF  
CEP: 70317-900  
Telefones : (61) 3224-1791  
www.cfemea.org.br

Apoio



---

Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios / Carmen Hein de Campos  
e Guacira Cesar de Oliveira. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009.

124p. – (Coleção 20 anos de cidadania e feminismo; 3)

1. Saúde das mulheres – direitos sexuais e reprodutivos. 2. Luta Feminista e anti-  
Racista. 3. Saúde Reprodutiva – histórico. 4. Legislação – políticas públicas. 5. Incidência dos  
Movimentos Sociais – articulação. 6- Advocacy.

I. Título. II. Parte 1: Duas Décadas de Luta Feminista e Anti-Racista por Direitos Sexuais  
e Reprodutivos. III. Série. IV. CFEMEA.

---

ISBN 978-85-86119-03-3

2009, por CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria

O conteúdo desta publicação pode ser reproduzido e difundido desde que citada a fonte.

# SUMÁRIO

5 **Apresentação**  
Soraya Fleischer

9 **Agradecimentos**

11 **PARTE I**  
**Duas décadas de luta feminista anti-racista pelos direitos sexuais e reprodutivos**  
Guacira Cesar de Oliveira

- 15 1. Direitos Sexuais e Reprodutivos em sua plenitude para uma vivência da sexualidade e da reprodução livre de coerção
- 19 2. Na colonização, as raízes da dominação patriarcal, racista, etnocêntrica
- 21 3. Pós-colonização e abolição da escravatura, a atualização das estruturas de dominação
- 22 4. O Século XX
  - 22 • O Brasil do começo do século XX
  - 24 • A segunda metade do século XX
  - 26 • As décadas finais do Século
  - 29 • No plano internacional
- 31 5. Começamos o século XXI
- 36 6. Indicando próximos passos
- 38 **Referências Bibliográficas**

41 **PARTE II**  
**Legislação, Políticas Públicas e histórico dos Direitos Reprodutivos no Brasil**  
Carmen Hein de Campos

- 43 **CAPÍTULO I - Conceitos de Saúde Reprodutiva e sua abrangência**
- 43 1. Contexto: Direitos reprodutivos no Brasil
  - 44 • Direitos reprodutivos nos anos 80 - aborto e sexualidade
  - 45 • Direitos reprodutivos para as mulheres negras
  - 45 • Direitos reprodutivos e políticas públicas
- 47 2. Incorporando conceitos e direitos - Cairo, Viena, Pequim
- 49 3. Direitos Reprodutivos e Sexuais
  - 49 • Direitos Reprodutivos: Direito à saúde sexual e reprodutiva
  - 50 • Direitos Reprodutivos: Direito à autodeterminação reprodutiva
  - 51 • Direitos sexuais



53	<b>CAPITULO II - O que nos diz a Constituição Federal de 1988</b>
53	1. Contexto
54	2. Princípios e direitos fundamentais
60	<b>CAPITULO III - Os Direitos sexuais e reprodutivos e o marco normativo-legal</b>
60	1. Contexto
60	2. Na lei
70	3. Na política
83	4. Quadro Direitos Sexuais e Reprodutivos – marco jurídico
97	<b>CAPITULO IV - Incidência dos Movimentos Sociais na Saúde Reprodutiva das Mulheres</b>
97	1. Advocacy em defesa da autonomia reprodutiva das mulheres
98	2. Construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)
99	3. Processo Constituinte e conquistas das mulheres na nova Carta Magna
101	4. O debate sobre a esterilização e o planejamento familiar
102	5. A luta pelo direito ao aborto
104	• Casos de aborto previstos em lei – aborto legal
105	• A luta se intensifica
108	6. Considerações Finais
114	<b>ANEXO – Carta das Mulheres aos Constituintes (1986)</b>
119	<b>Referências Bibliográficas</b>

# APRESENTAÇÃO

## Soraya Fleischer

Professora do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília  
e pesquisadora colaboradora do CFEMEA  
sorayafleischer@hotmail.com

A virada da década de 1980 para 1990 foi extremamente significativa para o incremento da vida das mulheres brasileiras e gostaria de elencar três principais contribuições que marcaram essa época e mudaram em definitivo os rumos do Brasil.

Primeiro, em 1988, o intenso processo do trabalho constituinte, que envolveu parlamentares, movimentos sociais – feministas, inclusive – jornalistas, acadêmicos, cidadãos etc., culminou na promulgação de uma nova **Constituição Federal**. Depois de mais uma ditadura política, o país ressuscitava para sorver novos ares. Este novo repertório de leis refletia as mudanças que a nossa população enfrentou, desde suas aspirações de representação política até o plano mais trivial, mas não menos importante, dos costumes e da convivência diária. Isto quer dizer que a Constituição Cidadã, como ficou conhecida, incumbiu-se das regras para orientar, finalmente, como homens e mulheres deveriam conviver em igualdade; os direitos das mulheres sobre suas vidas, suas escolhas, o cuidado e o destino de seus corpos; o Estado para oferecer uma saúde pública de qualidade a todos os seus patrícios, por exemplo.

Nesse sentido, como segunda contribuição dessa histórica virada de décadas, temos a criação do **Sistema Único de Saúde**, hoje popularmente conhecido como SUS. Até esse período, somente quem era legalmente empregado de alguma empresa pública ou privada é que tinha direito e acesso ao sistema de saúde oferecido pelo antigo INAMPS, acrônimo que representava Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Somente aquelas pessoas com carteira de trabalho assinada é que poderiam gozar da saúde oferecida pelo Estado brasileiro.

Apenas as campanhas de vacinação eram oferecidas irrestritamente a toda a população. Com o SUS, fruto direto do movimento da Reforma Sanitária, isso mudou bastante.

A partir da implementação desse novo sistema de saúde, importantes valores foram agregados: **universalidade**, já que todas e todos os brasileiros passam a ter o direito de atendimento e cuidado; **integralidade**, isto é, promoção, prevenção e cura devem ser oferecidos aos indivíduos sob uma perspectiva de saúde integral e não apenas centrada em um órgão do corpo ou uma etapa do processo de adoecimento; **equidade**, já que ninguém é merecedor de atenção especial ou privilegiada; **participação** da comunidade, sobretudo na moderna figura das ações de “controle social”; **descentralização** político-administrativa em que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – se responsabilizam pelo oferecimento da saúde.

Nestes últimos anos, o SUS foi responsável por ampliar, a todas partes desse imenso país, serviços de pré-natal, ações de planejamento familiar, exames preventivos para a detecção do câncer de cólio do útero ou do câncer de mama, atendimento ao abortamento nos casos previstos em lei e às vítimas de violência patriarcal etc. O acesso aos serviços de saúde e também o atendimento das demandas especificamente reprodutivas, por exemplo, passaram a ser um direito de qualquer mulher brasileira, negra ou branca, jovem ou madura, solteira ou casada, com trabalho formal ou desempregada. Embora o SUS esteja em franca expansão e careça de muito aperfeiçoamento, este é um sistema público, irrestrito, igualitário para todos os quase 200 milhões de brasileiras e brasileiros, realidade cada vez mais rara em outros países do mundo, inclusive os ditos ricos e de primeiro mundo.

Uma terceira contribuição ocorre nos últimos anos da década de 1980, as sementes que haviam sido espalhadas começavam a brotar e uma efervescência planetária amadurecia rapidamente para que, nos primeiros anos da década de 1990, várias **conferências internacionais** fossem organizadas e realizadas. Foram elas: a Conferência de Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio de Janeiro, 1992), a Conferência Internacional de Direitos Humanos (Viena, 1993), a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), a Conferência do Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995) e a Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995).

A preparação para todas estas reuniões, o encontro com tantas ativistas de países tão distantes, o esforço para comungar pautas reivindicatórias e a divulgação destas idéias em seus países de origem constituíram, muito resumidamente, o *modus operandi* destas Conferências. Experiências antes restritas a uma casa, uma vila, um município foram conhecidas, compartilhadas e internacionalizadas. Estes encontros, especialmente em Cairo e Pequim, fizeram as

mulheres perceberem que as dificuldades e violências enfrentadas em seus cotidianos eram comuns e que era absolutamente intolerável continuar a aceitá-las.

As conferências – e suas fases pré e pós – representaram um momento de rápido amadurecimento político das populações e grupos tradicionalmente alijados das decisões políticas e econômicas de todo o planeta. Os **movimentos sociais** conquistaram um espaço político e discursivo fundamental para que governos e políticas não mais pudessem avançar sem sua presença como atores sociais imprescindíveis.

Hoje, 20 anos depois, podemos perceber claramente como estas três contribuições rapidamente mencionadas acima têm repercutido na consolidação da democracia brasileira.

Em 2008, comemoramos, com toda função ritual da lembrança para confirmar valores e instituições, os 20 anos da Constituição Federal. Em 2009, comemoramos os 20 anos do Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Com idêntica ritualística, o CFEMEA decidiu produzir e publicar uma série de livros intitulada **“Coleção 20 anos de Cidadania e Feminismo”**.

O objetivo geral desta coleção é duplo. Por um lado, se pretende sistematizar a produção do CFEMEA bem como de suas aliadas feministas nestas últimas duas décadas de muito trabalho e militância. Este acúmulo se expressa na definição das agendas prioritárias para melhorar a vida das mulheres; no desenvolvimento de metodologias apropriadas para vocalizar estas agendas para um público maior e, ao mesmo tempo, colocar estas agendas em prática; negociação de estratégias de enfrentamento das questões e posicionamentos pouco afeitos à realidade e às demandas especificamente femininas. Por outro lado, além de dar visibilidade ao que já foi feito, essa coleção de livros tem a ousadia de também avaliar esse passado na constante busca por falhas ou lacunas que possam ser retrabalhadas. Rever o que foi feito e retrazar os próximos passos para o futuro, portanto, é o que se espera dos dois livros já publicados<sup>1</sup> e do terceiro que vem a público nesse momento.

**Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios** foi planejado no âmbito do projeto “20 anos de advocacy feminista pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos: Um balanço da contribuição do CFEMEA”, rascunhado ainda em 2007 e implementado entre 2008 e 2009. Este projeto contou com o valioso apoio e a confiança da ONG estadunidense International Women’s Health Coalition, conhecido como IWHC.

---

1 *Vozes latino-americanas pela legalização do aborto*. FLEISCHER, Soraya (Org.). Brasília: CFEMEA, 2009. *Trabalhadoras domésticas em luta: Direitos, igualdade, reconhecimento*. DULTRA, Eneida e MORI, Natalia (Orgs.). Brasília: CFEMEA, 2008. Ambas as publicações estão disponíveis em papel e online. Ver: [http://www.cfemea.org.br/publicacoes/publicacoes\\_detalhes.asp?IDLivro=38](http://www.cfemea.org.br/publicacoes/publicacoes_detalhes.asp?IDLivro=38)



O foco dessa terceira publicação da Coleção é apresentar o conjunto de leis que foram aprovadas nos últimos anos com o objetivo de avançar os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres brasileiras. O que foi conquistado até aqui? Quais aspectos reprodutivos foram discutidos com maior recorrência? Que facetas da vida reprodutiva feminina ficaram de fora e precisam de reforço legal? Como as leis chegam, ao fim, a beneficiar diretamente a vida de uma mulher? Mesmo se tratando de uma democracia (em consolidação, por certo), quais mulheres ainda tendem a ficar descobertas, desassistidas, esquecidas? Estas são algumas das perguntas sobre as quais o presente estudo se debruçará.

A parte I do livro, intitulada “Duas décadas de luta feminista anti-racista pelos direitos sexuais e reprodutivos” refere-se ao histórico de lutas dos movimentos de mulheres pelos direitos sexuais e reprodutivos, e a origem de tais lutas.

A parte II está dividida em quatro capítulos: o primeiro capítulo mostra como os conceitos de “saúde reprodutiva”, “direito reprodutivo” e “direito sexual” foram cunhados e como evoluíram nos últimos anos. Depois, no segundo capítulo, conheceremos o que a Constituição Federal previu para a seara reprodutiva das mulheres. Na seqüência, o terceiro capítulo, revelará quando e como estas leis saíram do papel e se transformaram em políticas públicas específicas para atender às demandas das mulheres referentes à maternidade, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, neoplasias (principalmente o câncer de mama) e violência contra a mulher. Por fim, no quarto e último capítulo da parte II, conheceremos mais de perto como estes avanços – legais e políticos – se beneficiaram existencialmente dos movimentos sociais, inclusive da atuação direta e contínua do CFEMEA.

Apresento, pois, este livro e convido a todas e todos para mirar a longa estrada já trilhada pelos movimentos feministas para a garantia de autonomia sobre o próprio corpo e para olhar para o futuro com esperança reabastecida e disposta para evitar que estes direitos sejam usurpados e, ao contrário, floresçam cada vez mais.

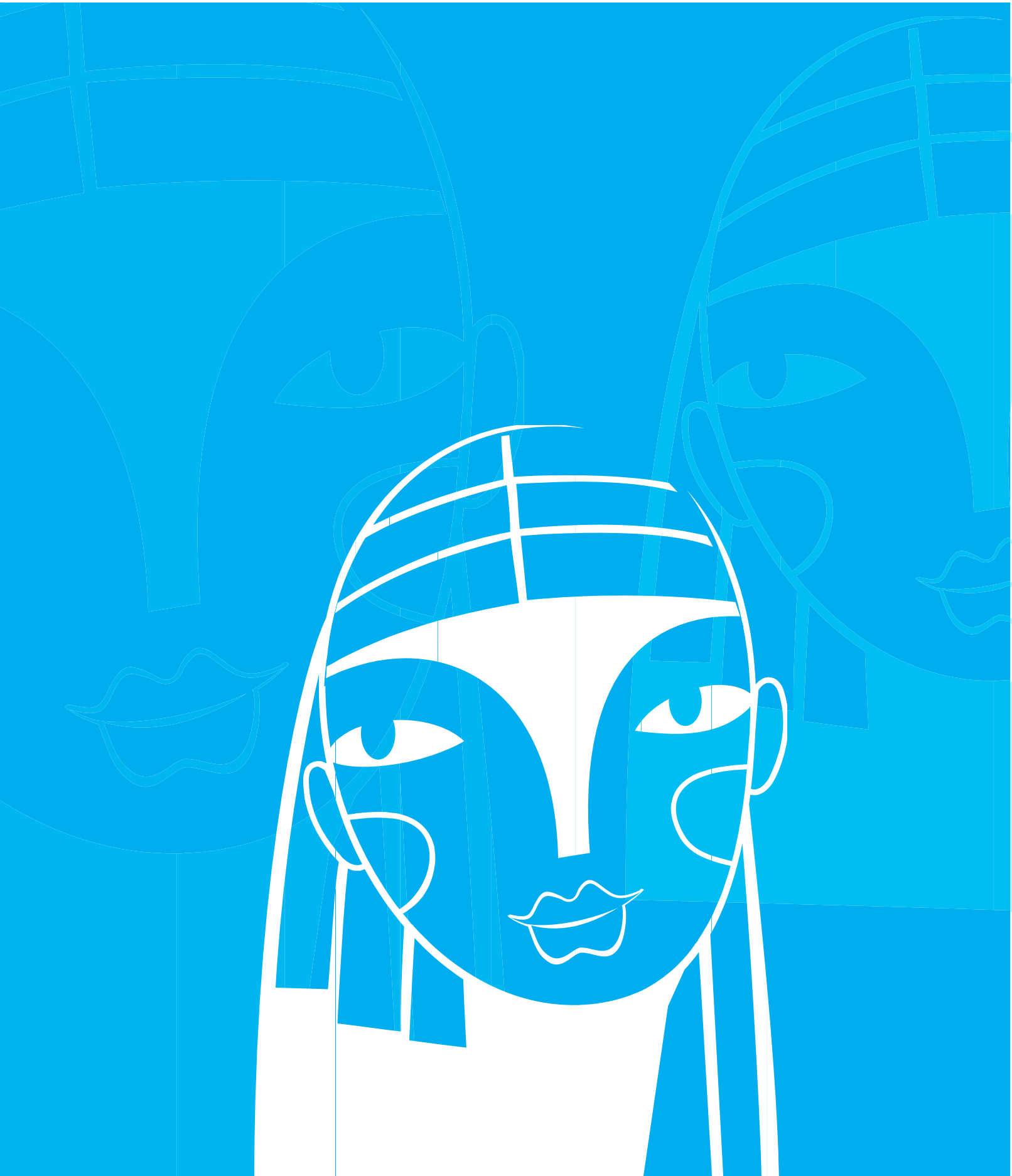
# AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer aos grupos e as pessoas que estiveram envolvidas nesse projeto e que têm se colocado em interlocução pelos diferentes movimentos sociais, de mulheres, feministas, anti-racistas e pelos direitos da diversidade sexual e contra a lesbo/homofobia, no reconhecimento dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais. Citamos especificamente às redes e alianças como a Articulação de Mulheres Brasileiras, Jornadas pelo Aborto Legal e Seguro, Rede Nacional Feminista de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, bem como organizações feministas e fóruns de mulheres de todo o país que vêm buscando enfrentar o conservadorismo e fundamentalismo crescente nas práticas e discursos que operam na dominação do corpo, enquanto território feminino, especialmente a Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto.

Especial agradecimento a nossa equipe CFEMEA, que atrai profissionais engajadas/os e responsáveis pela luta cotidiana de construção da igualdade entre homens e mulheres, por estarmos certas/os de que dias melhores só teremos quando finda a opressão em razão de sexo, cor, etnia, idade, orientação sexual ou outras formas constitutivas do indivíduo e da pluralidade de nossa sociedade. Além d@s integrantes citad@s como responsáveis pela autoria e revisão deste livro (Guacira Cesar de Oliveira, Kauara Rodrigues, Natalia Mori, Juliano Alessander, Eunice Borges, Eneida Vinhaes Dultra, Soraya Fleischer e Daniela Lima Pinto, além de nossa convidada, Carmen Hein de Campos), específicos agradecimentos a: Mirla Maciel, Francisco Silva, Leila Rebouças, Marizeth, pelo envolvimento e a garantia da viabilização dessa publicação.

À International Women`s Health Coalition (IWHC), parceira de longa data do CFEMEA e do movimento feminista brasileiro, Fundação Heinrich Boll e Fundação Ford, pelo apoio nos últimos anos para que o CFEMEA continue atuando na temática e viabilizando iniciativas como esta publicação que serve para oferecer elementos de reflexão à sociedade sobre um tema que afeta tanto o presente quanto o futuro de nosso país e, principalmente de nossas mulheres para que possamos, de fato, vivenciar em plenitude uma vida autônoma, com liberdade, prazerosa e sem violência ou coerção de qualquer forma.

Boa leitura,  
Equipe do CFEMEA





# PARTE I

## Duas décadas de luta feminista anti-racista pelos direitos sexuais e reprodutivos

**Guacira Cesar de Oliveira\***



---

## Duas décadas de luta feminista anti-racista pelos direitos sexuais e reprodutivos\*\*

Os movimentos de mulheres, nas suas lutas políticas feministas, surgiram para proporcionar condições e oferecer possibilidades nos espaços onde as conquistas de direitos fazem toda a diferença. O que se almeja, nesse processo, é um futuro onde todas e todos possam ter futuro.

Na luta contra as políticas de controle de natalidade - que ao invés de assegurarem mecanismos e políticas públicas para que as mulheres e homens escolham a melhor forma de exercerem sua vida reprodutiva, estabelecem políticas autoritárias recaindo, geralmente, sobre a população mais pobre a negação do direito à reprodução - em defesa da autodeterminação reprodutiva das mulheres; pela desconstrução da maternidade como um dever ou como destino obrigatório, pelo poder de decidir ter ou não ter filhos, quando e com quem tê-los, pelo direito ao aborto legal e seguro, contra a homofobia/lesbofobia, por liberdade e pelo direito ao prazer sexual, contra a ditadura heteronormativa, os movimentos de mulheres forjaram o que, no final dos anos 80, se denominou **direitos sexuais e direitos reprodutivos**.

Vieram também das reflexões feministas, as lutas contra o patriarcado, o racismo, o etnocentrismo, a exploração do trabalho pelo capital, a elucidação dos nexos existentes entre esses vários sistemas de dominação e os mecanismos que utilizam para controlar os nossos corpos.

Desvendamos como as diferentes estratégias de sujeição dos corpos femininos (da nossa sexualidade e da nossa capacidade de gestar futuras vidas e parir) visam sustentar e manter não somente a hierarquia (dominação/ subordinação) de gênero, mas também as hierarquias

---

\* Guacira César de Oliveira é socióloga e fundadora do CFEMEA.

\*\* Esse texto contou com as contribuições de Natalia Mori Cruz, socióloga e integrante da equipe do CFEMEA, especialmente a discussão sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos.

étnicas e raciais. E ademais, deciframos a centralidade dessas relações hierárquicas para a exploração capitalista.

Há 500 anos, a estratégia de colonização teve como elemento estrutural a dominação e repressão sexual. De várias formas, esta estratégia veio sendo atualizada até os nossos dias.

Os movimentos feministas, em suas denúncias públicas sobre as diversas formas de violação de direitos e do exercício efetivo da cidadania feminina, reivindicaram a liberdade sexual e o direito de decidir sobre nossos corpos como parte central para o exercício de projetos de vida plenos e autônomos.

Silvia Camurça (2007), em uma leitura contemporânea sobre formas de pensar uma práxis educacional e uma formação feminista para a promoção de uma reflexão entre mulheres brasileiras e latino-americanas provoca alguns questionamentos importantes. Um deles é “a idéia de que nós, mulheres, somos subjetivamente oprimidas e objetivamente exploradas”; e ainda; “essa opressão e exploração são feitas nas relações sociais, e não fora delas. Por isso, a dominação não se faz do mesmo jeito sobre todas as mulheres, varia por classe e, nas sociedades racistas, varia por identidade étnico-racial.” Ela vai além e denuncia os mecanismos que sustentam e sobre os quais se reinventa o sistema de dominação:

1. A prática da violência contra as mulheres para subjulgá-las; 2. O controle sobre o corpo, a sexualidade e a vida reprodutiva das mulheres; 3. A manutenção das mulheres em situação de dependência econômica e; 4. A manutenção, no âmbito do sistema político e práticas sociais, de interdições à participação política das mulheres. (...) é instrumento de dominação o controle sobre o corpo das mulheres. Este controle é expresso na negação de sua liberdade sexual, na limitação a sua autodeterminação reprodutiva, na criminalização da prática do aborto (causa de milhares de mortes de mulheres, todos os anos) na expropriação mercantil do corpo e imagem das mulheres pela indústria da propaganda, da beleza, da moda e do sexo. (...). Sobre esta base estruturadora, articulam-se múltiplas outras desigualdades assentadas em preconceitos e discriminação. A hegemonia da perspectiva da heterossexualidade sobre a sexualidade humana é uma delas. (2007: 19 e 20).

E essa é a razão pela qual a luta por liberdade sexual e pelo direito de decidir sobre os nossos corpos, longe de ser específica, assume um caráter central para todos os movimentos sociais que visam a transformação social. Por isso mesmo, ao buscarmos resgatar as conquistas e desafios dos movimentos de mulheres, nas últimas duas décadas, por direitos sexuais e reprodutivos,



consideramos necessário recuperar alguns pontos da análise feminista e anti-racista neste campo.

Antes, porém, nos detemos brevemente sobre os marcos teóricos da construção dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (DSDR).

## 1. Direitos Sexuais e Reprodutivos em sua plenitude para uma vivência da sexualidade e da reprodução livre de coerção

“Uma história que começa com uma ampla variedade de civilizações em que o lugar da mulher, o número e a forma dos gêneros, as práticas sexuais aceitas e as condenadas eram tão diversas como as línguas, os sistemas sociais e os cultos. E continua com a violência da conquista que, a sangue, fogo e Bíblia, instaurou a ordem judaico-cristã. Nossa história é também a do genocídio dos escravos e das escravas; a dos idiomas, das identidades de gênero, das formas de desejar e de parir (ou não) que ficaram para sempre nos porões dos navios. É a violência que fundou nossos Estados à ponta de espada, e nossa mestiçagem à ponta de violação. A tutela exercida sobre as raças, os sexos, as idades, os desejos e os corpos “inferiores”, com a lei, com o bastão e com a cruz. Nossa história é violência e tutela, mas também resistência” (Manifesto por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, 2006: 6)

Assim se inicia nossa história latino-americana e caribenha. Uma história também marcada por enredos e vivências pessoais e coletivas da sexualidade e da reprodução, ancorados em contextos e processos históricos onde a violência esteve e está presente e segue sendo um elemento impactante regulador das relações sociais. **Da conquista territorial de terras e nações indígenas e africanas à conquista do território corporal das mulheres, a violência se expressa como ato cerceador limite dos modelos de dominação.** Dominação essa que também se ancora em relações patriarcais.

O referido Manifesto nos provoca outras reflexões sobre os discursos políticos possíveis sobre o *corpo* (2006: 11):

Nada mais pessoal que o corpo e tampouco nada mais político. O corpo político se situa não só atado ao privado ou ao ser individual, mas também vinculado integralmente ao lugar, ao local, ao social, ao espaço público. **Sobre o corpo atuam o Estado, a comunidade, a família, a religião, o mercado, as forças fundamentalistas.** “É através de uma grande quantidade de controles patriarcais que estas forças e instituições transformam os corpos das mulheres em



expressões de relações de poder. Dessa maneira, os corpos das mulheres e as diversidades sexuais estão no centro de projetos autoritários ou democráticos<sup>2</sup>. E muitas vezes a linha divisória entre 'democrático' e 'autoritário' se desvanece quando se trata do corpo.

Por essas questões, o corpo passar a ter uma dimensão fundamental na teoria e prática feministas. Como reafirmaram as feministas da Articulação de Mulheres Brasileiras, somadas às vozes das companheiras guatemaltecas da Batucada Feminista e outras latino-americanas, durante o Fórum Social Mundial de 2009, "**nosso corpo é nosso território**". Mais do que uma dimensão que é parte de nós – idéia expressa em uma das insígnias feministas mais conhecidas, *Nosso Corpo Nos Pertence!* – o corpo passa a ser revisitado como algo constitutivo de nós mulheres: *Eu sou o Meu Próprio Corpo!*

Falar sobre a possibilidade plena do exercício da autonomia e cidadania, de forma igual e livre, isto é, falar de *direitos*, também significa a possibilidade de expressar e exercer, sem coerção, desejos, afetos, relações amorosas, sem discriminação, sem violência. Como pleiteia Sonia Corrêa (2001:21), ao falar de igualdade como um dos marcos da auto-determinação e do exercício dos direitos sexuais, temos de levar em conta que a idéia da igualdade de tratamento perante a lei, no que se refere à sexualidade, deve considerar que "*independentemente de como são os seres humanos, de que superfícies anatômicas apresentam, de que práticas sexuais preferem ou exercem, eles e elas devem receber o mesmo tratamento perante a lei (em casa, no local de trabalho e nas demais instituições)*".

Esses são alguns marcos para pensarmos a constituição do que as feministas cunharam com a idéia de *direitos* sexuais e reprodutivos. **Se a sexualidade e a reprodução são elementos presentes na constituição de nós seres humanos, porque então é tão difícil avançarmos em mecanismos legais que garantam a liberdade do exercício pleno da sexualidade e da reprodução?** Ao longo da existência do CFEMEA, temos visto que diferentemente de outras áreas temáticas – a exemplo de direitos trabalhistas, ao enfrentamento da violência, direitos civis, educação – a conquista normativa de leis anti-discriminatórias para o livre exercício da sexualidade, especialmente a homossexualidade e a lesbianidade, para a auto-determinação reprodutiva de mulheres e casais, com o acesso aos métodos e medicamentos contra-conceptivos e inclusive permissivas para práticas sociais como o aborto torna-se missão quase impossível!

---

2 Trecho de Hancourt e Escobar, citado no Manifesto, 2006, página 11.



Em uma tentativa de responder à possibilidade de construção de direitos no âmbito da sexualidade, Betânia Ávila (2001:8), elucida alguns elementos importantes para nossa discussão:

O que é muito novo nos direitos reprodutivos e sexuais é o fato de serem inventados, pensados e reivindicados pelas mulheres. *As mulheres não são, por tradição, inventoras de direitos; elas são guardiãs de normas.*

A idéia de direitos no campo da sexualidade é algo importante e muito novo, uma vez que a concepção de direito está ligada à garantia de autonomia, de liberdade e de igualdade. O próprio campo das fantasias sexuais é baseado em desigualdade e em violência, está baseado em pessoas desiguais – inclusive, como lugar de atração, como lugar de realização de fantasias sexuais. Então, pensar direitos é pensar uma mudança profunda, também do ponto de vista da transformação cultural do próprio exercício do erotismo. (...) Dito de outra maneira: é necessário um exercício filosófico que nos possibilite pensar novos símbolos de igualdade neste campo.

A conotação de *direito* significa reconhecer que o campo da sexualidade e da reprodução são passíveis de construção de normativas jurídicas (de leis, princípios jurídicos, direitos reconhecidos em conferências internacionais – como a Conferência Mundial sobre a População, Cairo, 1994 – medidas administrativas etc), visando responsabilizar o Estado para a promoção e implementação desses direitos (Ventura, 2004: 10).

Falar dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos sobre o marco dos direitos humanos significa reconhecer que são *universais* (pois abarcam os seres humanos desde seu nascimento), que são *interdependentes* (conectam-se com os demais direitos humanos) e *indivisíveis* (são vividos e atuam de um modo conjunto e integral –Manifesto, citado acima, 2006: 14).

Miriam Ventura, ao falar do conceito de direitos reprodutivos, relembra que esses “não se limitam à simples proteção da reprodução”. A concepção desse direito, continua Ventura, “vai além, defendendo um conjunto de direitos individuais e sociais que devem interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e reprodução humana” (2004:10).

Isto significa dizer, que mesmo tendo a *saúde* maior ênfase como o arcabouço da construção *dos direitos sexuais e reprodutivos* (falamos sempre na ou da *saúde sexual e reprodutiva*), a efetivação dos mesmos deve ocorrer conectada com outros campos da vivência da cidadania, como o campo político, as dimensões culturais, para além de normas legais; “*como prerrogativa de autonomia e liberdade dos sujeitos humanos nas esferas da sexualidade e reprodução* (Corrêa e Ávila, citadas por Ventura, 2004)”.

Outra discussão pertinente refere-se ao fato de que, mesmo dentro da construção teórica feminista, na sua prática política ideológica e no ativismo político, os direitos reprodutivos tiveram maior ênfase na concentração de esforços para mudanças normativas e de comportamento social. Betânia Ávila, reflete sobre essa diferença (2004: 7),

Há um déficit de reflexão teórico-política e de ação sobre os direitos sexuais que precisa ser revertido. Vale lembrar que, na origem dos debates sobre corpo, sexualidade e reprodução, estavam a luta por contracepção e a luta pela legalização do aborto. Isso significa dizer que, com relação à sexualidade, o que estava colocado pelo feminismo era uma questão política e filosófica sobre uma sexualidade que não estivesse subjugada à reprodução no marco de um contrato de casamento, de uma relação permitida social e legalmente.

A esse elemento que precisa ser melhor dialogado e trabalhado intra-movimento, Miriam Ventura aglutina uma outra dimensão das relações sociais importante. Mesmo na construção normativa destes direitos, percebe-se uma diferença de legitimidade e reconhecimento legais. Os direitos sexuais ainda não dispõem do mesmo reconhecimento. Isso também resultaria da dificuldade de nossas sociedades “em compartilhar moralidades diferentes no exercício da sexualidade humana” (2004:10).

Tal resistência societal nos remete a reflexões sobre o sexo e sua conexão com a construção dos direitos sexuais. Diz Sonia Corrêa (2006: 103),

No limiar da era moderna o sexo se converteu no pivô ao redor do qual toda a tecnologia da vida se desenvolve: o “sexo é um meio de acesso tanto à vida do corpo, quanto à vida da espécie; isto é, ele oferece um meio de regulação tanto dos corpos individuais quanto do comportamento da população (o corpo político) com um todo” (Weeks, 1999, p. 51). Nessa passagem, *a lei moderna inventou os “sujeitos sexuais” tais como os conhecemos. Independentemente da heterogeneidade dos sistemas jurídicos existentes, leis, códigos e normas continuam operando como sistemas de classificação, hierarquização e, na maioria dos casos, criminalização de identidades e práticas sexuais.* É contra esse pano de fundo histórico que, ao longo da última década, assistimos à propagação de um rumor crescente sobre os direitos sexuais.

Passados as últimas duas décadas de incidência político-teórica feminista tanto no campo nacional quanto no campo internacional em prol da possibilidade de vivências da sexualidade sem violência e de forma livre – como afirma Gilberta Soares (2001: 4), com o *enfoque*



*na vivência da homossexualidade como um direito legítimo de escolha*; também passando pela liberdade sexual mesmo em relações heterossexuais; combate à violência sexual, estupro etc – percebemos que ainda há muito caminho a trilhar; mesmo que reconheçamos conquistas importantes como a existência de leis não-discriminatórias, princípios aprovados em conferências internacionais (especialmente na década de 1990, a exemplo das mundiais sobre a Mulher, Pequim 1995, e sobre População, Cairo 1994), políticas públicas de saúde reprodutiva, discussão ampliada sobre a reprodução como um elemento da vida social e da responsabilidade das mulheres, homens, família, sociedade, Estado etc.

De questionamentos a sugestões de novos percursos, essas autoras nos ajudam a pensar na construção de novas práticas, discursos, estratégias e vivência plena de nossa auto-determinação reprodutiva e liberdade sexual. Desde um fortalecimento na práxis ativista do movimento feminista sobre a liberdade e prazer sexual; combate à lesbo/homofobia e a melhor articulação entre lesbianidade e feminismo; passando pela contínua revisitação crítica teórico-prática de nossas ações e discursos sobre as relações sociais e normativas legais; até a crítica elaborada sobre modelos políticos que dão vazão à intromissão fundamentalista e toda a repercussão autoritária sobre o *corpo=território* feminino; e a necessidade de articular as estratégias que se renovam nos modelos de dominação patriarcal com outras formas de desigualdades e discriminações como todo o debate do enfrentamento ao racismo. São alguns elementos que gostaríamos de deixar para mais reflexões.

Por hora, voltemos às discussões sobre o feminismo anti-racista na construção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

## **2. Na colonização, as raízes da dominação patriarcal, racista, etnocêntrica**

Foi o feminismo negro que denunciou a coerência entre os termos das dominações racial e de gênero e o potencial de exclusão que ambas têm. Elas revelaram a teia ideológica que justificou, durante a colonização, a violação sexual das mulheres africanas e indígenas – o chamado estupro colonial - e, por outro lado confinou as mulheres brancas (de origem européia) ao espaço doméstico, submissas à rígida moral sexual católica.

A classificação racial da humanidade, construída pelo colonialismo, assim como a atribuição de gênero às pessoas erguida em tempos remotos da humanidade, estão baseadas nos corpos. Ambas ganham significados na perspectiva dual eurocêntrica, que separa a natureza da razão,

e o corpo do espírito. Os corpos de fêmeas da espécie humana, assim como os corpos não brancos são concebidos como mais próximos da natureza e, portanto, destinados, como ademais a própria natureza – à subordinação e sujeição à razão que, por sua vez, é masculina e branca.

A condição de inferioridade e superioridade racial e de gênero resulta dos significados culturais que se atribui à aparência ou aos traços fenotípicos (africanos ou indígenas), e ao sexo (feminino ou masculino). Como destaca Judith Butler, *há uma descontinuidade radical entre corpos sexuados e os gêneros construídos culturalmente, da mesma maneira que entre corpos fenotipicamente diferenciados e as raças*. Tal construção cultural se expande para além dos limites corporais, classificando hábitos, construções mentais, crenças, culturas e todas as relações sociais a partir deste mesmo parâmetro.

Segundo Aníbal Quijano (2009),

A idéia de raça em seu sentido moderno, não tem história conhecida antes da América (...) A formação de relações sociais fundadas em dita idéia, produziu na América identidades sociais historicamente novas: *índios, negros e mestiços* e redefiniu outras. (...) E na medida em que as relações sociais que estavam configurando-se eram de dominação, tais identidades foram associadas a hierarquias, lugares e papéis sociais correspondentes, como constitutivas delas e ao padrão de dominação colonial. (...) *Deste modo, a raça se converteu no primeiro critério fundamental para a distribuição da população mundial nas categorias, lugares e papéis na estrutura do poder da nova sociedade.*

A classificação racial da população, portanto, emergiu do colonialismo e se estabeleceu como elemento principal da dominação dos europeus sobre os povos indígenas originários, bem como sobre as populações africanas traficadas e escravizadas no continente americano. A dominação racial constituiu-se, portanto, em requisito básico à exploração dos colonizadores sobre os colonizados.

Ademais, o aprofundamento radical das hierarquias de raça e gênero possibilitou a estratégia violenta de miscigenação, ao mesmo tempo em que preservaram a linha de descendência branca, componentes fundamentais à ocupação colonial, à concentração da riqueza no grupo branco, e a imposição dos regimes de servidão e escravidão aos povos indígenas e às populações africanas traficadas para o novo continente.

O tráfico internacional e o comércio nacional escravagista destruíram as diferentes formas de relações de parentesco e conjugalidade existentes entre africanos de diversos grupos étnicos; separaram os filhos de suas mães e pais; e muitas vezes inviabilizaram uniões heterossexuais,



posto que, no Brasil, os senhores de escravos consideraram a reprodução local da mão - de - obra africana economicamente desvantajosa e, por isso mesmo, separaram os homens das mulheres, inviabilizando a convivência e o seu relacionamento afetivo-sexual.

Como afirma Rita Segato (1995), *com a escravidão a família negra foi desfeita, o que pode ter resultado numa transformação do significado e dos valores tradicionalmente associados à oposição entre estas categorias* [mulher e homem].

Também os povos indígenas, constituídos por centenas de grupos étnicos, que concebiam de maneiras distintas as relações de parentesco e, portanto, de família se viram subjugados e marginalizados pelo único padrão de estrutura familiar imposto pelas missões evangelizadoras católicas.

### 3. Pós-colonização e abolição da escravatura, a atualização das estruturas de dominação

O Brasil independente do jugo colonial, da escravidão e da monarquia começou há 130 anos. A idéia de nação, assim como de cidadania, se construiu sobre a base das desigualdades decorrentes de tal passado e do desprezo às fronteiras culturais existentes. Se os modelos de modernização e desenvolvimento do século passado geraram transformações estruturais nas relações de produção e na economia brasileira, o mesmo não se pode dizer com relação às estruturas de dominação de raça e gênero.

No período pós-abolição, como explica Jurema Werneck (2009),

(...) milhões de negras e negros foram deixados à própria sorte, uma vez que as regras da abolição não previam a incorporação deste contingente em novas bases na sociedade que sonhava se modernizar. Ao contrário, **o projeto de sociedade que se delineava buscava afirmar e garantir a branquitude como paradigma, não importa por que meios.**

(...) Não é por outra razão também que as idéias eugenistas, em pleno vigor na primeira metade do século vão se expandir e buscar alternativas de "melhoramento populacional" do Brasil, tanto no estímulo ao desenvolvimento da população branca (que inclui crescimento populacional e condições diferenciadas e melhores de vida), quanto na redução dos contingentes considerados indesejáveis, tanto através da expulsão sistemática como também nas restrições de acesso às alternativas de bem-estar à disposição.

No que se refere à vida cotidiana, o período que precede a segunda guerra mundial trouxe poucas novidades para as mulheres brancas brasileiras, que seguiram tendo como provedores os homens brancos, e sendo as responsáveis principais por todo o trabalho de reprodução social, com o apoio de mão de obra africana ou afrodescendente, em geral feminina, em regime de semi-escavidão ou servidão.

As imigrantes, recém chegadas, foram para o campo trabalhar nas grandes fazendas ou em regime de economia familiar camponesa, onde assumiram um papel ao mesmo tempo relevante e secundário, no provimento de suas famílias, dado que seu trabalho na esfera produtiva não era reconhecido.

Já para as mulheres negras, a abolição da escravatura significou mais que a continuidade ou inserção no trabalho doméstico nas casas dos brancos, mas também o ingresso num mercado de trabalho informal remunerado. Coube a elas a responsabilidade de assumir sozinhas, e algumas vezes compartilhar, a sustentação material do grupo familiar, experiência que as mulheres brancas só viriam a experimentar muito mais tarde.

Isto porque os homens negros haviam sido alijados do mercado de trabalho livre, reservado à imigração europeia, e tiveram condições muito limitadas de se estabelecerem como provedores, nos moldes de gênero masculino definidos pela família burguesa, até porque a história de constituição de famílias de africanos e afrodescendentes no Brasil foi, como já dissemos, de resistência extremamente difícil contra a mercantilização de seres humanos pelo regime escravagista.

Rita Segato (1995) afirma que, apesar de a família patriarcal ter sido sempre característica das classes altas brasileiras, entre as classes baixas e, particularmente, na população negra, são encontradas formas de organização familiar diversas, o que em parte pode ser decorrência da escravidão no Brasil, e das rupturas que este regime produziu nos padrões de comportamento tradicionais e das concepções relativas ao casamento, ao vínculo de sangue e aos papéis sexuais.

## 4. O Século XX

### O Brasil do começo do século XX

A lógica patriarcal, capitalista e racista no início do século XX permaneceu oferecendo condições muito distintas para brancos e negros e para as próprias mulheres destes dois grupos, definindo trajetórias específicas ao longo do período.



A divisão racial do trabalho para a exploração capitalista não terminou com o fim do regime escravagista. A associação da branquitude social com o salário, e da negritude com o trabalho não pago ou não assalariado foi mantida. Deste modo, os postos de trabalho que conferiam dignidade – remuneração, direitos e respeito – ficaram reservados aos homens brancos. **A divisão sexual entre trabalho produtivo e reprodutivo permaneceu inabalada, respeitada a hierarquia racial.**

No âmbito das relações afetivo-sexuais e de parentesco, o padrão de dignidade ficou restrito às famílias nucleares, constituídas em casamentos legalmente monogâmicos e indissolúveis, católicos, às quais estavam assegurados os direitos de herança, de proteção social e as obrigações decorrentes da paternidade, respeitada a hierarquia de gênero.

Os outros tipos de relacionamentos afetivo-sexuais e arranjos familiares sobreviveram a margem da lei e até contra ela (filhos bastard@s, concubinato, relacionamentos adúlteros etc), com ônus pesados para as mulheres, em sua maioria negras, que tiveram de arcar com vários tipos de restrição, discriminação de ordem moral, religiosa, legal, social e econômica para manterem a si próprias e suas famílias.

Como afirma Kimberlé Crenshaw (2002: 171; 188),

trata-se de discriminação composta. De maneira que, submetidas às divisões racial e sexual do trabalho, o quociente alcançado pelas mulheres negras resultou (como ainda resulta) o mais baixo da escala sócio-econômica, em termos de obtenção de reconhecimento, rendimento, qualidade de vida e direitos, inclusive os sexuais e reprodutivos; e o mais alto, em termos de deveres e limites no que se refere às tarefas reprodutivas.

Além do trabalho avulso, o trabalho doméstico (destituído de direitos e algumas vezes até de remuneração), assim como a prostituição forçada compuseram o leque restrito de opções que a mulher negra tinha, salvo exceções, para buscar o sustento de sua família.

**Do ponto de vista dos direitos sexuais e reprodutivos, há que se destacar o assédio sexual recorrente contra as trabalhadoras domésticas, a exploração sexual forçada como elementos que apenas atualizaram as relações sociais de gênero e raça e, mais especificamente, o comportamento sexual do período colonial e escravagista, marcado pela violência e a negação de direitos.**

Para as jovens brancas, a valorização extrema da virgindade era condizente com as regras repressoras de comportamento sexual. Já para as jovens negras, a banalização do assédio e da violência sexuais não davam trégua. Sem dúvida, as formas de violação da cidadania e a permissividade social da exploração sexual das mulheres é um elemento presente em todas as classes



e categorias de relações entre gêneros, ainda que mais cruel e recorrente contra as mulheres negras, pelo histórico que aqui apontamos.

Esses comportamentos perpassaram todo o século XX e, em que pesem as lutas e as conquistas obtidas ao longo das últimas décadas, ainda assim, sobrevivem.

### **A segunda metade do século XX**

O processo de industrialização ganhou celeridade no transcorrer da década de 60 em diante, e a expansão deste novo campo do mercado de trabalho proporcionou a sua abertura para a participação das mulheres, em especial às brancas, dado que às negras coube, via de regra, ocupar parte das lacunas de trabalho que as mulheres brancas deixaram no espaço doméstico.

Dado que a inserção no mercado de trabalho formal era, a essa época, condição para a aquisição de direitos, os portadores de direitos eram em sua grande maioria homens que os transferiam, pela relação de dependência, às suas cônjuges. Por outro lado, fatores como (i) o desemprego e a inserção precária de homens negros no mercado de trabalho por causa do racismo; (ii) o grande número de uniões consensuais entre negros, e o concubinato entre brancos e negras, que não asseguravam a relação de dependência para a transferência de herança e benefícios sociais; (iii) e a inserção das mulheres negras no trabalho doméstico precário, obstaculizaram o acesso dessas mulheres aos direitos de cidadania e as expuseram sobremaneira à violação do que hoje chamamos de direitos sexuais e reprodutivos.

O contexto político interno, combinado à composição de forças que emergiu pós-Guerra no plano global, configurou uma arena política vitalizada, a partir da sociedade. **Fatores como a capacidade de mobilização dos movimentos sindicais, o caráter libertário dos movimentos culturais, as manifestações por liberdade sexual, o crescimento da teologia da libertação, inclusive da teologia feminista, entre outros elementos contribuíram para essa vitalização.** A partir do Estado, emergem governos de perfil político populista e perfil econômico desenvolvimentista.

No plano internacional, é neste período que as mulheres surgem, pela primeira vez, como população destinatária de projetos de desenvolvimento. Como assinala Clara Murguialday (2009),

é a condição de mães pobres, que precisam de apoio para cuidar de seus filhos, que as insere nos projetos de desenvolvimento auspiciados pelas Nações Unidas (anos 60 - a primeira década do desenvolvimento), no marco de um modelo de desenvolvimento que priorizava o crescimento acelerado do produto nacional.



Os anos 50 e 60, no Brasil, são marcados pela intensificação das demandas e mobilizações sociais por novos direitos e por uma política soberana de desenvolvimento nacional, anunciando possibilidades de efetivar conquistas que resultassem numa melhor distribuição da riqueza. Ao mesmo tempo, o advento da pílula anticoncepcional e outras tecnologias hormonais de controle da fecundidade, prometiam às mulheres condições inéditas para o exercício da sexualidade.

Contudo, **em 1964 sobrevém o golpe militar, fortemente apoiado pelas forças mais conservadoras da igreja católica, abortando o processo de desenvolvimento social que se orientava ao bem-estar; de desenvolvimento econômico que se encaminhava para uma maior autonomia em relação ao centro capitalista; e de liberdade sexual, pautado pela emancipação das mulheres.**

Às possibilidades de maior liberdade no exercício da sexualidade, abertas pelos contraceptivos, sobrevém o autoritarismo das políticas de controle da natalidade. O único respiro nos anos de chumbo da ditadura veio já no final, com a aprovação, em 1977, da Lei do Divórcio, sancionada contra a vontade da Igreja Católica, que insistia em obrigar toda a sociedade submeter-se às suas exigências quanto à indissolubilidade do casamento, ou resignar-se a viver na marginalidade das relações de fato, sem proteção da lei.

Nas palavras de Jurema Werneck (2009),

imediatamente os métodos contraceptivos hormonais recém desenvolvidos foram apropriados pelas mulheres brancas do ocidente como principal instrumento daquilo que foi definido então como “revolução sexual”. No outro extremo, estes métodos abriram novas perspectivas para controle compulsório da fecundidade das mulheres negras, indígenas e asiáticas, para além da esterilização cirúrgica já à disposição.

No período da ditadura militar, várias agências de desenvolvimento internacionais começaram investir recursos no Brasil para as políticas de controle demográfico. Como assinala Murguialday (2009: 5), tais agências *não tardaram a identificar as mulheres como as responsáveis por limitar o tamanho de suas famílias e chegaram a propor que se poderia reduzir a pobreza simplesmente reduzindo a fertilidade, mediante a esterilização massiva e a difusão de tecnologias contraceptivas.*

Assim como no período colonial a estratégia de dominação pela miscigenação se ergueu sobre os corpos e a sexualidade das mulheres, nesse momento, com a “transição demográfica para o desenvolvimento” - eufemismo para nomear o autoritarismo das políticas de controle da natalidade - sucedeu o mesmo. **As mulheres negras, situadas nos estratos mais empobrecidos da população, foram o alvo principal dessas políticas autoritárias de controle da natalidade.**

No Brasil, a intervenção dessas agências internacionais deu-se à margem e com a omissão do Estado totalitário, e produziu resultados impressionantes em termos de redução da fecundidade<sup>3</sup>. As feministas em geral, e os movimentos de mulheres negras em particular, denunciaram com veemência o caráter autoritário desta política, o genocídio, a violação do direito das mulheres decidirem sobre a sua fecundidade e todo tipo de abusos cometidos por estes organismos internacionais, bem como reivindicaram a autonomia sobre os seus próprios corpos, seus direitos e os serviços públicos para a regulação da fecundidade, politizando o debate sobre sexualidade e reprodução humana.

O vigor do feminismo na sua movimentação pela saúde da mulher neste período, logo mais, no início dos anos 80, já mostraria seus primeiros frutos, com a proposição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, criado em 1983.

### As décadas finais do Século

**O processo de redemocratização nacional nos anos 80**, marcado pelo fim da ditadura militar e a realização da Assembléia Nacional Constituinte, veio acompanhado do agravamento da crise econômica no país, marcado pela inflação galopante.

A vitalidade política do processo Constituinte emanou da capacidade de mobilização e proposição de inúmeros movimentos sociais e sindicais que alargaram a esfera pública e conformaram a sociedade civil brasileira. Os movimentos feministas e de mulheres, assim como o movimento negro ganharam expressão e relevância e suas demandas por direitos iguais obtiveram as primeiras repercussões no âmbito da estrutura do Estado, que criou organismos próprios no âmbito da administração pública – o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e a Fundação Palmares, para lidar com tal desafio<sup>4</sup>.

---

3 Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de fecundidade caiu de 5,8 filhos por mulher em 1970, para 2,8, em 1991, chegando ao século XXI a 2,3 filhos.

4 O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher foi criado em 1985, com a finalidade de promover em âmbito nacional, políticas que visem a eliminar a discriminação da mulher, assegurando-lhe condições de liberdade e de igualdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do País, nos termos da lei federal 7353/85. Em 1988, através de Lei Federal, foi criada a Fundação Cultural Palmares cuja missão corporifica os preceitos constitucionais de reforço à cidadania, à identidade, à ação e à memória dos segmentos étnicos dos grupos formadores da sociedade brasileira, e o direito de acesso à cultura e a indispensável ação do Estado na preservação das manifestações afro-brasileiras. Tal Fundação se constituiu numa instituição vinculada ao Ministério da Cultura.



Do ponto de vista da agenda política dos movimentos de mulheres, relacionada à sexualidade e reprodução, foi fundamental que os argumentos feministas já tivessem, em meados da década de 80, bastante consistência para explicitar nossas propostas em relação ao planejamento familiar, à liberdade sexual e pelo fim da violência contra as mulheres.

Foi esta consistência que tornou evidente para os vários movimentos sociais e partidos políticos engajados no processo da Assembléia Nacional Constituinte, a centralidade da liberdade sexual e autonomia reprodutiva para a plena realização de nossas bandeiras pela igualdade de direitos e justiça social.

De modo que, apesar de termos uma bancada feminina muito pequena, e de não existir uma bancada feminista na Constituinte, nossas propostas, por serem coerentes com as estratégias emancipatórias sustentadas por várias forças políticas naquele momento, foram vitoriosas. A mobilização permanente do movimento de mulheres em torno dessa agenda, o papel catalisador desempenhado pelo recém criado Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, e a defesa sistemática desses direitos junto @os Constituintes (o chamado *lobby do batom*) foram essenciais.

Do lado oposto, as forças conservadoras e religiosas representadas na Constituinte (naquela época, quase que exclusivamente católica), que se opunham frontalmente aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, sofreram inúmeras derrotas. Uma das mais importantes, sem dúvida, foi a tentativa fracassada de incluir no texto constitucional dispositivo que inviabilizaria a realização do aborto em qualquer circunstância, inclusive naqueles dois casos previstos pelo Código Penal desde 1940 (gravidez resultante de estupro e risco de vida da gestante).

Os termos do novo pacto nacional, consolidado na Carta Magna, orientaram o país no sentido de superar as injustiças e reduzir a enorme dívida histórica, inclusive no que diz respeito às mulheres, negros e povos indígenas. Foram estabelecidos novos e avançados marcos em termos de direitos sociais, direitos civis e de soberania nacional. A igualdade entre homens e mulheres, a proibição de todo tipo de discriminação, o reconhecimento da união estável (entre homem e mulher, mantendo a negação da formação familiar também por pessoas do mesmo sexo) como entidade familiar; o reconhecimento da função social da maternidade, o direito ao planejamento familiar, o veto a políticas coercitivas de controle populacional, a garantia de que a saúde é direito de todos e dever do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS); os direitos dos trabalhadores, inclusive para as trabalhadoras domésticas (ainda que de forma diferenciada e incompleta), a demarcação das terras indígenas, a garantia da terra às populações remanescentes de quilombos, a criminalização do racismo, a garantia de desapropriação de terras para a reforma agrária, o

voto para os analfabetos, tudo isso estava consolidado no novo texto constitucional.

Sob o ponto de vista da afirmação dos direitos reprodutivos e sexuais, **os anos 90 foram de avanços**, ainda que não tão ousados quanto anunciavam os tempos da Constituinte.

Já em 1991, foi criada a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, como uma instância nacional de articulação política, que difunde os direitos das mulheres à saúde como um direito humano, a atenção integral à saúde das mulheres e a participação das mulheres no controle social da saúde, além de defender a legalização do aborto como decisão que compete às mulheres.

Neste mesmo ano é criado o primeiro serviço público municipal de atendimento aos casos de aborto legal, na cidade de São Paulo. E começa uma longa batalha, tanto em âmbito local quanto nacional, no Legislativo, no Executivo e no Judiciário, para garantir a oferta desse mesmo tipo em todo o país.

O movimento de mulheres negras, por sua vez, levantou e sustentou o debate da questão dos direitos reprodutivos sob a perspectiva racial, com a Campanha Nacional contra a Esterilização em Massa, denunciando a esterilização de mulheres negras como política de controle da natalidade e genocídio do povo negro.

Em 1993, como consequência destas demandas e das demais lutas feministas por direitos reprodutivos, foi instalada pelo Congresso Nacional, a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para Investigar a Esterilização Massiva de Mulheres no Brasil, presidida pela então deputada Benedita da Silva (PT-RJ). No ano seguinte, foi aprovada a Lei do Planejamento Familiar, com alguns vetos.

Em 1995, o movimento negro organiza a Marcha Zumbi dos Palmares a Brasília, marcando os 300 anos da morte do líder negro na Serra da Barriga. Com o desafio de priorizar os anseios e os interesses maiores da população afro-brasileira, através da formação de um amplo arco de força e aliança capaz de pautar a questão racial na agenda dos problemas nacionais<sup>5</sup>, a Marcha mobiliza 30 mil pessoas, que sustentam, entre outras exigências, as garantias para que:

negros e negras possam exercer a sua sexualidade e os seus direitos reprodutivos, controlando a sua própria fecundidade, para ter ou não ter os filhos que desejam, garantindo o acesso a serviços de saúde de boa qualidade, de atenção à gravidez, ao parto e às doenças sexualmente transmissíveis<sup>6</sup>

5 Trecho do documento apresentado ao Sr. Presidente da República do Brasil, Fernando Henrique Cardoso, em 20 de novembro de 1995, fruto da Marcha Zumbi dos Palmares, *contra o racismo, pela cidadania e pela vida*. [www.leliagonzalez.org.br/material/Marcha\\_Zumbi\\_1995\\_divulgacaoUNEGRO](http://www.leliagonzalez.org.br/material/Marcha_Zumbi_1995_divulgacaoUNEGRO).

6 Item 13 da Declaração acima citada.



Também em 1995, um grupo de parlamentares fundamentalistas, católicos e evangélicos, apresentou uma proposta de emenda constitucional para, outra vez, tentar criminalizar o aborto em qualquer circunstância. **Uma ampla campanha do movimento de mulheres, em todo o país, leva os conservadores a mais uma derrota fragorosa: o Plenário da Câmara dos Deputados, com 351 votos contra, 33 a favor e 16 abstenções rejeitou terminantemente, em abril de 1996, a PEC dos fundamentalistas.**

Em 1997, esse grupo conservador amargaria nova derrota, junto com os defensores do controle de natalidade, haja vista a derrubada dos 14 vetos presidenciais à Lei do Planejamento Familiar.

Vigilância, mobilização e pressão permanente dos movimentos de mulheres possibilitaram que em 1998, o Ministério da Saúde publicasse a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes - tal norma técnica foi revista em 2005. E, mesmo sem trégua dos fundamentalistas, em um período de nove anos (a contar da instalação do primeiro serviço em São Paulo, em 1989), foram implementados 17 serviços de aborto legal em oito cidades brasileiras<sup>7</sup>.

Na década de 90, às demandas dos movimentos de mulheres no plano nacional, somaram-se as articulações do feminismo no campo internacional, de modo que a incidência política sobre os acordos no âmbito das Nações Unidas teve resultados positivos tanto no âmbito global quanto interno. A mobilização no país fez avançar a legislação nacional. E, como vimos, novas políticas públicas e mecanismos foram desenhados para responder a essas exigências.

**Foi vitoriosa a disputa dos movimentos de mulheres com os segmentos conservadores das igrejas, que proibiam às mulheres o acesso às informações e aos meios para o controle da sua fecundidade.** Também fomos bem sucedidas na luta contra os grupos controlistas, que impuseram a esterilização massiva de mulheres e brigaram para manter medidas coercitivas neste campo.

### **No plano internacional**

Foi relevante a participação brasileira (governo e sociedade civil) no ciclo social de Conferências, realizado pelas Nações Unidas, e seus fóruns paralelos. A começar pela Conferência de Meio Ambiente e Desenvolvimento – Rio-92, onde a pujança da participação dos movimentos sociais, notadamente dos sócio-ambientalistas e feministas, pressionou o

---

7 DE OLIVEIRA, Guacira Cesar. "Direito ao Aborto em Debate no Parlamento". Brasília: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e Centro Feminista de Estudos e Assessoria. p. 45. 1995.

governo brasileiro, que assumiu posturas avançadas e de liderança durante todo o Ciclo.

Em se tratando de direitos sexuais e reprodutivos, foi de enorme importância a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994. Confrontando as políticas autoritárias e controlistas, o Plano de Ação aprovado afirmou o direito de todos os casais e pessoas a decidirem livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e o momento de ter filhos, e de tomar decisões relativas à reprodução livre de discriminação, coerção e violência.

Em nível interno, a Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995, foi especialmente relevante. No processo de debate e mobilização política para essa Conferência, se constituiu a Articulação de Mulheres Brasileiras – AMB, como um movimento importante de luta pelos direitos das mulheres, inclusive no campo da sexualidade e da reprodução.

Destaca-se, também, a liderança dos movimentos de mulheres negras e a articulação dos vários movimentos de mulheres e feminista para visibilizar as desigualdades entre mulheres brancas, negras e indígenas, o que leva o governo brasileiro a assumir uma postura pró-ativa na inserção desta questão na Plataforma de Ação Mundial aprovada na China.

A abordagem e a recomendação de medidas para enfrentar as discriminações de gênero e raça, de maneira multidimensional, entretanto, só viriam a ser contemplada anos mais tarde, quando da realização da Conferência Mundial sobre o Racismo e a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerância Correlata (Durban, 2001), que foi outro processo internacional que adquiriu grande relevância política no Brasil, mobilizando o movimento negro brasileiro sob a incontestável liderança das mulheres negras. Em 2000, é criada a Articulação Nacional de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras, com a missão de

promover a ação política articulada de ONGs de mulheres negras brasileiras, na luta contra o racismo, o sexismo, a opressão de classe, a homofobia e outras formas de discriminação, contribuindo para a transformação das relações de poder e construção de uma sociedade igualitária.

Contudo as decisões dos anos 90 em termos de afirmação de direitos, tanto no âmbito nacional quanto das Nações Unidas, estiveram totalmente divorciadas das decisões macro-econômicas. De maneira que a adoção do receituário neoliberal afrontou os princípios de direito consagrados pela Assembléia Nacional Constituinte; assim como a formação da Organização Mundial do Comércio (OMC) e as decisões do Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional



(FMI) em nada foram coerentes com os Planos de Ação internacionais firmados nas Nações Unidas no âmbito do Ciclo Social de Conferências.

## 5. Começamos o século XXI

Sentindo os impactos produzidos pela adoção do modelo neoliberal, o novo século aponta para: resultados medíocres em termos de crescimento econômico, todos eles a custo da recessão social.

O país submeteu-se às condicionalidades impostas pelas Instituições Financeiras Multilaterais (IFMs) para o ajuste estrutural. E houve uma deterioração inequívoca das condições de vida da população brasileira. Mas como demonstram vários estudos feministas e anti-racistas, vistos sob a perspectiva de gênero e étnico-racial, **os impactos da crise econômica e das políticas neoliberais sobre a vida das mulheres e da população afrodescendente, em especial as mulheres negras, foi muito mais intenso.**

No marco das políticas neoliberais, o estreitamento cada vez maior das possibilidades de ascender ao padrão de trabalho formal, estável, em tempo integral veio acompanhado dos ajustes fiscais. A contenção de gastos públicos e a mercantilização da saúde, previdência, assistência social e educação infantil, prejudicaram severamente as mulheres. A precariedade de tais serviços públicos teve de ser compensada na esfera doméstica, gerando sobrecarga que recaiu com maior força sobre aquelas mulheres que não tinham recursos para comprar serviços ou adquirir mercadorias para aliviar o peso da dupla jornada. Ou seja, novamente, estamos falando de um contingente composto em sua maioria por mulheres negras.

Na década que sucedeu à Constituinte, a contradição evidente entre a maior concentração da riqueza (viabilizada pela adoção do modelo neoliberal) e a democratização política, conduziu a processos de mudança. E os movimentos de mulheres tiveram uma atuação expressiva com vistas à transformação social.

Em 2002, dez instâncias nacionais do movimento somaram esforços e mobilizaram um grande ciclo de debates em todo o país para a construção da *Plataforma Política Feminista*, que foi aprovada na Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras. Dos desafios apontados pelas mulheres e feministas que aprovaram a plataforma, em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, destacamos<sup>8</sup>:

---

8 **Plataforma Política Feminista**, páginas 56 a 58. Brasília: CFEMEA, 2002. Disponível no website da Articulação de Mulheres Brasileiras: [www.articulacaodemulheres.org.br](http://www.articulacaodemulheres.org.br). A



- a garantia da laicidade do Estado – respeitando todas as formas de manifestação religiosa e não permitindo que elas interfiram na liberdade sexual e no exercício dos direitos reprodutivos por meio da ingerência sobre as políticas públicas;
- o reconhecimento a todas as pessoas do direito de constituir diferentes modalidades de família. No âmbito do Legislativo, apoiar e reconhecer a união civil registrada entre pessoas do mesmo sexo e legitimar sua opção de constituir uma família, com ou sem filhos;
- o comprometimento com a luta pelos direitos civis, sociais, sexuais e reprodutivos de lésbicas, gays, travestis, transexuais, bissexuais e transgêneros;
- o reconhecimento do direito das mulheres de ter ou não ter filhos, garantindo o acesso a serviços públicos e conveniados de qualidade em concepção e/ou contracepção, ampliando e universalizando efetivamente o direito à informação e aos serviços de excelência em saúde. Os serviços privados devem garantir, da mesma forma, qualidade e informação e devem estar sob o controle do Sistema Único de Saúde (SUS);
- o reconhecimento da descriminalização e legalização do aborto como um direito de cidadania e uma questão de saúde pública;
- a capacitação dos/as profissionais dos serviços públicos de saúde para a prevenção de DST/AIDS entre lésbicas, entre mulheres que fazem sexo com outras mulheres e entre mulheres heterossexuais;
- a promoção e difusão de estudos e pesquisas visando ampliar a compreensão sobre a influência da violência doméstica e sexual na liberdade sexual e reprodutiva e na saúde da mulher;
- a reformulação e fortalecimento dos programas de educação sexual nas escolas, adotando a perspectiva da historicidade das relações de gênero para superar a visão biologizante e determinista que vem sendo dada à temática da sexualidade.

A eleição de Lula à Presidência da República, em 2002, catalisou a insatisfação popular com a ordem estabelecida. Entretanto, frente à crise, a opção do governo foi constituir um espectro de alianças amplo para governar. Para além das forças democrático-populares, que ao longo dos anos promoveram a sua candidatura, o governo Lula optou por atrair e incorporar ao seu leque de alianças forças à direita, originárias de pequenos partidos políticos (fisiológicos e clientelistas); lideranças religiosas conservadoras (católicas e evangélicas); e do empresariado (setor financeiro, industrial e agro-negócio).



As alianças com esses grupos, evidentemente, implicaram negociações de vários matizes, republicanas e não republicanas, para usar o termo da moda. Nessa esteira, agendas da extrema direita que haviam perdido fôlego nos anos recentes de democracia começaram a ganhar sopro novo e se reacenderam no debate, como por exemplo, a redução da maioria penal; a instituição da pena de morte; a ilegalidade do aborto em qualquer caso; a criminalização dos movimentos sociais.

Frente ao novo governo, os movimentos de mulheres e feminista se mobilizaram e pressionaram o poder legislativo e executivo, exigindo garantias e medidas concretas para proteger e promover os direitos sexuais e reprodutivos e conseguiu alguns avanços importantes neste sentido, durante o primeiro mandato do presidente Lula (2003-2006).

Foram criados, em 2003, pela primeira vez, um organismo governamental no primeiro escalão para promover a igualdade racial, e outro para tratar das políticas públicas para as mulheres. Em seguida, convocadas as conferências nacionais para discutir as diretrizes das políticas de promoção da igualdade racial (2005) e para as mulheres (2004).

Destacamos ainda: a) a discussão e negociação no processo da Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres do que viria a ser o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres; b) a proposição por organizações feministas do anteprojeto e todo debate sobre a Lei Maria da Penha (que visa enfrentar e combater a violência doméstica contra as mulheres); c) a decisão da Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres de priorizar a revisão da legislação punitiva sobre o aborto; o debate e a elaboração de anteprojeto de lei para a legalização do aborto por uma Comissão Tripartite convocada pelo Governo Federal; d) a definição de um Plano Nacional de Saúde da População Negra em diálogo com o movimento negro; além de uma série de declarações do presidente Lula e de seus ministr@s sobre a necessidade de se compreender o tema da legalização do aborto como questão de saúde pública e reconhecendo a obrigação do Estado em promover a saúde das brasileiras.

Por outro lado, as lideranças políticas religiosas, conservadoras e fundamentalistas, muitas delas ligadas a oligarquias regionais, bastante conhecedoras e promotoras da forma patrimonialista como o Estado brasileiro historicamente tem operado, obtiveram vantagens na distribuição de cargos políticos e recursos públicos para favorecer seus interesses particulares e privados e o de suas clientelas; e crescer em termos de poder político dentro do próprio governo.

Em troca, @s parlamentar@s desse grupo asseguraram ao governo federal apoio, fidelidade, sem questionamentos, às propostas que o governo encaminhava ao Congresso Nacional,

mesmo quando se tratava de medidas anti-populares. O exemplo clássico foi a reforma da previdência social. Havia críticas e resistência dentro do próprio campo democrático popular mas, por parte do grupo de fundamentalistas, houve apenas anuência da proposta.

Estes grupos foram tão agraciados pelo poder, que chegaram a eleger para a Presidência da Câmara, o deputado Severino Cavalcanti (PP-PE), que pouco depois teve de renunciar ao mandato para evitar a cassação, imerso que estava em toda a sorte de corrupção e falcatruas.

Vári@s parlamentares desse mesmo perfil (com base religiosa, conservadora, fundamentalista) também estiveram envolvidos em situações semelhantes. Foram tantos os escândalos que, na eleição seguinte de 2006 não chegou a 30% o número de parlamentares evangélicos deste grupo que conseguiram reeleger-se. De todas as maneiras, estes episódios não comprometeram o acesso as isenções fiscais, a convênios e outras formas de acesso aos recursos públicos pelas organizações que dão sustentação política ao governo.

Além da conjuntura nacional favorável ao crescimento desse tipo de liderança política fundamentalista, no cenário internacional, a escolha do novo papa, Bento XVI foi também um elemento importante, dado que confirmou e reforçou a orientação do Vaticano contra os direitos sexuais e reprodutivos.

Foi no esteio desses acontecimentos, que se multiplicaram os projetos de lei para criminalizar, punir, restringir, cercear, controlar a sexualidade feminina e a reprodução humana. Prosperaram barbaridades do tipo: penalizar a prática do aborto com penas mais severa do que as previstas para o crime de estupro; registro compulsório de gravidez no SUS para o controle das gravidezes das brasileiras, disque-denúncia aborto, proibição da prática do aborto em qualquer caso (mesmo risco de vida das mulheres), “bolsa-estupro” para dissuadir as mulheres de realizarem o aborto no caso de gravidez fruto de violência sexual; para citar alguns exemplos.

Paralela e contraditoriamente, o Presidente da República, fez alguns pronunciamentos contundentes sobre a relação do Estado Brasileiro com a Igreja Católica, obedecendo ao princípio da laicidade; @s ministros da Saúde (José Gomes Temporão) e Casa Civil (Dilma Roussef), assim como as Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres (Nilcéia Freire) e da Igualdade Racial (na época, Matilde Ribeiro) e o secretário de Direitos Humanos (Paulo Vanucchi) reverberaram os mesmos discursos sobre saúde pública e direito a saúde das brasileiras.

Mas foi no segundo mandato do presidente Lula que os efeitos nefastos desta aliança do governo com os segmentos conservadores e fundamentalistas ficaram mais evidentes. A estratégia patrimonialista – de usar os bens públicos para promover os privilégios e interesses



privados – funcionou mais uma vez. “Bem tratados” dentro do governo, estes senhores adquiriram recursos públicos e visibilidade política para multiplicar suas forças e, com o apoio de suas igrejas, influenciarem a sociedade com discursos conservadores e demandas repressoras contra os direitos sexuais e reprodutivos.

É de salientar a união singular e inédita entre as facções mais conservadoras das religiões católica, evangélica e espírita no Brasil, quanto aos assuntos relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos e, sobretudo ao direito de escolha da mulher sobre o seu corpo. Como representantes de religiões Cristãs nas suas vertentes mais conservadoras, defendem a vida desde a concepção até à morte natural. O movimento da Igreja católica, direcionado pela Moratória do Aborto lançada em janeiro 2007 coincidente com a Conferência Episcopal dos Bispos do Brasil e nos Estados Unidos (2008) às quais atendeu o Papa Benedetto XVI (Ratzinger), inicia um movimento que se reflete na vida política brasileira, como podemos observar pela criação de várias Frentes Parlamentares anti-direitos. A Frente Parlamentar Contra a Legalização do Aborto pelo direito à vida criada em Abril de 2007 antecede outras duas que se formam meses depois.

A combinação conservadora, quase teocrática, entre fidelidade religiosa e política, resultou em sucesso eleitoral. A estratégia de campanha da direita, tão atraente, paulatinamente foi sendo adotada inclusive por candidaturas do chamado campo democrático e popular, de maneira que empunhar e sustentar a bandeira dos direitos sexuais e reprodutivos, para alguns políticos, passou a ser um grande problema, ao invés de um compromisso político.

Parlamentares de esquerda, inclusive, assumiram a liderança de manifestações contra os direitos sexuais e reprodutivos, a coordenação de frentes parlamentares contra o aborto, e são autores de proposições para perseguir e criminalizar as mulheres que realizam aborto, além de outras que afrontam o princípio da laicidade do Estado; fato é que das proposições legislativas acompanhadas pelo CFEMEA no tema do direito ao abortamento, a maior parte das propostas reacionárias são de autoria de parlamentares do Partido dos Trabalhadores e do Partido Verde, bem como de partidos da base governista como o Partido Republicano e o Partido Progressista.

Ao contrário do que havia acontecido antes, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, lançado em março de 2008, já não incorporou decisão quase unânime da II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres em relação à revisão da legislação punitiva sobre o aborto. Na Câmara dos Deputados, foi rejeitado por duas importantes Comissões Técnicas, o projeto de lei para descriminalizar o aborto e, intensificou-se à perseguição e criminalização das mulheres que recorreram a essa prática, a partir de uma estratégia articulada por esse grupo anti-direitos:

de batidas em clínicas, apreensão de prontuários ou fichas médicas de mulheres que passam a ser utilizados como prova para a condenação de uma prática social exercida desde sempre pelas mulheres.

## 6. Indicando próximos passos

A luta dos movimentos de mulheres por direitos sexuais e reprodutivos é radical e por nós entendida como parte de uma agenda democrática de direitos. Reconhecer as mulheres como sujeitos políticos éticos capazes de tomarem decisões sobre seus projetos de vida é essencial se defendemos uma sociedade inclusiva e com cidadania plena para as mulheres.

No momento em que os movimentos de mulheres apresentam suas reivindicações dentro de um marco de direitos, afirma-se um patamar mínimo sobre o qual devem sustentar-se as relações sociais. **Exige-se do Estado e, portanto, das instituições do Poder Público, garantias para que todas e cada uma das pessoas possam exercer livremente seus direitos sexuais e reprodutivos, situados no marco político-conceitual dos direitos humanos.**

Reconhecemos que tod@s não dispõem das mesmas possibilidades e condições para acessar e exercer nossos direitos, dadas a intensidade como atingem a cada um@ de nós os processos históricos de opressão, discriminação, dominação e exploração; temos aspirações e desejos diferentes, posto que são diversas as nossas raízes culturais, étnicas e religiosas; valorizamos e enfatizamos a livre escolha e autonomia das pessoas.

O reconhecimento de que há várias formas de opressão imbricadas na vida real de cada pessoa e nos diferentes grupos sociais a que pertencemos implica assumir, também, que os seres humanos, e os grupos a que pertencemos, têm necessidades diferenciadas de recursos e possibilidades distintas de convertê-los em qualidade de vida e cidadania.

Ademais, há situações agudas, de profundas e longas raízes históricas de privação e impotência, para as quais a distribuição equitativa de recursos é necessária, mas insuficiente para o alcance de uma vida digna. Por isso, é preciso dispensar atenção especial e apoio efetivo para superar os obstáculos enfrentados, por exemplo, pelas mulheres em vários contextos, pelos povos indígenas em quase todo o mundo, pelos afrodescendentes em sociedades de passado escravagista, como a nossa.

É dever do Poder Público garantir à cidadania direito universal, igual, com justiça e respeito à diversidade. Direito universal que, entretanto, só se realiza se houver alta sensibilidade para o



pluralismo e a diferenciação cultural, o que implica produzir a universalidade através das fronteiras interculturais, enfrentando a herança colonialista que sustentou a dominação na construção da superioridade branco-caucasiana e, por outro lado, na inferioridade de todas as demais culturas e seus povos, pela racialização.

Não esqueçamos ainda, que a construção da universalidade, com base na diversidade, requer a transformação da própria sociedade, no sentido de reconhecer a luta por igualdade, liberdade, oportunidade e bem estar social empreendida por vários movimentos em contextos sociais adversos, lidar com as diferenças e os conflitos que estão latentes e os que são evidentes, assegurando patamares diferenciados à cidadania para acesso ao Estado e a suas instituições e no limite à vida digna (Paixão, 2003).

E, para voltar à insígnia do *Nosso Corpo, Nosso Território*:

(...) o corpo é um desses “saberes impertinentes” que ampliam os referenciais de transformação, e a partir dele recupera-se a diversidade de formas de existência das mulheres (e de todos os seres humanos), e é possível articular as dimensões de raça, classe, gênero, orientação sexual, identidade e expressão, idade e capacidade física, como parte de um mesmo sistema de dominação. Por isso, é urgente uma nova re-conceituação do corpo e sua dimensão política, recuperando seu marco de emancipação para, a partir daí, analisar de que forma ele é impactado pelas forças excludentes da economia neoliberal, pelo militarismo e pelos diversos fundamentalismos. (Manifesto por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, 2006: 11)

## Referências Bibliográficas

ÁVILA, Betânia. **Os Direitos Sexuais Devem Ser uma Pauta Constante do Feminismo.** Entrevista concedida à Jacira Melo. Em: *Jornal da RedeSaúde*. Numero 24: dezembro 2001.

CAMURÇA, Silvia. **Nós Mulheres e nossa experiência comum.** Em: *Reflexões Feministas para a Transformação Social*. Cadernos de Crítica Feminista. Ano I, número 0 – dez. 2007, SOS CORPO: Recife.

CORRÊA, Sônia. **Gênero e Sexualidade: deslocando o debate da margem para o centro.** Em: *Jornal da RedeSaúde*. Numero 24: dezembro 2001.

\_\_\_\_\_. **Cruzando a Linha Vermelha: questões não resolvidas no debate sobre direitos sexuais.** Em: *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 101-121, jul./dez. 2006.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero.** In Revista Estudos Feministas. p. 171-188. Florianópolis: cfh/cce/UFSC. vol 10 n1/2002.

DE OLIVEIRA, Guacira Cesar. **"Direito ao Aborto em Debate no Parlamento"**. Brasília: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e Centro Feminista de Estudos e Assessoria. p.45. 1995.

IZQUIERDO, M.J. **Sexo, género e indivíduo. El sistema sexo/género como marco de análisis.** citação da página 34. Disponível em: cv.ehu.es.

MANIFESTO **por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos.** Da *Campanha pela Convenção dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos*. São Paulo, Católicas pelo Directo de Decidir: 2006

MURGUIALDAY, Clara. **Estratégias y enfoques para incorporar a las mujeres al desarrollo.** Disponível em: cv.ehu.es. Acesso em abril de 2009.



PAIXÃO, Marcelo. **Desenvolvimento humano e relações raciais**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003.

**Plataforma Política Feminista**, páginas 56 a 58. Brasília: CFEMEA, 2002. Disponível em: [http://www.articulacaodemulheres.org.br/amb/adm/uploads/anexos/Plataforma\\_Poltica\\_Feminista.pdf](http://www.articulacaodemulheres.org.br/amb/adm/uploads/anexos/Plataforma_Poltica_Feminista.pdf). Acesso em abril de 2009.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina**. Disponível em: [http://fundacion.proeibandes.org/bvirtual/docs/quijano\\_colonialidad.pdf](http://fundacion.proeibandes.org/bvirtual/docs/quijano_colonialidad.pdf). Acesso em abril de 2009.

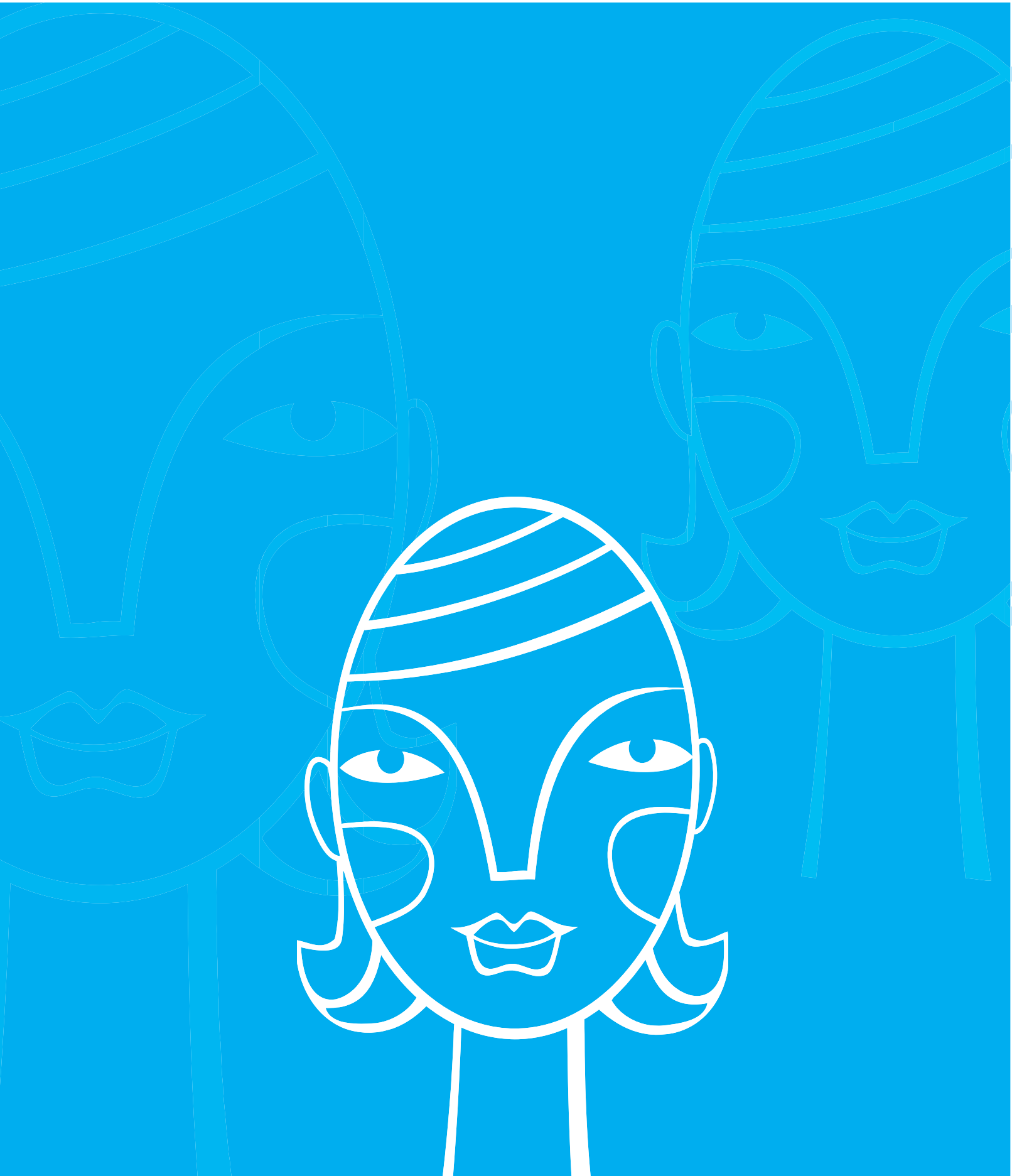
SEGATO, Rita Laura. **Santos e Daimones – o politeísmo afro-brasileiro e a tradição arquetipal**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1995.

SOARES, Gilberta. **Direitos Sexuais como Direitos Humanos: um convite à reflexão**. Em: *Jornal da RedeSaúde*. Numero 24: dezembro 2001.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. UNFPA, Brasília: 2004.

WERNECK, Jurema. **Ou belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias**. Disponível em: [http://www.criola.org.br/artigo\\_ou\\_o\\_belo\\_ou\\_o\\_puro.pdf](http://www.criola.org.br/artigo_ou_o_belo_ou_o_puro.pdf). Acesso em abril de 2009.







# PARTE II

## Legislação, Políticas Públicas e histórico dos Direitos Reprodutivos no Brasil

**Carmen Hein de Campos**



## CAPÍTULO I

---

# Conceitos de Saúde Reprodutiva e sua abrangência

## 1- Contexto: Direitos reprodutivos no Brasil

No início do século XX, o debate político em torno da fecundidade constitui-se em um campo de construção da cidadania feminina, pelo mundo a fora. As discussões em torno da maternidade, aborto e contracepção referiam-se ao controle sobre o corpo, fecundidade e saúde. Daí a afirmação de Ávila (1993: 382) de que: “a noção sobre os direitos reprodutivos é uma idéia construída na modernidade, a partir da prática política das mulheres em torno de sua demanda na esfera reprodutiva”. Segundo a autora, o conceito redefine o pensamento feminista sobre a liberdade reprodutiva.

No Brasil, no entanto, os temas da reprodução e da sexualidade não inauguraram a primeira pauta do feminismo contemporâneo brasileiro. A conjuntura política e a luta pela redemocratização do país fizeram com que as questões sobre sexualidade e reprodução ficassem estrategicamente de fora do discurso feminista emergente (Barsted, 1997:397).

É com a promulgação da Lei da Anistia, em 1979 e com a volta de muitas feministas ao país, que se inaugura o debate em torno dos direitos reprodutivos. O slogan “*Nosso Corpo nos Pertence*”, o tema do aborto e da contracepção expressam a luta política das mulheres pela autonomia reprodutiva e sexual.

“**Nosso corpo nos pertence**” define a idéia de reapropriação do próprio corpo. O slogan “se ancora no reconhecimento de que o corpo de cada uma/um é o lugar primeiro da existência humana, lugar a partir do qual ganham sentido as experiências individuais no cotidiano e nos processos coletivos da história” (Ávila e Correa, 1996).

A conjuntura política e a luta pelos direitos sociais fizeram com que o tema da reprodução fosse trabalhado em paralelo à questão da saúde da mulher.

## Direitos reprodutivos nos anos 80 – aborto e sexualidade

Se os temas reprodutivos emergem na década de 70, é nos anos 80 que o debate em torno do aborto e da sexualidade ganha força. Nos anos 1990, a essa agenda é incorporada a questão da concepção, do exercício da maternidade e das novas tecnologias reprodutivas. (Ávila e Correa, 1996).

Para Suely Costa (2002:313), as lutas feministas pelos direitos reprodutivos redefinem o ideal do igualitarismo, ao estenderem o direito de controle da concepção a todas as mulheres. Segundo a autora, esse ideal de igualitarismo revela um novo patamar da consciência dos direitos reprodutivos - direitos iguais para mulheres desiguais e de gênero no país.

Ainda segundo a mesma autora, nos anos 80 esse ideário se reforça. **“Ao proclamarem o específico feminino como o direito a não-reprodução e ao prazer, as mulheres reviam o padrão anterior de maternidade e inauguravam conceitos explícitos sobre reprodução.”** (2002-313)

Nesse período, grupos autônomos feministas (integrados por feministas não vinculadas ao Estado) são formados em todo o país e lutam pela implantação do PAISM (Programa de Assistência à Saúde Integral da Mulher), requerendo do Estado um papel mais ativo. O PAISM “define-se a partir de 1983 como um campo de lutas feministas pelos direitos reprodutivos” (Costa, 2002:314). O Programa formulado pelo Ministério da Saúde pretendeu incorporar as reivindicações e as idéias feministas sobre assistência à saúde reprodutiva e sexual.<sup>9</sup>

Segundo Ávila, nessa inclusão se configurariam dois importantes aspectos em relação ao conteúdo dos direitos reprodutivos:

- sua associação com a luta por liberdades democráticas e
- sua estreita conexão com a saúde das mulheres.

Em 1985, o termo **“direitos reprodutivos”** é amplamente utilizado pelas feministas e, referia-se principalmente à **contracepção, esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde**. Segundo a autora, essa configuração marcou a segunda década dos direitos reprodutivos no país.

---

9 O PAISM é tratado nos capítulos III e IV desta publicação.



## Direitos reprodutivos para as mulheres negras

O tema da esterilização dominava tanto o debate entre as feministas como o cenário político. Por um lado, a discussão em torno de uma idade mínima para o consentimento e por outro, a visão de que a regulação significaria uma intromissão do Estado em assuntos referentes às liberdades individuais.

A introdução, pelas mulheres negras, da questão racial como fator indissociável das discussões sobre as condições sociais e de classe em que a esterilização era realizada no país, tornou o debate ainda mais complexo. **As mulheres negras traziam para a análise da saúde informações sobre essa parcela da população feminina que detinha os maiores índices de mortalidade materna, maiores dificuldades no acesso à saúde, e que era alvo preferencial da política de esterilização que estava concentrada nas regiões norte e nordeste (regiões de maior densidade de população negra).**

Conforme lembra Edna Roland (1995:511), a taxa de fecundação das mulheres pardas em 1980 era de 4,1% e passou a 2,3%, em 1990. Durante esse período, os programas com objetivo de reduzir a fecundidade eram dirigidos ao Nordeste. Segundo a autora, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, já em 1986 mostravam uma tendência a uma prevalência da esterilização nos estados do Norte e Nordeste do Brasil, onde “coincidentalmente” é maior o peso da população negra. Em 1991, a esterilização de mulheres no Nordeste era de 62,9%. Tudo isso colocava as mulheres negras em uma situação de maior vulnerabilidade no campo da saúde.

Dados atuais da PNAD (2007) revelam que, embora a fecundidade tenha caído em todas as regiões, o descenso deu-se de forma diferenciada. Em 1992, a maior taxa de fecundidade foi registrada no Nordeste e em 2007, na região Norte. No entanto, esses valores já estão próximos à taxa de reposição. A pesquisa demonstra a continuidade da diminuição da taxa de fecundidade total no Brasil para abaixo do nível da reposição, estando hoje em 1,83 filhos por brasileira. A mesma queda se observa entre as adolescentes, em todo o país. Conforme o mesmo estudo da PNAD (2007), as maiores quedas entre as adolescentes, também foram observadas nas regiões do Nordeste e Sul do país.

## Direitos reprodutivos – políticas públicas

Feministas autônomas (integrantes de ONGs ou militantes independentes) demandavam mais políticas públicas de saúde e mudanças na legislação no campo dos direitos reprodutivos.

Segundo Ávila (1993:387), a proposta dos Direitos Reprodutivos significa “um confronto político acirrado que se situa nos campos da ética, da moral e das relações de classe, gênero e raça”.

Em 1986 é realizada a primeira e única Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Ativistas feministas e representantes do Estado convergem suas posições em torno da questão do aborto provocando um embate com setores religiosos.

A luta formal pela garantia dos direitos estabelecida pela instituição da Assembléia Nacional Constituinte em 1987 também opôs, de um lado, as organizações e movimentos feministas, sob coordenação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), e de outro, a Igreja Católica e os grupos controlistas (Ávila:1993:385). As lutas pelos direitos reprodutivos e políticas sociais avançavam. **O aborto vai se constituir no grande divisor de águas entre as feministas e a Igreja. Ao rebater as propostas de descriminalização do aborto, a Igreja Católica luta pela hegemonia social de um discurso moral.**<sup>10</sup>

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), criado em 1985, foi um organismo importante na defesa dos direitos reprodutivos, cuja atuação junto ao Ministério da Saúde, na articulação com organizações da sociedade civil e na publicação de documentos e cartilhas referentes à saúde reprodutiva foi decisiva para a definição das políticas públicas para as mulheres (Ávila:1993:385). Como parte dessa atuação, em 1986, o CNDM organiza em Brasília, um encontro nacional de mulheres onde é aprovada a “*Carta das Mulheres aos Constituintes*”. A Carta trazia as reivindicações das mulheres em diversos campos, afirmando o marco da igualdade entre homens e mulheres.<sup>11</sup>

No campo da saúde, a Carta atribuía responsabilidade ao Estado pela saúde das mulheres e exigia o reconhecimento dos direitos reprodutivos como o de escolher livremente o número de filhos e de contar com as informações necessárias para o exercício desse direito.

A luta pela saúde reprodutiva das mulheres conectava-se com a luta por um sistema de saúde universal, igualitário e gratuito. A consagração na Constituição Federal do Sistema Único de Saúde – SUS – fundado nos princípios da universalidade, igualdade, gratuidade, descentralização, atendimento integral e participação da comunidade- representou uma conquista para a cidadania e um novo paradigma no campo da saúde pública. **A saúde torna-se um dever do estado e um direito humano de todas as pessoas, independentemente de cor, raça, religião ou local de moradia.**<sup>12</sup>

---

10 Durante os debates constituintes outras igrejas também participaram das discussões sobre o aborto, mas o papel preponderante coube à Igreja Católica.

11 Ver a Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes no anexo I, ao fim desta publicação.

12 A consagração na Constituição Federal do SUS e seus princípios são explorados no Capítulo II desta publicação.



Apesar da proclamação igualitária do direito à saúde, as desigualdades étnico-raciais e sociais interferem diretamente no acesso a esses serviços. Daí a necessidade de elaborar políticas públicas que possam diminuir o impacto da desigualdade social.

Nesse sentido, em 2007 foi aprovada pelo Conselho Nacional da Saúde (2007), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, cujo objetivo é combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, bem como promover a equidade em saúde, da população negra. Essa política nacional elaborada pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) é fruto das reivindicações dos movimentos de mulheres e homens negros contra as discriminações sofridas pela população negra no Brasil.

## 2- Incorporando conceitos e direitos - Cairo, Viena, Pequim

Os direitos reprodutivos integram também a agenda internacional das mulheres e obtém prioridade na discussão dos organismos da ONU. Nesse sentido, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 e a Conferência Internacional de Viena, em 1995 são consideradas dois marcos importantes dessa discussão.

**A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994)** representou o *turning point* na discussão sobre demografia e economia. Deslocou a discussão sobre as políticas populacionais para os direitos humanos, do bem estar social e igualdade de gênero. Deslocou também a discussão do planejamento familiar para as questões da saúde e direitos sexuais e reprodutivos (Correa, 2003:1). A forte presença dos movimentos sociais, dentre eles os movimentos feministas, fez com que o debate sobre os direitos reprodutivos das mulheres adquirisse um novo patamar.

Nesse sentido, o Programa de Ação elaborado nessa Conferência Internacional<sup>13</sup>, dispõe:

“Os direitos reprodutivos abarcam um certo conjunto de direitos humanos reconhecidos pelas leis nacionais, tratados internacionais e documentos internacionais de direitos humanos. Esses direitos repousam no reconhecimento básico de todos os casais e pessoas de decidir livre e responsavelmente o número, o espaçamento e o momento de ter filhos e de obter a informação

---

13 Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, Egito, 1994, parágrafo 7.3.



e os meios para realizá-lo, bem como o direito de atingir o mais alto padrão de saúde reprodutiva. Isto inclui o direito de tomar todas as decisões relativas à reprodução livre de discriminação, coerção e violência, expressos nos documentos de direitos humanos”.

Um ano após a Conferência de Cairo, é realizada a **IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (1995)**, que incorpora as discussões de Cairo e define ainda mais explicitamente a relação entre sexualidade e reprodução. A Plataforma de Ação de Pequim consagra, em seu parágrafo 97:

“Os direitos humanos da mulher incluem seu direito a ter controle sobre aspectos relativos à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem estar sujeita à coerção, discriminação ou violência.”

Os dois documentos consensuais assinados nas Conferências de Cairo e Pequim explicitamente afirmam a natureza integral desses direitos específicos como direitos humanos. Ambos os documentos englobam uma gama de direitos que conformam o campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

Como destaca Ventura (2001:14), *“a atual concepção dos direitos reprodutivos não se limita à proteção da reprodução. Ela vai além, defendendo um conjunto de direitos individuais e sociais que devem interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e reprodução humana”*.

Dessa forma, os direitos sexuais e reprodutivos englobam um conjunto de direitos, dentre os quais:

- O direito à vida, liberdade e segurança;
- O direito à saúde, saúde reprodutiva e planejamento familiar;
- O direito de decidir o número de filhos e seu espaçamento;
- O direito ao consentimento e igualdade no casamento;
- O direito à privacidade;
- O direito de ser livre de discriminação;
- O direito de não ser submetida à tortura ou outro tratamento cruel, desumano e degradante;



- O direito de não sofrer violência sexual;
- O direito de usufruir do progresso científico e de consentir submeter-se à experimentação científica.

De modo geral, os direitos reprodutivos podem ser divididos em duas categorias de direitos:

- o direito à saúde reprodutiva e
- o direito à auto-determinação reprodutiva.

### 3 - Direitos Reprodutivos e Sexuais

#### Direitos Reprodutivos: Direito à saúde sexual e reprodutiva

A definição de saúde reprodutiva da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1988 está assim elaborada:

A saúde é definida pela Constituição da OMS como sendo 'o estado pleno de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade'. A saúde reprodutiva, no contexto desta definição positiva, seria formada por uma série de elementos fundamentais. Pressuporia a possibilidade de as pessoas reproduzirem e regularem sua fecundidade; pressuporia também que as mulheres tenham uma gestação e parto seguros; e que aquele processo reprodutivo resultasse em bebês e crianças com expectativa de sobrevivência e bem-estar. A isso se poderia acrescentar a possibilidade de as pessoas manterem relações sexuais seguras e prazerosas.

Essa definição foi adotada e ampliada no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo 1994) da seguinte forma:

A saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, ou enfermidades, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. **A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem.** Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso

a métodos de planejamento familiar que sejam seguros, eficazes e acessíveis. Pressupõe-se também que eles tenham acesso a outros métodos de regulação da fecundidade, que sejam de suas escolhas e que não sejam contra a lei, assim como o direito ao acesso a serviços de saúde adequados e que ofereçam aos casais as melhores chances de terem um filho saudável.

Segundo a professora Rebecca Cook (2004:12), esse conceito de saúde reprodutiva oferece uma abordagem completa e integral dos cuidados com a saúde relacionados à reprodução. “Ela situa as mulheres no centro do processo e reconhece, respeita e atende as necessidades das mulheres e não apenas as necessidades das mães”.

Conforme salienta Cook (2004:12-13), “nessa mesma linha define-se a área da saúde reprodutiva como sendo um conjunto de métodos, técnicas e serviços que influenciam a saúde reprodutiva e o bem-estar das pessoas através da prevenção e solução de problemas de saúde. O conceito de saúde reprodutiva também inclui a saúde sexual, cujo propósito é a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das relações pessoais, e não apenas a orientação e o tratamento de questões ligadas à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis.”

Ainda segundo a autora, **a saúde reprodutiva não se restringe a uma preocupação de saúde física, ela também deve ser tratada como uma questão de desenvolvimento e de direitos humanos**. Nesse sentido, argumenta a autora que a saúde reprodutiva é um aspecto fundamental do bem-estar da vida das mulheres. A ausência de um acesso seguro a serviços de saúde de qualidade torna a saúde reprodutiva das mulheres vulnerável à morte ou suscetível a danos durante o parto, a uma gravidez não desejada ou a doenças sexualmente transmissíveis.

### **Direitos Reprodutivos: Direito à autodeterminação reprodutiva**

O direito à autodeterminação reprodutiva está baseado em três direitos inter-relacionados:

- O direito de planejar a própria família (direito ao planejamento reprodutivo/planejamento familiar);
- O direito de tomar uma decisão reprodutiva livre de interferência;
- O direito de ser livre de todas as formas de violência, discriminação e coerção que afetam a saúde sexual e reprodutiva da mulher.



Os tratados internacionais definem o direito ao planejamento familiar como o direito de determinar livre e responsabilmente o número de filhos e o espaçamento entre eles (ou seja, o momento de ter filhos) e de ter informação e os meios necessários para exercer esse direito. O direito ao planejamento da própria família origina o dever do Estado de assegurar que homens e mulheres tenham igual acesso a métodos contraceptivos, aos serviços e informações sobre saúde reprodutiva.

**O direito de não sofrer interferência na decisão reprodutiva** relaciona-se ao princípio da autonomia corporal e integridade física. Este princípio tem raízes no respeito à dignidade humana, nos direitos de liberdade e segurança da pessoa e no direito à privacidade.

**O direito à autonomia reprodutiva ou auto-determinação reprodutiva** implica o direito de estar livre de todas as formas de violência e coerção que afetam a vida sexual e reprodutiva das mulheres. A violência contra a mulher é uma violência baseada no gênero que frequentemente resulta em agravo sexual que afeta especificamente a capacidade sexual e reprodutiva das mulheres. Por isso, os direitos sexuais e reprodutivos reconhecem explicitamente o direito das mulheres realizarem suas próprias escolhas reprodutivas.

Na América Latina, a necessidade de afirmar os direitos sexuais e reprodutivos instituídos no marco normativo internacional motivou a realização de uma Campanha para a elaboração de uma Convenção Interamericana dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. A Campanha iniciou em 1999 com um conjunto de organizações feministas da América Latina e Caribe. O Cladem, o CFEMEA, a Rede Feminista de Saúde, as Católicas pelo Direito de Decidir, dentre outras organizações, integram a Aliança Regional de ONGs pela criação de uma Convenção específica sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos. Esta Aliança Regional tem efetuado ações no sentido de chamar a atenção dos governos (incluindo o brasileiro) e da Organização dos Estados Americanos (OEA) para a urgência da realização dessa Convenção.

## Direitos sexuais

Ana Paula Portella (2003:45) lembra que **a estreita relação entre direitos sexuais e reprodutivos limita o desenvolvimento dos direitos sexuais e termina por conceituar a sexualidade como dependente da reprodução**. Durante muito tempo os direitos sexuais foram tratados como subordinados aos direitos reprodutivos. Como afirma a autora, essa dependência reverte as proposições feministas de dissociar a sexualidade da reprodução. Adverte Ávila (2003:26)

que os “direitos sexuais e direitos reprodutivos - ainda que se relacionem - devem ser vistos como campos autônomos.” Afinal, diz a autora, “gastaram-se décadas - talvez séculos - para separar moralmente a relação entre sexualidade e reprodução e não se pode correr o risco de se atrelar uma a outra.”

Os direitos sexuais dizem respeito ao exercício da sexualidade de todas as pessoas. Referem-se também ao direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações, independentemente de sexo, gênero, orientação sexual, idade, raça, classe social, religião, deficiência mental ou física. Incluem o direito de receber educação sexual ampla e sem preconceito, exercer a sexualidade independentemente da reprodução e praticar sexo com segurança e proteção, inclusive com a opção pelo não exercício.

Embora inter-relacionados, tanto do ponto de vista conceitual quanto político, é importante a separação entre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Como salienta Ávila (2003:178) “a reprodução é o resultado da relação sexual, mas a determinação obrigatória entre sexualidade e reprodução não é biológica, é social.”

O livre exercício da sexualidade é uma dimensão da vida humana tão importante quanto a reprodução. Reconhecer a autonomia sexual da mulher é garantir que seu exercício seja livre e, portanto, desvinculado da reprodução. Por isso, as políticas públicas dirigidas às mulheres devem preocupar-se com essa dupla dimensão da cidadania.

É dentro desse contexto político e social de luta pela redemocratização política de um lado e da internacionalização dos direitos reprodutivos de outro, que os movimentos de mulheres e feministas se organizam na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos.<sup>14</sup>

---

14 Veja a análise da importância e do papel decisivo desses movimentos sociais nesse processo no capítulo IV desta publicação.



## CAPÍTULO II

---

# O que nos diz a Constituição Federal de 1988

## 1- Contexto

A Constituição de 1988 foi fruto de um grande debate político social que contou com a participação ativa e efetiva dos movimentos de mulheres<sup>15</sup>, sendo um marco político-normativo no campo dos direitos fundamentais, com inegável importância para os direitos reprodutivos.

O texto constitucional assim institui um novo marco normativo no campo dos direitos fundamentais e sociais. A referência explícita à dignidade, à liberdade, à autonomia (reprodutiva), à saúde, ao acesso aos métodos contraceptivos e tecnologias reprodutivas disponíveis, ao direito à informação, dentre outros, definem os novos parâmetros jurídicos para a saúde das mulheres. Esses novos direitos expressos nos princípios e garantias fundamentais passam a reger todos os poderes, e servem de guia para a elaboração das políticas públicas governamentais e para o processo de criação de leis.

Especificamente no âmbito da saúde, a Constituição atua como uma fonte irradiadora para diretrizes das políticas públicas e programas governamentais, executados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A sistemática integrada de atendimento à saúde no país, formando o conhecido SUS - Sistema Único de Saúde, contém um ineditismo e um planejamento que permite, com a descentralização das ações, o acesso universal ao direito.

---

15 O Capítulo IV desta publicação traz mais informações sobre a intervenção política no processo constituinte.

Este foi, em si, um avanço formal para a cidadania brasileira. No entanto, os entraves para tornar efetivos os direitos são outra dimensão a ser enfrentada. Isso, inclusive, justifica e motiva a luta dos movimentos sociais pela garantia do exercício efetivo dos direitos assegurados legalmente.

No Título II da Constituição, que trata sobre os Direitos e Garantias Fundamentais e no Título VIII, sobre a Ordem Social, encontramos os princípios, diretrizes e a conformação dos direitos que alicerçam o discurso por uma saúde sexual e reprodutiva que contemple os interesses legítimos das pessoas. Nesse contexto, foram construídos discursos e argumentos pela autonomia individual e coletiva das mulheres sobre o tema.

A seguir, são indicados alguns dos princípios e direitos que constam no texto constitucional e que se relacionam diretamente com os direitos sexuais e reprodutivos para que possamos, cada vez mais, nos apropriar desses conteúdos e assim aprimorarmos nossas intervenções políticas fundamentadas nos mesmos.

## 2- Princípios e direitos fundamentais

### A) Direito à dignidade da pessoa humana.

A dignidade humana é um princípio e um direito fundamental previsto em nossa Constituição. O princípio da dignidade humana assegura uma esfera de autonomia e de integridade moral que deve ser respeitada por tod@s. Desse princípio decorre o direito de planejar o momento de constituir família, isto é, planejar quando e quantos filh@s ter. Do direito à dignidade emana também o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, o que inclui o direito de autonomia pessoal relacionada aos assuntos que dizem respeito apenas à pessoa, como é o caso da reprodução e orientação sexual.

Além do princípio da dignidade humana, os direitos reprodutivos também estão associados aos direitos estabelecidos no caput do artigo 5º:

*“Todos são iguais perante a lei sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”*

O estabelecido no caput e incisos do artigo 5º é um dos pilares da nova Constituição, pois informa quais os direitos e garantias fundamentais de toda a pessoa. Entre outros ressalta o



direito à igualdade, liberdade, a proibição da tortura, a inviolabilidade da vida privada e da imagem e o acesso à informação. Esses direitos fundamentais são considerados *cláusulas pétreas*, isto é, não podem ser objeto de revogação nem por emenda constitucional, já que são a essência do Estado Democrático de Direito.

Além disso, conforme a regra constitucional disposta no § 1º do artigo 5º, os direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata, o que significa dizer que não dependem de outros direitos ou de legislação específica para sua validade e eficácia jurídica.

### **B) Direito à vida.**

A vida é protegida como um direito, incluindo aí o direito à integridade física e mental e como um valor constitucional, do qual emana o amplo dever do Estado de protegê-la. O direito à vida inclui o direito de ter acesso à saúde e a procedimentos médicos para salvar ou impedir danos à integridade física e mental das mulheres. Nesse sentido, a negação ao abortamento seguro significa uma violação do direito à vida das mulheres.

### **C) Direito à liberdade.**

O direito à liberdade implica um direito de ação ampla, restrito apenas pela lei segundo a qual “ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei” (inciso II do art. 5º). Desse amplo direito à liberdade emana também o direito das mulheres de decidir livremente sobre a sua reprodução. O direito à liberdade assegura ainda a inviolabilidade de manifestação da consciência e crença (incisos VI e VIII), o exercício do trabalho (inciso XIII), o direito de locomoção (exceto em tempo de guerra, inciso XV), de associação (inciso XVII), de não ser preso a não ser em flagrante ou por ordem judicial (inciso LXI) e de não ser privado dos bens sem devido processo legal (inciso LIV).

Dessa forma, o direito fundamental à liberdade reconhece às mulheres o livre exercício para decidir sobre a sua procriação. No entanto, é pressuposto desse exercício livre a capacidade de escolha. Para isso, o direito à informação e acesso aos métodos de anticoncepção e novas tecnologias deve ser assegurado. A liberdade de escolha fica comprometida sem a informação necessária para o seu exercício.

### **D) Direito à segurança.**

Inclui não apenas o direito à segurança urbana, mas também o direito de acessar



medicamentos, tratamento ou procedimentos médicos quando a vida, ou a saúde física e mental da mulher estão em perigo. Assim sendo, incluiu-se no conceito amplo de segurança o direito ao acesso seguro a procedimentos médicos que as mulheres necessitam.

### **E) O direito à saúde**

É um importantíssimo direito social diretamente relacionado aos direitos reprodutivos. Diz o artigo 6º da Constituição:

“São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”

O direito à saúde engloba também o bem estar de forma ampla, não sendo mais entendido apenas como a ausência de doença ou como o direito à assistência médica. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como sendo “o estado pleno de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Nessa linha, a saúde, como bem-estar é um dos componentes para o exercício dos demais direitos, sendo um direito de tod@s e um dever do Estado.

A norma constitucional estabelecida no artigo 196 concebe a saúde como: “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Conforme a previsão constitucional do artigo 198, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, que por sua vez obedece aos princípios da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma grande conquista dos movimentos sociais, incluindo os movimentos feministas. Durante o debate constituinte, particularmente no capítulo referente à saúde, as feministas lutaram para que o SUS integrasse o texto constitucional como um importante instrumento para a saúde das mulheres. A visão da saúde como um direito e um dever do Estado, tal como a do acesso universal, integral e participativo, significava uma nova visão no campo da saúde pública e uma preocupação com todas as mulheres. Na



perspectiva feminista, a integração das políticas públicas de saúde da mulher na própria concepção do SUS, de forma a atingirem a universalidade, transversalidade e igualdade, objetivava atingir o maior número de mulheres e em todos os lugares do país. Isso possibilitava o acesso à saúde de populações femininas historicamente negligenciadas em suas especificidades, como as mulheres negras, as rurais e indígenas.

O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pela Lei 8.080/90 que, em conformidade com os dispositivos constitucionais, estabelece em seu artigo 2º que: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” e reconhece que fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais funcionam como seus condicionantes. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde acolhe a definição de saúde da OMS, pois a entende de forma ampla, como um bem-estar social.

Suas principais diretrizes e princípios são: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e pessoal; igualdade de assistência à saúde, sem discriminação ou privilégios de qualquer espécie; o direito à informação; a participação da comunidade e a descentralização com ênfase para os municípios.<sup>16</sup>

---

16 Conforme o artigo 7º da Lei 8.080/90 que preceitua:

“ As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

## F) Proteção à maternidade e paternidade responsável.

A proteção à maternidade é um direito social amparado no artigo 6º da Constituição<sup>17</sup>.

A maternidade é uma importante função reprodutiva e social exercida pelas mulheres. A sua proteção significa o reconhecimento dessa função social nas áreas da saúde, previdência e assistência social. É dever do Estado assegurar essa proteção através de medidas concretas capazes de evitar a mortalidade e morbidade maternas. A proteção à maternidade significa assegurar às mulheres um atendimento qualificado neonatal, no parto e pós-parto.

Além disso, o artigo 208 da Constituição Federal prevê o direito à creche e pré-escola. Esse é um importante direito social com implicações no campo do direito reprodutivo, pois garante o exercício ao trabalho, dá tranquilidade reprodutiva às mulheres e acesso à educação e assistência às crianças.<sup>18</sup>

Igualmente, o **Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**, assegura às crianças absoluta prioridade no exercício do direito à educação, sendo dever do Estado e da sociedade assegurar esse direito. Através da creche e da pré-escola esse elementar direito das crianças, de zero a seis anos, pode ser exercido.

O direito à creche e pré-escola é, de longa data, uma das mais importantes reivindicações feministas. Prover creches para @s filh@s de mães trabalhadoras é dever do Estado e das empresas privadas, conforme previsto constitucionalmente. Além disso, é fator de não discriminação para as mulheres. Sabe-se que a ausência de creches atinge mais fortemente as mulheres mais pobres que não podem pagar por creches particulares. Em geral, o Estado não fornece esses equipamentos sociais, deixando as mulheres em situação de preocupação por não terem com quem deixar seus filh@s durante o período de trabalho. Essa omissão do Estado e negligência das empresas privadas é passível de responsabilidade jurídica. O direito constitucional à educação, exercido através da creche e da pré-escola não pode ser usurpado das crianças, tampouco afastado por razões de ordem econômica. Assim, o Estado e as empresas privadas são obrigados a oferecerem creches e pré-escolas aos filhos das trabalhadoras ou oportunizarem o acesso a elas.

A licença paternidade é igualmente um valioso direito social previsto na Constituição. Seu objetivo é estimular a participação e responsabilidade masculina com a procriação, ampliando a noção do cuidado com @s filh@s como uma responsabilidade de tanto homens como

---

17 Também está incluída na organização da Previdência Social, inciso II do artigo 201 e na garantia da assistência social prevista no inciso I do artigo 203.

18 Encontre mais informações sobre a proteção à maternidade no capítulo III desta publicação.



das mulheres. Para efetivamente incentivar essa responsabilidade, é importante que seja ampliada, beneficiando a criança com a presença paterna logo após o nascimento ou adoção por mais tempo.<sup>19</sup>

### **G) Planejamento familiar**

O planejamento familiar é um direito das mulheres assegurado pelo § 7º do artigo 226 da Constituição Federal. Funda-se nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade e maternidade responsáveis. É definido como a livre decisão do casal, impondo ao Estado o dever de propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

*Embora o texto constitucional fale em livre decisão do casal, esse deve ser entendido como livre decisão da pessoa. As inúmeras formas que as famílias são compostas atualmente não admitem falar apenas em decisão do casal. Assim, o texto deve ser lido em harmonia com os outros princípios constitucionais, expandindo esse direito para além da concepção tradicional de família.*

Relacionado ao planejamento familiar ou, mais adequadamente, ao planejamento reprodutivo, está o livre exercício da sexualidade. Garantir o planejamento familiar significa compreender que esse não se refere apenas ao momento de ter filh@s, mas também a possibilidade de não os ter, isto é, a uma vida sexual sem compromisso reprodutivo. Além disso, o exercício da sexualidade livre de qualquer coação requer o respeito absoluto às escolhas das mulheres, ou seja, respeito à sua orientação e/ou desejo sexual.

Como vimos, os direitos fundamentais aqui elencados têm uma grande importância para o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Não há livre exercício da sexualidade ou da reprodução quando algum desses direitos é violado ou cerceado. São esses direitos que fundamentam a legislação infraconstitucional, objeto de análise do próximo capítulo.

---

19 Tramitam no Congresso Nacional diversas proposições legislativas sobre o tema, como a Proposta de Emenda Constitucional (PEC 349/2009) que amplia a licença-paternidade para 15 dias.

# Os Direitos sexuais e reprodutivos e o marco normativo-legal

## 1- Contexto

No capítulo anterior, vimos que a Constituição Federal, ao inaugurar um novo marco normativo, impõe que as demais leis estejam em harmonia com o texto constitucional. Nesse capítulo, vamos tratar de algumas leis relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos que compõem o marco legal desses direitos juntamente com a Constituição.

O Congresso Nacional, que por determinação constitucional é quem elabora as leis, não pode legislar violando os direitos constitucionais das mulheres. Consequentemente, toda e qualquer lei que busque restringir ou revogar um direito fundamental não pode ser objeto de proposição legislativa. Portanto, embora o Congresso Nacional detenha o poder de elaborar leis, ele não pode fazê-lo contrariando os direitos previstos na Constituição.

Passamos a comentar as principais normas infraconstitucionais relacionadas aos direitos reprodutivos, bem como alguns dados relacionados à execução de políticas públicas. Ao final do capítulo, apresentamos um quadro explicativo sobre as normas jurídicas aqui tratadas (por ordem cronológica), bem como outras vinculadas ao tema.

## 2- Na Lei

### A) Proteção à Maternidade

A proteção à maternidade está garantida na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) nos artigos 391 a 400. A CLT foi a primeira consolidação de leis trabalhistas dirigida à proteção d@s trabalhadores. Aprovado em 1943, por decreto do Presidente Getúlio Vargas, o Decreto-Lei nº 5452 passou a regular as relações de trabalho entre empregad@s e empregadores. O **artigo**



**391** da CLT veda a dispensa da mulher quando esta se encontre grávida ou tenha contraído matrimônio e prevê cláusulas contratuais que restrinjam o trabalho da mulher em virtude da gravidez ou matrimônio.

Ainda nesse sentido, a **Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995**, de natureza penal, proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho. A proibição inclui a exigência de teste, exame, perícia, laudo, atestado, declaração ou qualquer outro procedimento relativo à esterilização ou estado de gravidez; indução ou instigamento à esterilização, controle de maternidade, dentre outras situações. Embora a Constituição proíba qualquer tipo de discriminação, observou-se que muitas empresas estavam exigindo exames de comprovação de gravidez, violando a autonomia reprodutiva feminina. A legislação sancionou penalmente ditas condutas, demonstrando claramente que sua violação terá conseqüências de natureza criminal.

O **artigo 392** da CLT garante, com redação dada pela **Lei nº 10.421**, de 15 de abril de 2002 a licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário. O parágrafo 4º do mesmo artigo, acrescentado pela **Lei 9.799/99**, garante à empregada, durante a gravidez, sem prejuízo de salário e demais direitos, transferência de função, quando as condições de saúde o exigirem; retomada da função anteriormente exercida e dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de consultas médicas e exames complementares. Foi ainda criado o artigo 392 "A" que estendeu a licença-maternidade à mãe adotiva.

O **artigo 393** estipula que durante a licença maternidade a mulher terá direito ao salário integral, isto é, não que não possa haver redução salarial. Em caso de salário variável, esse será calculado de acordo com a média dos 6 últimos meses de trabalho.

O **artigo 395** estabelece o direito ao repouso remunerado de duas semanas em caso de aborto não criminoso, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função anterior. A Lei 8.921, de 25 de julho de 1994, retirou a expressão "não criminoso" apenas do artigo 131 da CLT, para não considerar falta ao trabalho em todos os casos de abortamento e vedou a licença em caso de aborto ilegal.

O **artigo 396** estabelece o direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, para amamentar o filho, até que ele complete meio ano de vida. Esse intervalo para amamentação é uma proteção à maternidade e um direito à alimentação e bem estar da criança. Significa dizer que toda a mulher trabalhadora tem direito a dois intervalos de trinta minutos, durante a sua jornada de trabalho, para alimentar o seu bebê, até que ele complete seis meses de idade.

O **artigo 399** prevê a concessão de diploma pelo Ministro do Trabalho aos empregadores que se distinguirem pela organização e manutenção de creches e de instituições de proteção aos menores em idade pré-escolar.

Já a **Lei 11.804, de 5 de novembro de 2008**, disciplina o direito a alimentos gravídicos e seu exercício. A redação do 2º artigo da Lei informa que tais alimentos compreendem “os valores suficientes para cobrir as despesas adicionais do período de gravidez e, que sejam desta, decorrentes, da concepção ao parto, inclusive os gastos referentes à alimentação especial, assistência médica e psicológica, exames complementares, internações, parto, medicamentos e demais prescrições preventivas e terapêuticas indispensáveis, a juízo do médico, além de outras que o juiz considere pertinentes”.

O objetivo da lei é garantir a partilha das responsabilidades relativas à saúde da gestante evocando a responsabilidade paterna pelo satisfatório desenvolvimento da gestação, arcando o pai também com parte das despesas decorrentes da gestação. Sabe-se que, não raras vezes, os homens se recusam a assumir sua responsabilidade pela gravidez. Nesse sentido, a lei busca reforçar o compromisso com a paternidade desde o princípio da gestação. Confirmada a paternidade, o juiz pode fixar os alimentos gravídicos e após o nascimento, esses alimentos são convertidos em pensão alimentícia.

A legislação referente à proteção à maternidade reconhece que a maternidade cumpre uma função social e, portanto, não diz respeito apenas às mulheres, mas a toda a sociedade. Proteger a maternidade através de leis específicas que impeçam a dispensa da trabalhadora gestante ou a redução de seu salário, que garantam sua estabilidade no emprego, que proíbam discriminações dirigidas apenas às mulheres, como a exigência do atestado de gravidez, dentre outros, é garantir o exercício da reprodução livre de qualquer coerção. Incentivar a criação de creches e instituições pré-escolares é compreender que a reprodução não deve ser um fardo para as mulheres, mas uma preocupação a ser compartilhada por todos em benefício da sociedade.

## **B) Licença -maternidade**

Instituída por decreto em 1934 com o auxílio-maternidade, a licença maternidade é hoje um direito constitucional. O pagamento da licença-maternidade previsto na CLT foi modificado pela **Lei 8.861, de 23 de março de 1994**. Antes, ficava a cargo do empregador pagar o benefício, sendo posteriormente ressarcido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Atualmente, a beneficiária deve se cadastrar para receber o benefício. A Lei ampliou o leque do



benefício, estendendo-o às trabalhadoras urbanas, rurais e domésticas e o salário-maternidade às pequenas produtoras rurais e às trabalhadoras avulsas. Se o cadastramento, por um lado, poderia trazer alguma dificuldade para as mulheres, por outro evita o descumprimento da obrigação por parte do empregador.

O salário-maternidade é pago às mulheres contribuintes da Previdência Social por ocasião do parto. Todas as trabalhadoras que mantenham vínculo empregatício ou que contribuam para a Previdência como avulsas ou pagantes individuais têm direito a este benefício. Também as trabalhadoras rurais têm direito ao salário-maternidade, na condição de seguradas especiais. A duração do salário-maternidade é a mesma da licença-maternidade: 120 dias. Às trabalhadoras domésticas também é assegurado o direito à licença-maternidade.

Importante também é a garantia no emprego da trabalhadora grávida que não poderá ser despedida, a não ser por justa causa, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

A **emenda constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998**, ao modificar o sistema da previdência social, limitou o valor máximo do benefício da licença-maternidade ao regime geral da previdência, em R\$ 1.200,00 revisto periodicamente. No entanto, o Supremo Tribunal Federal entendeu que o artigo 14 da Emenda Constitucional citada (nº 20/98) não se aplica à licença-maternidade, devendo a previdência social integralizar o benefício quando este ultrapassar o valor fixado.<sup>20</sup>

Mais recentemente, o Presidente Lula sancionou a **Lei 11.770, de 09 de setembro de 2008**, que permite às trabalhadoras de empresa privadas ampliar a licença para seis meses, desde que a empresa tenha aderido ao Programa Empresa Cidadã.<sup>21</sup>

As feministas pontuam que a Lei traz mais prejuízos que benefícios às mulheres. Lena Lavinas, professora associada do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, argumenta que “não se trata de uma escolha das mulheres amamentar por mais tempo, mas de um incentivo fiscal dado a empresas que lograrem instituir essa norma para todas as suas funcionárias. A mistificação do seio materno vai para o colo dos que disciplinaram o trabalho. Agora poderão disciplinar o comportamento materno no que tange ao aleitamento.”<sup>22</sup> Na mesma linha,

20 O Supremo Tribunal Federal, no julgamento da Ação Direta de Constitucionalidade no. 1.946-DF, em 23.04.2003, decidiu excluir a aplicação do artigo 14 da Emenda Constitucional No. 20/98 por ferir o XVIII do art. 7º, no que se refere ao salário da licença à gestante.

21 A nova Lei Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991.

22 Artigo de Lena Lavinas publicado na Folha de São Paulo intitulado Cortina de Fumaça, “Ver Folha de São Paulo, 09/09/2008.



Natalia Mori, diretora do Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), comenta que a extensão em dois meses do período de licença-maternidade pode prejudicar a estabilidade no emprego da gestante. Segundo Mori, “pelo projeto, o tempo de estabilidade no emprego, cinco meses, será menor que o tempo da licença, o que deixará as mães que trabalham mais desprotegidas e suscetíveis à demissão”.<sup>23</sup>

Além disso, a crítica feminista lembra o elevado índice de informalidade no mundo do trabalho. A licença-maternidade beneficia quem está no trabalho formal enquanto a maioria, que realiza trabalho informal, não dispõe de nenhum recurso para lidar com a situação da pós-maternidade. Existe o risco de criar um direito para apenas um grupo de trabalhadoras em detrimento das outras. Uma parte das mulheres terá licença de quatro meses; parte terá licença de quatro meses se cumprir carência; parte não terá licença alguma; e, por fim, uma quarta parte terá licença de seis meses. Quanto maior o número de categorias de beneficiadas, maior será a dificuldade de universalizar esse direito.<sup>24</sup>

A Lei, ao procurar aumentar a licença-maternidade para seis meses, dilui a responsabilidade entre o Estado e as empresas, já que é feita através de estímulo econômico, deixando a adesão a critério puramente fiscal. Por outro lado, a implantação da lei para o setor privado depende de renúncia fiscal a ser incorporada no orçamento, o que não foi feito no exercício de 2008. Para o setor privado a nova Lei só irá entrar em vigor em 2010, pois não foi incluída no orçamento a renúncia fiscal decorrente da prorrogação da licença-maternidade.

### C) Amamentação

A amamentação é um direito de toda a criança e de toda a mãe. A Constituição estabelece, por exemplo, que às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação. Os **artigos 389, 396 e 400 da CLT** estabelecem a obrigatoriedade das empresas de manterem local apropriado para as mães amamentarem os filhos, até seis meses de idade. A lei prevê a extensão do prazo quando a saúde do filho exigir.

O descumprimento da norma constitucional resulta na violação do direito e na consequente responsabilidade das empresas e do Estado. No que se refere às mulheres presas, o Estado tem

---

23 Entrevista de Natália Mori concedida a Agência de Notícias. Online: [www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/10/19/materia.2007-10-19.5684318300/view](http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/10/19/materia.2007-10-19.5684318300/view)

24 Artigo de Natalia Mori e Myllena Calasans publicado no jornal Correio Braziliense em 24 de outubro de 2007. Disponível também em [http://www.direitos.org.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=4058](http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=4058) acesso em 17.04.2009



a obrigação de disponibilizar um espaço para que as mães amamentem seus filhos. A obstaculização desse direito, por qualquer razão, implica na responsabilidade jurídica do Estado por violação do direito da criança e da proteção à maternidade.

#### D) Parto

A **Lei 11.108, de 07 de abril de 2005**, garantiu o direito de acompanhante junto à parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. **A aprovação da legislação foi fruto da luta de organizações feministas, dos movimentos de humanização do parto e de profissionais de saúde que há muito trabalham para a redução da mortalidade materna durante o parto e pós-parto.** Sabe-se que a presença de acompanhantes no parto oferece muitas vantagens à saúde física e emocional para a mãe, bebê e família, entre eles a maior satisfação materna com o processo do parto, trabalhos de partos mais curtos, taxas mais baixas de partos cirúrgicos, menores taxas de demanda por analgesia, além de constituir fator para o melhor tratamento às parturientes. Um dos graves problemas referentes aos direitos reprodutivos das mulheres está relacionado aos altos índices de morte materna no país por causas evitáveis. O número insuficiente de leitos ou a superlotação de hospitais fazia com que os serviços de saúde impedissem que a parturiente pudesse ser acompanhada durante todo o processo do parto por alguém de sua confiança, tal como marido, companheir@, mãe, amig@, parenta, parteira etc.

Além disso, a **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**, estabeleceu o direito da gestante de saber em que maternidade será atendida no âmbito do Sistema Único de Saúde, isto é, o direito de saber em que maternidade o parto será realizado e para onde a gestante será transferida, em caso de complicações durante o mesmo. A lei tem por objetivo prevenir a morte materna e infantil por falta de atendimento adequado durante o parto ou em caso de alguma complicação. Muitas mulheres correm risco de morte<sup>25</sup> quando as maternidades não dispõem de equipamentos necessários para o atendimento de problemas ocorridos durante ou logo após o parto e necessitam ser transferidas. Além disso, obter informação antecipada é medida de tranquilidade para as mulheres e sua família.

---

25 Um exemplo foi o caso de Alyne da Silva Pimentel que morreu no Hospital Geral de Nova Iguaçu, devido a problemas durante o sexto mês de gravidez. Além da negligência médica, a maternidade não dispunha de equipamento adequado para tratar das complicações surgidas. O caso de Alyne está sendo analisado pelo Comitê CEDAW (ONU) que monitora o cumprimento da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

## E) Planejamento familiar

A **Lei nº 9.263, de 02 de janeiro de 1996**, conhecida como a Lei do Planejamento Familiar, regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal. Ela define o planejamento familiar e estabelece penalidades para médicos e gestores de saúde que não notifiquem esterilizações realizadas, induzam ou instiguem e exijam atestados de esterilização para qualquer fim.

A **referida lei** define o planejamento familiar no **art. 2º** como “um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.” Aspecto positivo da definição é que ela se refere aos direitos da mulher e do homem, separadamente e não apenas à família, além de proibir a utilização da esterilização para fins de controle demográfico.

O princípio do atendimento integral à saúde da mulher está resguardado no **artigo 3º da Lei** e obriga o Sistema Único de Saúde ao oferecimento de serviços de saúde referentes: à assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao neonato; ao controle das doenças sexualmente transmissíveis, e ao controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

O **artigo 4º** estabelece que o planejamento familiar se oriente por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Significa dizer que, todos esses meios e técnicas devem estar disponíveis e acessíveis no Sistema Único de Saúde, criando uma obrigação de prestação de serviços por parte do Estado.

O **artigo 10º** da Lei enuncia os critérios para a realização da esterilização cirúrgica entre homens e mulheres, tais como: a capacidade civil plena e idade mínima de 25 anos, ou pelo menos, dois filhos vivos, isto é, idade mínima de 18 anos e dois filhos, ou 25 anos, independentemente do número de filhos; observação do período de 60 dias entre a manifestação do desejo de esterilização e sua realização, bem como aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. O prazo de 60 dias, segundo Tânia Lago, foi instituído para oportunizar uma reflexão por parte de homens e mulheres, evitando-se um posterior arrependimento.<sup>26</sup> Também é critério justificável para a realização da esterilização o risco à vida ou à saúde da mulher ou do conceito, mediante relatório atestado por dois médicos.

---

26 Entrevista de Tania Lago a Drauzio Varella. Disponível em: <http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/laqueadura2.asp>. Acesso em 17.04.2009.



O consentimento livre e informado também é condição necessária para a realização do processo cirúrgico. Entretanto, é discutível o dispositivo legal que determina que na vigência da sociedade conjugal, a esterilização dependerá do consentimento expresso de ambos os cônjuges. Particularmente, esta determinação é um empecilho para a auto-determinação reprodutiva das mulheres face às desigualdades de gênero vigentes na sociedade brasileira. Em caso de desacordo, o cônjuge interessado deverá recorrer ao Poder Judiciário para obter a autorização. A melhor opção, nesse caso, é a autorização face ao princípio da autonomia reprodutiva e do livre desenvolvimento da personalidade.

O **parágrafo 6º do artigo 10** veda expressamente a esterilização em pessoas absolutamente incapazes, sem expressa autorização judicial. A esterilização em pessoas relativamente capazes dependerá da sua capacidade de discernimento para a decisão reprodutiva. Se houver dúvida quanto a essa capacidade de consentimento esclarecido, a esterilização não poderá ser realizada, exceto com autorização judicial.

A lei ainda veda a exigência de atestado de esterilização ou teste de gravidez para qualquer fim, obriga a notificação compulsória da esterilização e determina que os gestores do SUS cadastrem e fiscalizem as instituições que realizam os serviços e pesquisas na área do planejamento familiar.

Embora a Lei não faça referência expressa aos direitos das pessoas portadoras de deficiência, essa omissão é suprida pela **Lei Nº 7.853, de 24 de outubro de 1989**, que dispõe sobre os direitos da pessoa com deficiência, que têm direito à proteção à maternidade, conforme artigo 2º da referida lei.

Outra omissão da Lei do Planejamento Familiar refere-se ao atendimento às/aos adolescentes, já que faz apenas menção à idade legal para a esterilização cirúrgica. No entanto, em que pese à omissão legislativa, o pleno direito ao atendimento e acesso à informação, meios, métodos e técnicas é decorrente dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana da Constituição Federal e do Estatuto da Criança e do Adolescente garantidos às/aos adolescentes. Portanto, o direito à saúde e, informação sobre a saúde é direito inalienável de toda a pessoa, adulta ou em desenvolvimento.

### **F) Reparação da mama e prevenção de câncer**

A **Lei nº 9.797, de 06 de maio de 1999**, instituiu a obrigatoriedade da realização da cirurgia plástica reparadora de mama pelos integrantes do Sistema Único de Saúde nos casos de

mutilação decorrente do câncer de mama. Posteriormente, a **Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001**, a alterou para incluir essa cirurgia nos planos privados de saúde.

A cirurgia plástica para a reparação da mama é uma importante medida dirigida à saúde física e mental das mulheres, já que se destina a reverter grandes mutilações causadas pela retirada de tumores além de ter um efeito importante na recuperação de traumas psicológicos e da auto-estima. Além disso, auxilia na reintegração da mulher ao trabalho e à sua vida familiar e conjugal.

A **Lei 11.664, de 29 de abril de 2008**, garante o exame citopatológico do colo uterino (papanicolau) a todas as mulheres que já tenham iniciado a vida sexual, independentemente da idade, bem como o exame de mamografia a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade.

Essa legislação é muito importante para prevenção da saúde da mulher no que se refere aos dois principais tumores que podem comprometer a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Além disso, segundo a Lei mencionada, as ações de saúde que visam garantir a proteção integral à saúde da mulher devem ser acompanhadas de ampla divulgação e trabalho educativo para a prevenção, detecção e tratamento, controle e seguimento pós-tratamento dessas doenças.

### **G) Violência contra a mulher**

A **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**, instituiu a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendida nos serviços de saúde públicos ou privados. Através da Portaria 2.406, de 05 de novembro de 2004, instituiu o serviço e o fluxo da notificação compulsória da violência contra a mulher. O objetivo da Lei é dimensionar, através dos serviços de saúde, a magnitude da violência, o perfil das vítimas e autores de violência e contribuir para a formulação de políticas públicas direcionadas ao problema.

Importante medida, com reflexos sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a notificação é obrigatória e sigilosa. O objetivo da notificação é determinar a dimensão dessa violência para nortear as ações de saúde. Em caso de violência sexual, além da notificação, os profissionais e os serviços estão obrigados a tomar todas as medidas para prevenir danos adicionais à saúde das mulheres, tais como fornecer medicação de anticoncepção de emergência, profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e HIV, conforme estabelece a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual.

Além da notificação compulsória da violência, a **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual** contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério



da Saúde, editada em 1998 e reeditada em 2005, estabelece os parâmetros éticos para um atendimento humanizado às mulheres vítimas de violência sexual. Dentre estes parâmetros, destacam-se o respeito à autonomia, à individualidade e aos direitos das mulheres; resguardo de sua intimidade e privacidade; sigilo e confidencialidade; o direito da paciente de ser informada de todos os procedimentos a serem realizados, respeitando-se sua opinião ou recusa; respeito aos sentimentos decorrentes da violência tais como medo, trauma, choro etc.

Evidencie-se que o atendimento deve ser prestado por equipe multidisciplinar e disponibilizado apoio psicológico. Além disso, a Norma Técnica estabelece os procedimentos para a realização do aborto legal, evidenciando que a exigência do registro de ocorrência policial da violência sofrida é incorreta e ilegal.

### H) HIV, AIDS e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis

O direito à assistência médica, hospitalar e farmacêutica integral, de forma igualitária e universal é decorrente do direito à saúde. Em geral, as diretrizes políticas e jurídicas sobre doenças como as DSTs e a AIDS são oriundas do Ministério da Saúde e objetivam garantir direitos e estabelecer medidas educativas e preventivas para reduzir a incidência do HIV/AIDS e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Nesse sentido, a **Portaria 2.415, de 12/12/96**, do Ministério da Saúde dispõe sobre medidas para prevenção da contaminação pelo HIV por intermédio do aleitamento materno. Da mesma forma, a Portaria Interministerial 796 de 29/05/92 do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde estabelece normas e procedimentos educativos referentes à transmissão e prevenção da infecção pelo HIV. A Portaria nº 30, de 06/04/95, obriga estabelecimentos comerciais como hotéis, casas de massagem e saunas a manterem os preservativos em local visível e de fácil acesso.

A **Portaria nº 1.067, de 04/07/2005**, do Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e prevê a atenção especial durante o pré-natal para que as gestantes recebam orientação quanto à prevenção da sífilis, do HIV e outras DSTs. Ainda prevê aconselhamento para o teste anti-HIV, e, como política de atenção especial aos recém-nascidos, a oferta de teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste.

A **Lei nº 9.313, de 13/11/1996**, regulamentou a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS pelo Sistema Único de Saúde, universalizando o acesso a esses medicamentos.

No que se refere ao acesso da medicação, medida importante foi a quebra das patentes de vários medicamentos produzidos por laboratórios internacionais permitindo a produção nacional e barateando seus custos. Hoje, o acesso à medicação no Brasil é teoricamente universal e sua distribuição é garantida pelo Sistema Único de Saúde. Essa iniciativa é fundamental para a prevenção e para o aumento da expectativa de vida entre as mulheres soropositivas.

A **Lei 9.656, de 3 de junho de 1998**, define como obrigatória a cobertura de despesas hospitalares com AIDS pelos seguros-saúde privados, no entanto, não assegura as despesas com a terapia antiretroviral.

A **Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988**, obriga o cadastramento dos doadores e a realização de exames laboratoriais no sangue, inclusive para a detecção do HIV.

A **Lei nº 7.670, de 08 de setembro de 1988**, estende aos portadores de AIDS benefícios como a licença para tratamento de saúde, aposentadoria, FGTS, dentre outros. A realização de exames laboratoriais para os doadores objetiva impedir que, involuntariamente, haja transmissão de doença. A licença de saúde é medida importante para os portadores do HIV/AIDS no tratamento da doença, inclusive para a preservação de sua vida sexual.

O controle da doença é importante para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, pois ajuda a prevenir a transmissão @o companheir@ durante a gestação. O diagnóstico no 3º mês da gestação é um procedimento fundamental como medida de controle da transmissão vertical para o bebê.

### 3 - Na Política

#### **A) Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**

Objeto de todas as políticas de saúde anteriores, a concepção de tratar a saúde da mulher de forma integral e não apenas como mulher-mãe, traduzia-se em um novo paradigma no campo da saúde. O conceito de saúde integral implicava “o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução” (Osis, 1998:26). **O Programa de Assistência à Saúde Integral da Mulher, criado em 1983, era um programa vertical, voltado para o campo específico da saúde da mulher, conforme as demandas feministas (Portella, 2005:14). Desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com a participação dos estados e dos municípios, suas ações especificamente voltadas para a saúde da mulher eram fruto das reivindicações feministas.**



O princípio da integralidade que norteava o PAISM é, conforme Costa, (1992:6), um dos mais importantes princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde, pois busca assegurar a assistência à saúde dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, compreendendo o indivíduo em sua totalidade e a comunidade em suas particularidades. Ainda segundo a autora, esse princípio permite, através da investigação clínica, diagnósticos precoces e capazes de reduzir os riscos de patologias epidemiologicamente importantes. O princípio da integralidade igualmente, incorpora a concepção de gênero no âmbito da saúde, transformando a relação médico-paciente, passando a mulher a ser sujeito dessa relação e não apenas um objeto de estudo; modifica ainda a prática médica para uma relação mais humanizada, menos hierárquica e mais solidária. Além disso, tem uma abordagem educativa para as mulheres, pois lhes permite melhor conhecimento sobre seu corpo e, conseqüentemente, uma demanda mais qualificada pelos serviços de saúde (Costa, 1992:8).

Mas, a criação do PAISM impactou diferentemente a vida das mulheres. Para as de classe média, as discussões sobre a saúde estavam na base das concepções da construção da cidadania e vinculavam-se tanto aos estudos teóricos quanto ao embate técnico. Para as mulheres de setores populares, tinha um impacto direto em suas vidas, já que usuárias mais costumeiras do sistema de saúde.

O impacto sobre a saúde das mulheres negras seria ainda mais evidente. As mulheres negras enfrentavam condições muito adversas para o acesso à saúde face à maior desigualdade econômica e educacional a que estavam submetidas. Por isso, tinham menos acesso a exames no período pré-natal, eram as maiores vítimas da mortalidade e morbidade maternas, e tinham maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças, tais como anemia falciforme, deficiência de glicose, desnutrição, dentre outras.

Por outro lado, a luta pela implementação do PAISM e das políticas no campo reprodutivo enfrentava forte resistência dos setores religiosos, que se opunham ao planejamento familiar, à distribuição de medicação contraceptiva e ao direito ao aborto.

Além disso, nessa mesma década de 1980, o discurso controlista (neo-malthusiano) populacional também estava na agenda política. No Brasil, a ausência de uma política de saúde que oferecesse métodos contraceptivos confiáveis alimentava as políticas de controle da natalidade implantadas pelas clínicas privadas e organizações não governamentais, através do oferecimento da laqueadura tubária. A demógrafa Elza Berquó (1989) alertava que a deficiência na oferta de métodos anticoncepcionais era um fator importante para as altas taxas de esterilização no país. Aliava-se a isso, a ilegalidade e risco do aborto inseguro. Portanto, a ausência de métodos



contraceptivos confiáveis e de informação sobre saúde reprodutiva fez com que a esterilização oferecida por essas instituições se tornasse o método mais utilizado pelas mulheres, a ponto de cunhar-se a expressão indústria ou “mercado” da laqueadura tubária. No entanto, ao criticarem o controlismo, as feministas se depararam com a realidade de que as mulheres pobres se submetiam à esterilização para regular a própria fecundação (Ávila e Correa:1996). Por outro lado, as políticas governamentais continuavam abertamente natalistas.

Costa salienta que as ações preconizadas pelo PAISM ampliavam significativamente o que antes era oferecido às mulheres pelos programas materno-infantis, que restringiam a saúde reprodutiva ao seu aspecto procriativo. Além disso, ampliava a faixa etária de atendimento da adolescência ao pós-climatério e incorporava o planejamento familiar em seus componentes da concepção e anticoncepção (Costa, 1992).

Lembra Ana Paula Portella (2005:14) que nos anos 90, quando começa a se expandir o Programa de Saúde da Família (PSF), o PAISM já estava em processo de extinção devido à fragmentação, fragilidade e baixa qualidade das suas poucas ações implementadas.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde com o principal propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional que dava mais atenção à cura do que à prevenção de doenças. Segundo Portella (2005:14), o PSF constitui-se na principal resposta governamental para a crise do modelo assistencial no Brasil. Seu objetivo é reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, com atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do ambiente físico e social, buscando uma compreensão que ultrapasse o binômio saúde/doença e práticas curativas.

Ana Paula Portella (2005:15) ainda afirma que a expansão do PSF pelo país surge com a promessa de produzir a capilaridade nos serviços e integrar ações assistenciais na comunidade. Em relação à saúde da mulher, “imaginou-se que as ações poderiam ser distribuídas ao longo da cadeia assistencial”. No entanto, na pesquisa realizada para avaliar as relações de gênero no programa, os resultados não foram animadores. No que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos, a pesquisa constatou que as usuárias dos serviços são vistas exclusivamente como mães, esposas e donas-de-casa. São vistas ainda como usuárias “difíceis”, tem suas queixas desvalorizadas e sua saúde é entendida como limitada à reprodução e ao planejamento familiar. A contracepção é vista como responsabilidade exclusiva da mulher e a idéia do “controle da natalidade” é orientadora da assistência e negadora da autonomia reprodutiva. A violência é invisibilizada e os comentários feitos pelos profissionais de saúde são preconceituosos (Portella, 2005:16-17).



O monitoramento do CFEMEA sobre o orçamento identifica o PAISM como uma política intermitente. Por exemplo, constata que a “Atenção à Saúde da Mulher”, que até 2005 era definida como um Programa, passando em 2006 a ser uma ação do Programa “Atenção à Saúde das Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos” na Lei Orçamentária Anual (LOA) e em 2007 já não se encontrava entre os prioritários.

### **B) Proteção à maternidade e mortalidade materna**

No que se refere à proteção da maternidade, à redução dos índices de morte materna e ao cumprimento da legislação em vigor, verifica-se que a situação no Brasil não se tem alterado nos últimos 20 anos. Apesar da normativa constitucional, da existência do Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna, da aprovação de leis como a de Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96) e da que garante o direito da parturiente ter um acompanhante no quarto durante o parto (Lei nº 11.108/2005), os índices de mortalidade materna por causas evitáveis não diminuíram e tampouco a legislação vem sendo cumprida. Segundo o Ministério da Saúde, mais de 95% das mortes maternas poderiam ser evitadas.

A mortalidade materna é um excelente indicador de como a saúde reprodutiva das mulheres vem sendo tratada. É também um indicador de iniquidades já elevadas nos países subdesenvolvidos quando comparadas aos desenvolvidos e, entre estratos sociais (Ministério da Saúde, 2006).

Organização Mundial da Saúde define a morte materna como:

“A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.”

As mortes maternas podem ser decorrentes de causas obstétricas diretas ou indiretas. As primeiras são decorrentes de complicações do ciclo gravídico-puerperal tais como eclampsia, hemorragia, desprendimento prematuro da placenta, entre outros. As segundas são resultantes de doenças pré-existentes ou que se desenvolvem durante a gravidez (Ministério da Saúde, 2006:56).

Quando a mortalidade materna é baixa, ela é quase totalmente representada pelas causas obstétricas indiretas; quando a taxa/razão de mortalidade materna é alta, a maior parte é representada pelas obstétricas diretas (WHO, 2007).

Importante ressaltar que as causas de morte materna diretas são evitáveis em mais de 90% dos casos. No Brasil, o índice de mortalidade materna de causas evitáveis é elevado. Em 2005, a Organização Mundial de Saúde estimou a taxa de morte materna no Brasil em 74 para 100.000 nascimentos vivos, o que significa um índice bastante elevado. O Ministério da Saúde estimou em 2006, a razão de 53 para cada 100.000 nascimentos vivos. Em que pese à divergência de números, o fato é que uma, apenas uma morte materna de causa evitável evidencia uma negligência absoluta e injustificável do Estado para com a saúde e a vida das mulheres. Revela ainda, que as medidas tomadas para prevenir a mortalidade materna não estão surtindo os efeitos necessários.

As desigualdades sociais, de raça e etnia têm um impacto diferenciado na mortalidade materna, sendo que as mulheres negras e pobres são as mais vulneráveis. A taxa de mortalidade materna entre as mulheres negras é seis vezes maior do que entre as mulheres brancas. A incidência de algumas doenças, tais como a doença falciforme, hipertensão arterial, diabetes mellitus e miomas, é maior entre as mulheres negras, aumentando os riscos à sua saúde reprodutiva. As mulheres com a doença falciforme, por exemplo, apresentam maiores chances de gravidez de alto risco, maior propensão ao desenvolvimento de infecções urinárias durante a gravidez e têm mais chances de complicações na hora do parto.

As condições sociais relacionadas à discriminação étnico-racial também estão relacionadas às maiores taxas de morte materna entre mulheres negras, que em geral, têm menor renda, baixa escolaridade, pouco acesso às informações e aos serviços de saúde e por isso, sofrem maior discriminação institucional.

Além das causas já mencionadas, o **abortamento inseguro também é um importante fator para o aumento da mortalidade entre as mulheres**. O dossiê *Mortes Preveníveis e Evitáveis* (2005), elaborado pela Rede Feminista de Saúde, aponta que ainda é grande a subnotificação da mortalidade materna, principalmente a relacionada ao abortamento inseguro.

Apesar da existência de legislação objetivando garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade e diminuir os riscos da mortalidade, essa realidade pouco tem mudado no Brasil. Por exemplo, a Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96) que prevê o atendimento integral à gestante, desde à concepção até o pós-parto objetiva diminuir esses riscos, mas não tem tido a eficácia necessária. Em que pese o aumento no número de exames pré-natal, é duvidosa a qualidade desses exames, pois a evolução da taxa de mortalidade materna no país demonstra um aumento dos índices e não uma diminuição, como seria de se esperar.

Em 1998, o *Dossiê* da Rede Feminista apontava que o aborto era a quarta causa de morte



materna, com 4,7%, sendo 1,3% de abortos espontâneos e 3,4% de provocados. A eclampsia (21,2%), as síndromes hemorrágicas (12,4%) e a infecção puerperal (7,0%), sendo respectivamente, primeira, segunda e terceira causa de morte materna.

O Estudo da Mortalidade Materna do Ministério da Saúde (2006) realizado nas capitais brasileiras, onde a mortalidade de mulheres em idade fértil corresponde a 26,6%, apontou que 67,1% das mortes ocorreram por causas obstétricas diretas. Os transtornos hipertensivos (pré-eclampsia e eclampsia) corresponderam a 37,0% de todas as mortes obstétricas diretas. As complicações hemorrágicas foram responsáveis por 9,0%, as complicações de parto e trabalho de parto por 10,4%. O abortamento inseguro causou 11,4% das mortes.

A previsão legal da presença de acompanhante no quarto com a parturiente, considerada uma importante medida para a redução da morte materna e o melhor atendimento às parturientes também não vem sendo observada. Dados da PNDS (Política Nacional de Demografia e Saúde) mostram que apenas 16,2% das mulheres exerceram este direito, sendo 34,6% das mulheres atendidas no setor privado, e apenas 9,5% no SUS.

Observa-se, assim, que a existência de uma legislação que visa garantir os direitos das mulheres a um atendimento seguro e de qualidade não tem sido suficiente para a implementação desses direitos e para a diminuição de mortes evitáveis.

### **C) Violência Sexual e Aborto Legal**

O Código Penal não considera crime a realização do aborto quando resultante de estupro ou para salvar a vida da gestante. Visando garantir o abortamento legal em casos de violência sexual (estupro) o Ministério da Saúde editou a Norma Técnica para a Prevenção aos Agravos da Violência Sexual (NT).

Segundo o *Dossiê da Rede Feminista*, em 2005 apenas 42 hospitais públicos realizavam o abortamento legal no país, e estavam localizados na Região Sul (8), na Região Sudeste (16), na Centro-Oeste (04), na Região Norte, (5) e na Região Nordeste (13). Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde, existem 55 serviços de aborto legal no país. Apesar do ligeiro aumento, o número é absolutamente insuficiente, já que a maioria dos serviços está localizada nas capitais, e nem todos os estados disponibilizam tal serviço. Dossiê da organização Católicas pelo Direito de Decidir denunciava que, em 2005, cinco estados brasileiros não ofereciam o serviço de abortamento legal (Mato Grosso do Sul, Roraima, Amapá, Tocantins e Piauí).

A inexistência do serviço a que as mulheres têm direito, a despeito da vigência da Norma

Técnica, revela um descaso com o acesso à saúde. Isso porque, diante da ausência do serviço, as mulheres são obrigadas a recorrer a abortamentos inseguros, procurar clínicas clandestinas ou ingressar na justiça para obter uma decisão que obrigue o Estado a realizar o aborto. Ressalte-se novamente que o abortamento inseguro corresponde à quarta causa de morte materna no país.

Estimativas mais recentes indicam que são realizados entre 728.000 a 1.039.000 abortamentos anualmente no Brasil. **A magnitude do número de casos de aborto revela um grave problema de saúde e não um problema policial.** Cerca de 240 mil internações anuais são realizadas pelo Sistema Único de Saúde em decorrência do abortamento inseguro, gerando gastos na ordem de 45 milhões de reais.

Conforme o Ministério da Saúde, os registros das Secretarias de Segurança Pública apontam 8,78 estupros e 7,13 casos de atentado violento ao pudor por 100 mil habitantes. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentam taxas de violência sexual 40% superiores à média nacional, com 11,94 e 11,96 estupros por 100 mil habitantes, respectivamente (Souza & Adesse, 2005). Os dados oficiais, entretanto, expressam precariamente a magnitude do problema. Estudo envolvendo 2.645 mulheres em idade reprodutiva verificou que: cerca de 10% das mulheres da região metropolitana de São Paulo e 14% das residentes na Zona da Mata relatam terem sido forçadas, alguma vez, a praticar atos sexuais contra vontade, por medo de se recusar a ter relações sexuais, ou por terem sido submetidas a práticas sexuais degradantes e humilhantes (Couto, 2004). Além disso, estima-se que apenas entre 10 a 20% dos casos de violência sexual sejam denunciados às autoridades policiais.

**A anticoncepção de emergência constitui medida crucial para evitar a gravidez decorrente de estupro. No entanto, a ausência de serviços que realizem o abortamento legal também impede a profilaxia de emergência, já que não raras vezes, as mulheres não sabem a quem recorrer. Não bastasse a violação do direito por omissão do Poder Executivo (municipal, estadual e federal) por não oferecer o serviço, o Poder Legislativo nas três esferas, tem efetuado tentativas para revogar a Norma Técnica, impedir a realização do abortamento legal e proibir a distribuição da anticoncepção de emergência.**

Essas tentativas promovidas pelos Legislativos juntamente com as omissões do Executivo são violadoras da autonomia reprodutiva e do direito à saúde das mulheres. Ao impedirem ou dificultarem o acesso a medicamentos necessários à preservação da saúde feminina em caso de violência sexual levam à imposição de uma gravidez decorrente de estupro, o que significa violar os direitos à dignidade, autonomia e liberdade das mulheres já violentadas, sendo



equivalente à tortura. Dessa forma, todas essas ações representam retrocessos para a legislação e políticas públicas do país.

#### D) Acesso aos métodos contraceptivos

O acesso aos métodos contraceptivos é um direito das mulheres decorrente do direito constitucional à saúde, da autonomia reprodutiva e da Lei do Planejamento Familiar. Conforme dados do PNDS 1996-2006, em 1996 a utilização de métodos anticoncepcionais era feita por 55% das mulheres. Em 2006, esse percentual salta para 68%.

**Tabela 1**

Uso atual	Todas as Mulheres Sexualmente ativas	Mulheres Unidas	Mulheres não unidas*
1996	55%	77%	55%
2006	68%	81%	75%

Fonte: CEPRAP, 2008 \* nos últimos 12 meses

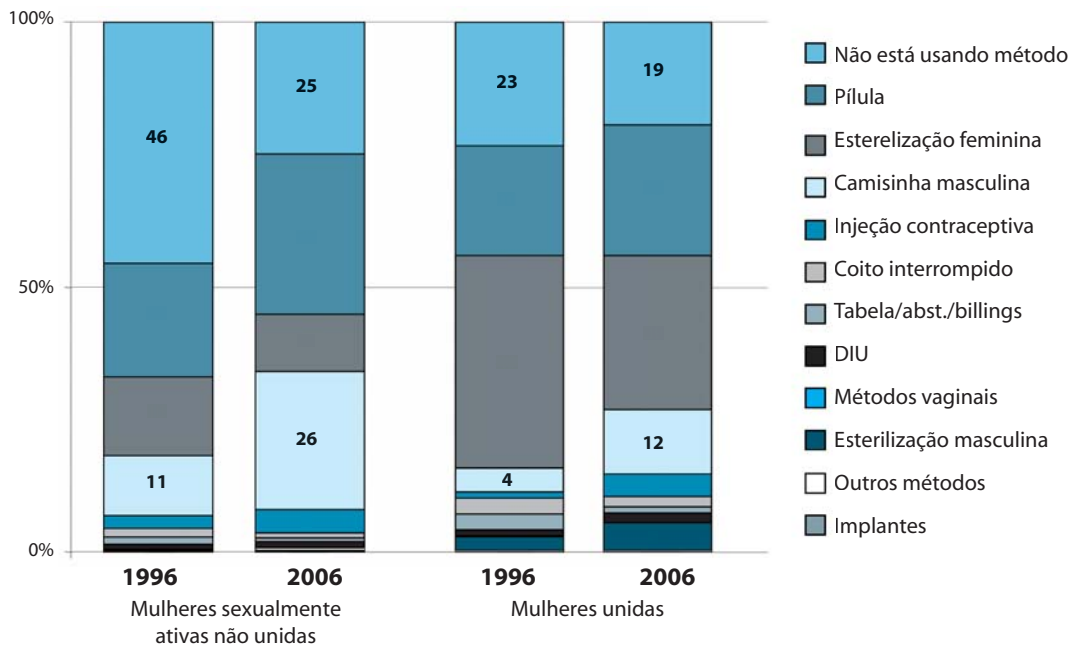
Observamos que houve um aumento na utilização de métodos contraceptivos, mas há ainda, um percentual elevado de mulheres - cerca de 30% - que não usa nenhum método contraceptivo. A não utilização desses métodos deixa as mulheres vulneráveis e as expõe a doenças sexualmente transmissíveis e gravidezes não desejadas.

A Lei nº 9.263/96 já citada várias vezes neste capítulo (Lei do Planejamento Familiar) foi criada objetivando reduzir a utilização da esterilização como método contraceptivo e ampliar a oferta de métodos contraceptivos. Embora tenha ocorrido um aumento na utilização de outros métodos contraceptivos, a esterilização continua sendo o meio mais utilizado pelas mulheres para parar o processo reprodutivo (tabelas abaixo). Em 1996, mais da metade das mulheres em idade fértil no país usava algum método anticoncepcional; destas, metade encontrava-se esterilizada. Nas faixas etárias mais jovens, havia predomínio da utilização da pílula e, a partir dos 30 anos de idade, predominava a esterilização. O preservativo era relativamente pouco usado, com pequenas variações entre os grupos etários (Bemfam, 1996).

O estudo do PNDS 1996-2006 também revela que houve um aumento da utilização da pílula como método contraceptivo e um declínio no número de esterilizações. No entanto, apesar do declínio, a esterilização, como método individual, ainda é o mais utilizado. Além disso, as

esterilizações continuam sendo realizadas logo após o parto, sendo o SUS a principal fonte de obtenção, como se pode observar nos gráficos 1 e 2.

**Gráfico 1**



Fonte: CEPRAP, 2008 - Porcentagem de mulheres atualmente unidas e mulheres sexualmente ativas não unidas usando algum método, segundo o tipo de método usado. PND 1996 e 2006.

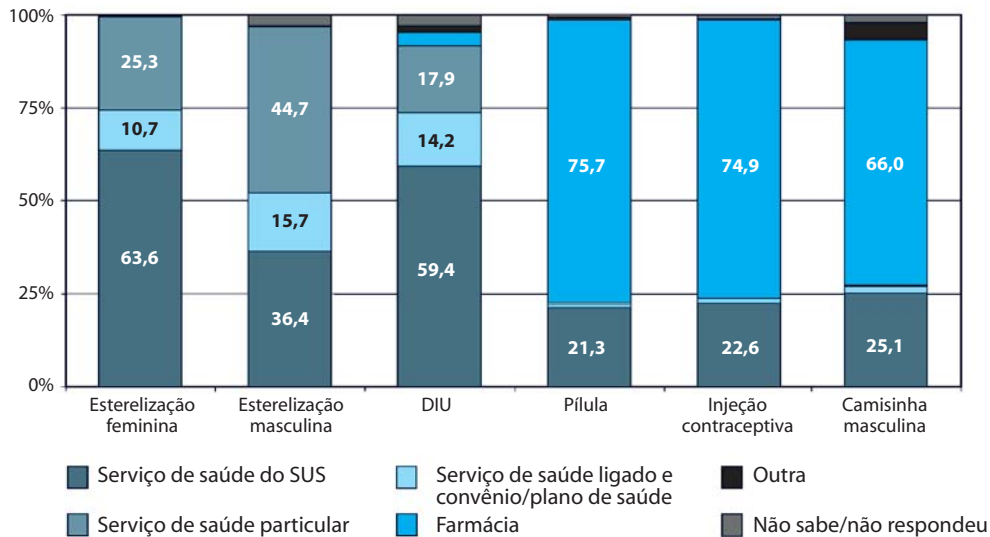
Por outro lado, a própria realização da esterilização também enfrenta dificuldades. Pesquisa realizada pelo Cebrap em 2000<sup>27</sup> em 6 capitais (Palmas, Recife, Cuiabá, São Paulo, Belo Horizonte e Curitiba) com o objetivo de conhecer o processo de implementação da Lei nº 9.263/96 na rede do SUS, (mais especificamente a regulamentação da Portaria 144 de novembro de 1997 sobre a esterilização voluntária) apontou que houve observação do critério idade para a realização das esterilizações; que após 6 meses de espera entre a solicitação e a cirurgia, apenas 25,8% das mulheres e 31,0% dos homens conseguiram a esterilização; e que os ambulatórios hospitalares como portas de entrada, permitiram maior agilização do processo para esterilização. A pesquisa conclui que o tempo de espera é grande e que a realização da esterilização é pequena.

27 Estudo do Impacto da Legislação Brasileira (Portaria 144 de Novembro de 1997) sobre a Esterilização Voluntária de Mulheres na Idade Reprodutiva. Cebrap, Disponível em: [http://www.cebrap.org.br/index.asp?Fuseaction=Conteudo&ParentID=575&Menu=534,575,0,0&Materia=1751&str\\_busca=pnds](http://www.cebrap.org.br/index.asp?Fuseaction=Conteudo&ParentID=575&Menu=534,575,0,0&Materia=1751&str_busca=pnds) acesso em 09/09/2008.



**Gráfico 2**

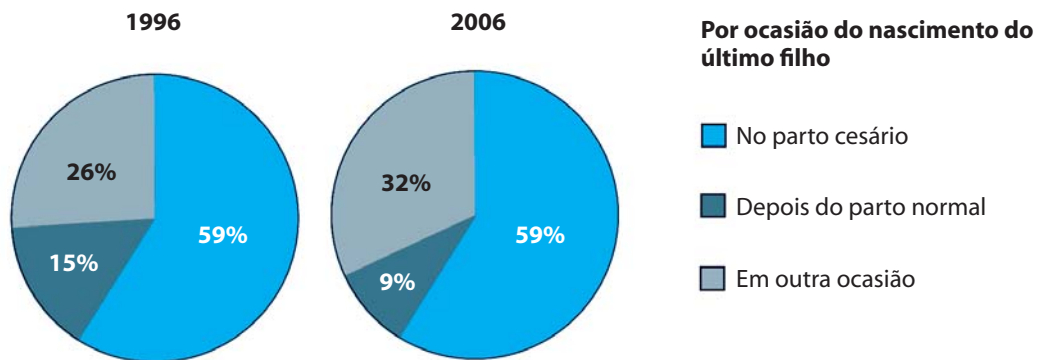
**Porcentagem de mulheres que atualmente usam métodos modernos, segundo a mais recente fonte de obtenção, por método específico. PNDS 2006**



Fonte: CEBRAP, 2008

**Gráfico 3**

**Porcentagem de mulheres esterelizadas segundo o momento da realização da cirurgia. PNDS 1996 e 2006**



Fonte: CEBRAP, 2008



No entanto, o momento da realização da esterilização, continua sendo, majoritariamente após o parto cesário, realidade que não mudou nesses 10 anos.

Outro aspecto relevante da proteção ao parto e acesso à informação e aos métodos contraceptivos é a gravidez na adolescência. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios – PNAD 1997-2007, 4% das adolescentes com idade entre 15 e 17 anos são mães. Entre 1997 e 2007, a proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) com filhos nascidos vivos manteve-se em torno dos 63%, mas o número mulheres com apenas um filho subiu de 25,8% para 30,7%. Em 2007, a proporção das adolescentes de 15 a 17 anos de idade com filhos era de 6,3%, mantendo-se nos mesmos patamares de 1997. As regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste tinham as proporções mais elevadas (9,4%, 7,7% e 7,5%, respectivamente) e o Sudeste e o Sul as mais baixas (5%, ambos).

De acordo com a pesquisa nacional sobre demografia e saúde (PNDS), em 1996, mais de 50,0% de todas as esterilizações ocorreram durante um parto cesariano. Nas regiões Sudeste e Sul do país estas estimativas chegam a 70,0%, indicando um abuso deste procedimento como meio de esterilização.

Ainda no que se refere à esterilização, Suzana Velleda da Silva (2000) pontua que, em 1996, uma pesquisa da BEMFAM/DHS, constatou que o uso da pílula como método anticoncepcional havia caído no Brasil. Em 1986 era de 25,2% e em 1996 passou para 20,7%. O uso da esterilização feminina, por outro lado, aumentou nesse mesmo período de 26,9% para 40,1%. Os dados indicam que a esterilização feminina correspondia a 57% do uso de métodos modernos de anticoncepção, entre as mulheres em união (casadas ou em união estável) na faixa etária considerada (de 15 a 49 anos). Os dados também mostram que das mulheres entre 15 a 44 anos, em união (casadas ou em união estável) e usuárias de métodos anticoncepcionais, 25,2% usavam a pílula anticoncepcional e 26,9% haviam optado pela esterilização cirúrgica.

A mesma pesquisa, considerando os homens em união (casados ou em união estável) na faixa etária de 15 a 59 anos, revelou que o índice de esterilização masculina, embora bastante inferior ao da feminina, apresentou um aumento significativo de 22,5%, uma vez que, em 1986, 0,8% dos parceiros de mulheres em união (casadas ou em união estável) haviam se submetido à vasectomia como método anticoncepcional, e em 1996, a taxa havia se elevado para 2,6%. A pesquisa da BEMFAM/DHS de 1996 é o primeiro estudo estatístico no Brasil que levantou dados sobre a anticoncepção masculina com questões respondidas pelos homens.

O mesmo estudo indicou também que as mulheres estavam optando pela esterilização cada



vez mais jovens sendo que a idade média da esterilização feminina era de 28,9 anos. Em 1986, era de 31,4 anos, o que equivale a um decréscimo de dois anos e meio. Os dados da BEMFAM (1996) apontavam que os homens esterilizados estavam na faixa entre 30 a 39 anos; a maioria dos esterilizados já possuía, em média, dois filhos e as esterilizadas três ou mais. Mas o estudo da BEMFAM/DHS-1996 apontou que 6,4% das mulheres esterilizadas possuíam apenas um filho. Além disso, não havia muita diferença de escolaridade entre as mulheres que optavam pela esterilização, ao contrário dos homens esterilizados que possuíam cinco ou mais anos de educação, com maior concentração na faixa de doze anos ou mais de escolaridade.

Segundo a PNAD/1986 havia diferenças regionais no uso dos diferentes métodos anticonceptivos e de práticas anticonceptivas entre pessoas de condições sócio-econômicas distintas. O Rio Grande do Sul, por exemplo, apresentava a menor taxa de esterilizações do Brasil, em 1986. Das mulheres entre 15 e 54 anos e em união (casadas ou em união estável), 12,7% estavam esterilizadas (IBGE, 1986). A comparação com outros Estados brasileiros permitiu associar a esterilização e o grau de pobreza da Região, pois os estados do Nordeste e do Norte estavam entre os que apresentam taxas mais elevadas de mulheres esterilizadas.

Na análise de Berquó e Cavenaghi (2003) na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, a esterilização feminina consistia de 52% de todos os métodos contraceptivos utilizados, seguida, com considerável distância, pela pílula, usada por 27,0% da população feminina. A esterilização masculina, no relato dos homens, por outro lado, era menos praticada (2,4%) do que métodos tradicionais como a abstinência periódica (4,0%) e o coito interrompido (4,0%) (BEMFAM/Macro International, 1997).

Em 2006, dez anos depois, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, 2007), revelou uma queda expressiva na taxa de fecundidade das brasileiras, para 1,6 filhos por mulher. Houve ainda um crescimento no número de mulheres que utilizam métodos anticonceptivos. Em 2006, 81% das mulheres unidas (casadas ou em união estável) e 75% das sexualmente ativas não unidas utilizavam métodos anticoncepcionais.

A esterilização feminina decresceu, passando de 15% para 11% entre as mulheres sexualmente ativas, mas não unidas, e de 40% para 29% entre as mulheres unidas. No entanto, a esterilização feita no parto cesário não sofreu nenhum decréscimo, permanecendo em 59%, num flagrante descumprimento da legislação.

Em maio de 2007, o Governo Federal divulgou um pacote de medidas que integram o programa de Planejamento Familiar. Entre as medidas mencionadas, tem-se: a redução de preços

de pílulas anticoncepcionais em farmácias credenciadas pelo governo, a abertura de linha de financiamento às maternidades que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS, a realização de campanhas publicitárias de estímulo ao planejamento familiar, a distribuição de material educativo em escolas, centros comunitários e unidades do programa Saúde da Família, entre outras iniciativas.

### E) Prevenção HIV/AIDS

No que se refere à prevenção ao vírus da AIDS, apesar de todas as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, as mulheres constituem-se hoje, na população crescente. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (UNAIDS, 2007), cerca de um terço das pessoas vivendo com AIDS na América Latina residem no Brasil. Estudo realizado por Fonseca (2002) demonstrou que em 1989, as notificações referentes às mulheres representavam 13% do total de casos, chegando a 30% em 1997. A razão entre os sexos passou de seis homens registrados com AIDS para cada mulher – 6:1, em 1989, para apenas dois homens para cada mulher – 2:1, em 1997. **Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, a relação entre o número de mulheres e homens convivendo com AIDS no país é de 1,5 para 1.**<sup>28</sup> Entre adolescentes e adultos jovens, na faixa etária de 15 a 29 anos, essa relação é ainda mais baixa: 1,1 homem para cada mulher (IPEA, 2008:86).

Essa nova tendência da epidemia revela que as políticas e os programas têm sido ineficazes para conter o avanço da doença entre as mulheres. Mesmo com a distribuição gratuita da medicação, há demora no diagnóstico e conseqüente atraso na adoção de medidas terapêuticas, levando a uma maior morbidade e mortalidade entre mulheres.

Além disso, a epidemia de AIDS está associada a um aumento das doenças sexualmente transmissíveis, que podem causar infertilidade, doenças neonatais e infantis, câncer, dentre outras, demonstrando a violação dos direitos reprodutivos das mulheres.

---

28 Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS1D4E2FEBPTBRIE.htm>. Acesso em abril de 2009.



#### 4- QUADRO DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS - MARCO JURÍDICO: LEGISLAÇÃO CITADA NO CAPÍTULO E OUTRAS NORMAS\*

NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<p><b>Decreto-Lei nº 5452/1943</b> <b>Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).</b></p>	<p><b>Art. 391</b> - Não constitui justo motivo para a rescisão do contrato de trabalho da mulher o fato de haver contraído matrimônio ou de encontrar-se em estado de gravidez.</p> <p><b>Art. 392</b> - A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário.</p> <p><b>Art. 393</b> - Durante o período a que se refere o art. 392, a mulher terá direito ao salário integral e, quando variável, calculado de acordo com a média dos 6 (seis) últimos meses de trabalho, bem como os direitos e vantagens adquiridos, sendo-lhe ainda facultado reverter à função que anteriormente ocupava.</p> <p><b>Art. 395</b> - Em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá um repouso remunerado de 2 (duas) semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento.</p> <p><b>Art. 396</b> - Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um.</p>	<p>- O <b>artigo 391 da CLT</b> veda a dispensa da mulher quando esta se encontrar grávida ou tiver contraído matrimônio e cláusulas contratuais que restrinjam o trabalho da mulher em virtude da gravidez ou matrimônio.</p> <p>- O <b>artigo 395</b> estabelece o direito ao repouso remunerado de duas semanas em caso de aborto não criminoso, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função anterior.</p> <p>A <b>Lei 8.921/1994</b> retirou a expressão “não criminoso” apenas do artigo 131 da CLT, para não considerar falta ao trabalho em todos os casos de abortamento e vedou a licença em caso de aborto ilegal.</p>

NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<p><b>Decreto-Lei nº 5452/1943</b>  <b>Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).</b></p>	<p><b>Art. 389</b> - Toda empresa é obrigada: Inciso IV (...)</p> <p><b>§ 1º</b> - Os estabelecimentos em que trabalharem pelo menos 30 (trinta) mulheres com mais de 16 (dezesesseis) anos de idade terão local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período da amamentação.</p> <p><b>Art. 396</b> - Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um.</p> <p><b>Art. 400</b> - Os locais destinados à guarda dos filhos das operárias durante o período da amamentação deverão possuir, no mínimo, um berçário, uma saleta de amamentação, uma cozinha dietética e uma instalação sanitária.</p>	<p>Os <b>artigos 389, 396 e 400 da CLT</b> estabelecem a obrigatoriedade das empresas de manterem local apropriado para as mães amamentarem os filhos, até seis meses de idade. A lei prevê a extensão do prazo quando a saúde do filho exigir. A obstaculização desse direito, por qualquer razão, implica na responsabilidade jurídica do Estado por violação do direito da criança e da proteção à maternidade.</p>



NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<p><b>Constituição Federal de 1988</b></p>	<p><b>Artigo 208.</b> O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:</p> <p><b>IV</b> - educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças até 5 (cinco) anos de idade</p>	<p>Em geral, o Estado não fornece esses equipamentos sociais, deixando as mulheres em uma situação de preocupação por não terem com quem deixar seus filh@s durante o período de trabalho. A ausência de creches e pré-escola viola o direito das crianças à educação e o direito das mulheres ao trabalho, pois estas podem perder oportunidades de emprego porque não terem com quem deixar os filhos.</p> <p>Essa omissão do Estado e negligência das empresas privadas é passível de responsabilidade jurídica.</p> <p>O direito à creche e pré-escola é, de longa data, uma das mais importantes reivindicações feministas. Prover creches para @s filh@s de mães trabalhadoras é dever do Estado e das empresas privadas, conforme previsto constitucionalmente. Além disso, é fator de não discriminação entre as mulheres. Sabe-se que a ausência de creches atinge mais fortemente as mulheres mais pobres que não podem pagar por creches particulares.</p>
<p><b>Lei nº 7.649/1988</b></p>	<p>Obriga o cadastramento dos doadores e a realização de exames laboratoriais no sangue, inclusive para a detecção do HIV.</p>	<p>A realização de exames laboratoriais para os doadores objetiva impedir que, involuntariamente, haja transmissão de doença.</p>

NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<b>Lei nº 7.670/1988</b>	Estende aos portadores de AIDS benefícios como a licença para tratamento de saúde, aposentadoria, FGTS, dentre outros.	No que se refere à prevenção ao vírus da AIDS, apesar de todas as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, as mulheres constituem-se hoje público crescente em contaminação com o vírus. Essa nova tendência da epidemia revela que as políticas e os programas têm sido ineficazes para conter o avanço da doença entre as mulheres. A licença de saúde é medida importante para os portadores do HIV/AIDS no tratamento da doença, inclusive para a preservação de sua vida sexual.
<b>Lei nº 7.853/1989</b>	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração das pessoas portadoras de deficiência – CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes e dá outras providências.	Dentre os direitos que especifica para as pessoas portadoras de deficiência está o da “promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério” etc. (art. 2º - II - a).



NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<b>Lei nº 8.069/1990</b>	<b>Estatuto da Criança e Adolescente</b> <b>Artigo 54.</b> É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente: IV - atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade;	Em geral, o Estado não fornece esses equipamentos sociais, deixando as mulheres em uma situação de preocupação por não terem com quem deixar seus filh@s durante o período de trabalho. A ausência de creches e pré-escola viola o direito das crianças à educação e o direito das mulheres ao trabalho, pois estas podem perder oportunidades de emprego porque não terem com quem deixar os filhos. Essa omissão do Estado e negligência das empresas privadas é passível de responsabilidade jurídica. O direito à creche e pré-escola é, de longa data, uma das mais importantes reivindicações feministas. Prover creches para @s filh@s de mães trabalhadoras é dever do Estado e das empresas privadas, conforme previsto constitucionalmente. Além disso, é fator de não discriminação entre as mulheres. Sabe-se que a ausência de creches atinge mais fortemente as mulheres mais pobres que não podem pagar por creches particulares.
<b>Portaria Interministerial nº 796/1992</b>	Veda práticas discriminatórias, no âmbito da educação, a pessoas portadoras de HIV.	Estabelece normas e procedimentos educativos referentes à transmissão e prevenção da infecção pelo HIV.
<b>Lei nº 8.861/1994</b>	Dá nova redação aos <b>arts. 387 e 392 da CLT, altera os arts. 12 e 25 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, e os arts. 39, 71, 73 e 106 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991</b> , todos pertinentes à licença-maternidade.	Garante a licença-gestante às trabalhadoras urbanas, rurais e domésticas e o salário-maternidade às pequenas produtoras rurais e às trabalhadoras avulsas. Foi aprovada depois de ampla mobilização da categoria. Por conta do Veto presidencial ao artigo 1º, que alterava a CLT, a regulamentação da licença-gestante limitou-se à previdência social.



NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<b>Lei nº 9.029/1995</b>	Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da Relação Jurídica de Trabalho.	Embora a Constituição proíba qualquer tipo de discriminação, observou-se que muitas empresas estavam exigindo exames de comprovação de gravidez, violando a autonomia reprodutiva feminina. A legislação sancionou penalmente ditas condutas, demonstrando claramente que sua violação terá consequências de natureza criminal.
<b>Portaria 30/1995</b> Ministério da Saúde	Obriga estabelecimentos comerciais como hotéis, casas de massagem e saunas a manterem os preservativos em local visível e de fácil acesso.	
<b>Lei nº 9.313/1996</b>	Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.	Mesmo com a distribuição gratuita da medicação, há demora no diagnóstico e conseqüente atraso na adoção de medidas terapêuticas, levando a uma maior morbidade e mortalidade entre mulheres. No que se refere ao acesso da medicação, medida importante foi a quebra das patentes de vários medicamentos produzidos por laboratórios internacionais permitindo a produção nacional e barateando seus custos.



NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<b>Lei nº 9.263/1996</b>	Regula o <b>§ 7º do art. 226</b> da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.	Estabelece os critérios para o programa de planejamento familiar através do SUS, para a assistência à concepção e a contracepção, atendimento pré-natal, parto, puerpério e neonato, controle de doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer cérvico - uterino, de mama e de pênis, a esterilização, além de estabelecer crimes e penalidades. O princípio do atendimento integral à saúde da mulher está resguardado no artigo 3º da Lei e obriga o Sistema Único de Saúde ao oferecimento de serviços de saúde referentes à assistência à concepção e contracepção, atendimento pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis, e o controle e prevenção do câncer cérvico - uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. Em que pese o aumento no número de exames pré-natal, é duvidosa a qualidade desses exames, pois a evolução da taxa de mortalidade materna no país demonstra um aumento dos índices e não uma diminuição, como seria de se esperar pós - edição desta lei. Com a lei, embora tenha ocorrido um aumento na utilização de outros métodos contraceptivos, a esterilização continua sendo o meio mais utilizado pelas mulheres para parar o processo reprodutivo, por outro lado, a própria realização da esterilização também enfrenta dificuldades como tempo de espera e acesso.
<b>Portaria nº 2.415/1996</b> Ministério da Saúde	Dispõe sobre medidas para prevenção da contaminação pelo HIV por intermédio do aleitamento materno.	Objetiva garantir direitos e estabelecer medidas educativas e preventivas para reduzir a incidência do HIV/AIDS e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<b>Emenda Constitucional 20/1998</b>	Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências.	Ao modificar o sistema da previdência social, limitou o valor máximo do benefício da licença-maternidade ao regime geral da previdência, em R\$ 1.200,00 revisto periodicamente. No entanto, o Supremo Tribunal Federal entendeu que o artigo 14 da emenda constitucional não se aplica à licença-maternidade, devendo a previdência social integralizar o benefício quando este ultrapassar o valor fixado.
<b>Lei nº 9.656/1998</b>	Define como obrigatória a cobertura de despesas hospitalares com AIDS pelos seguros-saúde privados, no entanto, não assegura as despesas com a terapia antirretroviral.	
<b>Lei nº 9.797/1999</b>	Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.	A cirurgia plástica para a reparação da mama é uma importante medida dirigida à saúde física e mental das mulheres, já que se destina a reverter grandes mutilações causadas pela retirada de tumores além de ter um efeito importante na recuperação de traumas psicológicos e da auto-estima. Além disso, auxilia na reintegração da mulher ao trabalho e à sua vida familiar e conjugal. Posteriormente, a Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001, alterou para incluir essa cirurgia nos planos privados de saúde.
<b>Lei nº 10.421/2002</b>	Estende à mãe adotiva o direito à licença maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo <b>Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.</b>	O critério para o período da licença-maternidade à mãe adotiva varia de acordo com a idade da criança, de 120 até 30 dias, tanto para a relação de emprego como perante a Previdência Social.



NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<p><b>Lei nº 10.778/2003</b></p>	<p>Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.</p>	<p>Através da Portaria 2.406, de 05 de novembro de 2004, foi instituído o serviço e o fluxo da notificação compulsória da violência contra a mulher. Importante medida, com reflexos sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a notificação é obrigatória e sigilosa. O objetivo da notificação é determinar a dimensão dessa violência para nortear as ações de saúde. Em caso de violência sexual, além de notificar, os profissionais e os serviços estão obrigados a tomar todas as medidas para prevenir danos adicionais à saúde das mulheres, tais como fornecer medicação de anticoncepção de emergência, profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e HIV, conforme estabelece a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual.</p>
<p><b>Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.</b> Ministério da Saúde, editada em 1998 e reeditada em 2005.</p>	<p>Estabelece os parâmetros éticos para um atendimento humanizado às mulheres vítimas de violência sexual.</p>	<p>Dentre os parâmetros, destacam-se o respeito à autonomia, individualidade e, aos direitos das mulheres; resguardo de sua intimidade e privacidade; sigilo e confidencialidade; o direito da paciente de ser informada de todos os procedimentos a serem realizados, respeitando-se sua opinião ou recusa; respeito aos sentimentos decorrentes da violência tais como medo, trauma, choro, etc. Segundo o Dossiê da Rede Feminista, em 2005 apenas 42 hospitais públicos realizavam o abortamento legal no país, e estavam localizados na Região Sul (8), na Região Sudeste (16), na Centro-Oeste (04), na Região Norte, (5) e na Região Nordeste (13). A inexistência do serviço, a que as mulheres têm direito, a despeito da vigência da Norma Técnica, revela um descaso com o acesso à saúde.</p>

NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<b>Lei nº 11.104/2005</b>	Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.	A obrigatoriedade de criação de um espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes, em estabelecimentos pediátrico é uma ótima iniciativa e facilitará a vida das pessoas responsáveis por crianças.
<b>Lei nº 11.105/2005</b>	Regulamenta os <b>incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal</b> , estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei no 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória no 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei no 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências.	Lei geral englobando atividades vinculadas a todos os organismos vivos (a pesquisa, a comercialização o consumo etc) incluindo entre eles a célula germinal, zigoto e embriões humanos. Estabelece também os crimes e as penas frente ao descumprimento da Lei.
<b>Lei nº 11.106/2005</b>	Altera os <b>arts. 148, 215, 216, 226, 227, 231 e acrescenta o art. 231-A ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940</b> – Código Penal e dá outras providências.	Além de excluir termos preconceituosos e tipos penais em desuso, altera dispositivos sobre tráfico de pessoas.
<b>Lei nº 11.108/2005</b>	Altera a <b>Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990</b> , para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS.	Lei de extrema relevância para a parturiente que contará com a presença de uma pessoa de sua confiança e terá, assim, melhores condições emocionais. A aprovação da legislação foi fruto da luta de organizações feministas, dos movimentos de humanização do parto e de profissionais de saúde que há muito trabalham para a redução da mortalidade materna durante o parto e pós-parto.



NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<b>Lei nº 11.112/2005</b>	Altera o <b>art. 1.121 da Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973</b> – Código de Processo Civil, para incluir, como requisito indispensável à petição da separação consensual, o acordo entre os cônjuges relativo ao regime de visitas dos filhos menores.	Este acordo deve estabelecer os encontros periódicos, regularmente estabelecidos, repartição das férias escolares e dias festivos.
<b>Lei Nº 11.114/2005</b>	Altera os <b>arts. 6º, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996</b> , com o objetivo de tornar obrigatório o início do ensino fundamental aos seis anos de idade.	Alterando a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, incorpora o aluno a partir dos seis anos de idade, no ensino fundamental da rede pública.
<b>Lei nº 11.185/2005</b>	Altera o <b>caput do art. 11 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990</b> , que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.	A alteração assegura o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.
<b>Lei nº 11.259/2005</b>	Acrescenta dispositivo à <b>Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente</b> , para determinar investigação imediata em caso de desaparecimento de criança ou adolescente.	Lei importante para as famílias de crianças ou adolescentes desaparecidas que encontravam entrave na busca imediata por parte da polícia.
<b>Decreto nº 5.545/2005</b>	Altera dispositivos do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo <b>Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999</b> , e dá outras providências.	Dispõe sobre pagamento de benefícios de salário-família, salário-maternidade.
<b>Decreto nº 5.591/2005</b>	Regulamenta dispositivos da <b>Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005, que regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição</b> , e dá outras providências.	A Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005 (Lei da Biossegurança), dispõe sobre o exercício de atividades vinculadas a organismos geneticamente modificados - OGM e seus derivados.
<b>Lei Complementar Nº 119/2005</b>	Acrescenta inciso ao <b>art. 3º da Lei Complementar nº 79, de 7 de janeiro de 1994</b> , que “cria o Fundo Penitenciário Nacional – FUNPEN e dá outras providências”, para incluir a manutenção das casas de abrigo.	Para incluir, no Art. 3º, item XIV a manutenção de casas de abrigo destinadas a acolher vítimas de violência doméstica.

NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<p><b>Portaria nº 1.067/2005</b> Ministério da Saúde</p>	<p>Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e prevê a atenção especial durante o pré-natal para que as gestantes recebam orientação quanto à prevenção da sífilis, do HIV e outras DSTs, e aconselhamento para o teste anti-HIV.</p>	<p>Como política de atenção especial aos recém-nascidos, a oferta de teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós teste.</p>
<p><b>Lei nº 11.265/2006</b></p>	<p>Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.</p>	<p>Esta Lei tem como objetivo contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância, regulamentando a promoção comercial e do uso apropriado dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bem como do uso de mamadeiras, bicos e chupetas; proteção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 (seis) meses de idade; e proteção e incentivo à continuidade do aleitamento materno até os 2 (dois) anos de idade após a introdução de novos alimentos na dieta dos lactentes e das crianças de primeira infância.</p>
<p><b>Lei nº 11.633/2007</b></p>	<p>Garante a toda mulher o acesso a informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto.</p>	
<p><b>Lei nº 11.634/2007</b></p>	<p>Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.</p>	<p>A lei tem por objetivo prevenir a morte materna e infantil por falta de atendimento adequado durante o parto ou em caso de alguma complicação. Muitas mulheres correm risco de morte quando as maternidades não dispõem de equipamentos necessários para o atendimento de problemas ocorridos durante ou logo após o parto e necessitam ser transferidas. Além disso, obter informação antecipada é medida de tranquilidade para as mulheres e sua família.</p>



NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<b>Lei nº 11.664/2008</b>	Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Garante o exame cito patológico do colo uterino (papanicolau) a todas as mulheres que já tenham iniciado a vida sexual, independentemente da idade, bem como o exame de mamografia a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade.	Essa legislação é muito importante para prevenção da saúde da mulher no que se refere aos dois principais tumores que podem comprometer a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Além disso, segundo a Lei mencionada, as ações de saúde que visam garantir a proteção integral à saúde da mulher devem ser acompanhadas de ampla divulgação e trabalho educativo para a prevenção, detecção e tratamento, controle e seguimento pós-tratamento dessas doenças.
<b>Lei nº 11.770/2008</b>	Cria o <b>Programa Empresa Cidadã</b> , destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991.	A lei reconhece parte da luta das mulheres no que tange à licença maternidade. No entanto, a lei não beneficia todas as mulheres, mas apenas as que trabalham com carteira assinada em empresas que venham a participar do Programa Empresa Cidadã, através de estímulo meramente fiscal/econômico. Existem cerca de seis milhões de empregadas domésticas trabalhando sem registro na carteira de trabalho, bem como trabalhadoras rurais, que ficaram sem acesso à licença-maternidade de seis meses. A Lei também não contempla normas que assegurem a estabilidade no emprego para garantir que a trabalhadora não seja demitida quando retornar à atividade após a licença-maternidade. Por último, a lei exime as empresas de garantirem o auxílio-creche nos primeiros meses de vida da criança, sendo que esse direito foi arduamente conquistado por meio de luta que durou vários anos.



NORMA JURÍDICA	EMENTA	COMENTÁRIO
<b>Lei nº 11.804/2008</b>	Disciplina o direito a alimentos gravídicos e a forma como ele será exercido e dá outras providências.	O objetivo da lei é garantir às gestantes a responsabilidade paterna pelo satisfatório desenvolvimento da gestação, arcando o pai também com parte das despesas decorrentes da gestação. A lei busca reforçar o compromisso com a paternidade desde o princípio da gestação. No entanto, alertamos que a lei, se mal interpretada pode subsidiar segmentos conservadores da sociedade ao atacarem a autonomia reprodutiva das mulheres, deturpando a lei como sendo direitos do “nascituro”; “direito à vida desde a concepção” etc., quando o direito aos alimentos gravídicos é da mulher.
<b>PLC 1/2006 (PL 1.696/2003)</b>	Altera o § 2º do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Acrescenta o planejamento familiar (laqueadura, vasectomia etc.) nos casos de cobertura dos planos ou seguros privados de assistência à saúde.	Proposta aguardando apenas a sanção do Presidente da República. Se a proposta for sancionada, os planos poderão ter que custear também a fertilização, já que uma lei de 1996 inclui na definição de planejamento familiar “os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas”.

\*Documento elaborado com fonte nas informações contidas no CD-ROM “Direitos Sexuais e Reprodutivos: Marco Jurídico e Normativo”, elaborado pelo UNFPA em parceria com a ADVOCACY (Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos), tendo como pesquisadora Iáris Ramalho Cortês e atualização de Juliano Alessandro Lopes Barbosa, Assessor Júnior do CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria).



## CAPÍTULO IV

---

# Incidência dos Movimentos Sociais na Saúde Reprodutiva das Mulheres\*

## 1 -Advocacy em defesa da autonomia reprodutiva das mulheres

Conforme referido no Capítulo I, os movimentos de mulheres e movimentos feministas, nos anos 1960 e 1970 estiveram estreitamente envolvidos na luta pela democratização do país. Será a partir dos anos 80 que o feminismo brasileiro passa a adicionar à luta pela democracia a reivindicação também pela autonomia sexual e reprodutiva das mulheres.

Como lembram Ávila e Correa (1996):

A partir dos meados do anos 80, o campo da saúde das mulheres ou saúde reprodutiva receberia grande atenção e investimento por parte do movimento feminista. Esta densidade estava associada às premissas originais do movimento mas seria, por outro lado, uma decorrência da nova conjuntura política da democratização. Neste novo contexto, a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), da Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana no Ministério da Saúde e, mais especialmente, a formulação do PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - são referências fundamentais, pois expressam a institucionalização da agenda feminista pelo Estado.

---

\* Esse capítulo contou com as contribuições de Kauara Rodrigues, cientista política e integrante da equipe do CFEMEA.

A luta pela democracia e justiça social e a percepção de que a saúde das mulheres é uma demanda vinculada à cidadania e autonomia reprodutiva e sexual, inaugura, no dizer de Ávila e Correa, a segunda fase do novo feminismo brasileiro e com ela, uma série de organizações de mulheres em defesa do direito à saúde. Como afirma Arruda (1987), “a saúde é uma das peças chave no caminho da (re)construção da identidade feminina.”

A essas ações de pressão e incidência política, denominamos *advocacy*, conceito que traz a idéia de promoção e defesa de direitos. Partindo desse entendimento, destacamos o trabalho de *advocacy*<sup>29</sup> dos movimentos feministas e de mulheres, trazendo a atuação e luta desses movimentos em alguns temas da saúde reprodutiva ao longo de importantes momentos da história do país, marcada por conquistas e muitos desafios. Ressaltamos que nosso intuito aqui não foi o de esgotar a amplitude e riqueza de atuação desses movimentos, mas sim dar visibilidade a alguns temas e momentos da nossa história.

## 2- Construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Nos Capítulos I e III referimos que a criação do PAISM em 1983 teve forte inspiração feminista e sua concepção foi em grande parte, uma contribuição das mulheres. Detalharemos agora um pouco mais a atuação do movimento feminista na construção do PAISM.

O PAISM foi elaborado no final da ditadura militar e em meio a manifestações populares pelo retorno à democracia no país, em um contexto político de grandes debates, inclusive na área da saúde das mulheres. Sônia Correa refere que as feministas sustentavam o livre-arbítrio na esfera reprodutiva, especialmente para as mulheres, já que a reprodução é viabilizada através do corpo feminino. Segundo a autora, essa premissa incorporava-se à concepção mais ampla de cidadania e da responsabilidade do Estado pela saúde da população feminina. Nesse sentido, a assistência à concepção comporia uma política integral de saúde reprodutiva, no interior de um projeto democrático de um estado do bem estar social (Correa, 1993:3).

Observa-se, nesse contexto, um discurso médico negador da autonomia feminina, práticas e serviços médicos (tanto públicos como privados) desrespeitadores de direitos, o privilegiamento da medicina curativa e não preventiva, e um discurso controlista. Para combater essas atitudes, as

---

29 Para detalhamento sobre conceito de *advocacy*, ver RODRIGUES, Almira. *Advocacy*: Uma ação política de novo tipo. Disponível em: [http://www.cfemea.org.br/publicacoes/artigos\\_detalhes.asp?IDArtigo=6](http://www.cfemea.org.br/publicacoes/artigos_detalhes.asp?IDArtigo=6). Acesso em abril de 2009.



feministas buscam ampliar as alianças com diversos setores, como por exemplo, com demógraf@s, médic@s e acadêmic@s, instaurando um debate político sobre reprodução e contracepção na perspectiva da cidadania feminina e do direito das mulheres. É nesse sentido que questões como assistência de qualidade ao pré-natal, parto e puerpério; prevenção de DSTs e do câncer cervical e de mama; atenção às adolescentes e à menopausa instrumentalizariam a criação de uma política de saúde de atendimento integral à saúde das mulheres, o PAISM (Ávila e Correa, 1996).

A atuação de grupos autônomos feministas (criados pelas feministas não vinculadas ao Estado), em parceria com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e o Ministério da Saúde, contribuiu para que o PAISM surgisse como uma resposta estatal às demandas das mulheres no campo da saúde.

No entanto, após anos de luta pela criação e implementação do PAISM como uma política dirigida à saúde integral das mulheres, pode-se concluir que seus princípios continuam atuais, mas que não se constituiu enquanto política pública. As dificuldades de implementação dessa política, em que pese o esforço dos movimentos feministas para sua efetivação, e mesmo a sua retomada nos anos 90, não impediu que o PAISM fosse praticamente extinto, havendo um baixo índice de incorporação pelos sistemas municipal e estadual de saúde no país.

### 3- Processo Constituinte e conquistas das mulheres na nova Carta Magna

Entre os anos 1986 a 1988, quando da instalação da Assembléia Nacional Constituinte e da realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde, os movimentos de mulheres e feministas e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) passam a ter um papel decisivo na defesa e garantia dos direitos reprodutivos a serem fixados na nova Constituição.

Em 1986, os movimentos de mulheres juntamente com o CNDM articularam a Campanha "*Constituinte para valer tem que ter direitos da mulher*" e realizaram em Brasília um encontro que reuniu mais de 2 mil mulheres de todo o Brasil. Nesse encontro foram discutidas as propostas dos movimentos de mulheres para a Assembléia Nacional Constituinte e elaborada a "*Carta das Mulheres aos Constituintes*", trazendo demandas e propostas em diversos campos, inclusive no campo dos direitos sexuais e reprodutivos<sup>30</sup>. Dentre estas, destacamos (Cesar, 1995:17):

---

30 Ver conteúdo da Carta no Anexo I, ao fim desta publicação.

- a garantia de assistência integral à saúde da mulher em todas as fases de sua vida;
- a proibição de toda e qualquer experimentação em mulheres e homens;
- a vedação às entidades estrangeiras e nacionais ações impositivas que interferissem no exercício da sexualidade, bem como a proibição de promover o controle de natalidade;
- a garantia à mulher de conhecer e decidir sobre seu próprio corpo;
- a garantia à livre opção pela maternidade, e
- o acesso gratuito a métodos anticoncepcionais.

Ainda no ano de 1986, a primeira Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher também se constituiu em um evento relevante para as discussões no campo das políticas públicas de saúde das mulheres. Precedida de conferências estaduais, a Conferência Nacional foi palco de atuação decisiva das feministas e de cobrança política em face da ausência de compromisso do Estado para com a saúde das mulheres.

Nesse mesmo período, durante os trabalhos constituintes, as feministas lutaram para garantir o planejamento familiar como um direito constitucional. Mais ainda, elas conseguiram, durante a discussão do Preâmbulo da nova Constituição, que a proposição que incluía “a inviolabilidade do direito à vida desde a concepção”, captaneada pela Igreja Católica e por grupos religiosos conservadores, fosse rejeitada pelos constituintes.

A nova Constituição Brasileira é promulgada em outubro de 1988. Importante destacar que cerca de 80% das reivindicações apresentadas na “*Carta das Mulheres aos Constituintes*” foram contempladas na Carta Magna, demonstrando a força e ampla capacidade de articulação dos movimentos sociais de mulheres.

Em meio a esse importante e efervescente contexto social e político é criado na capital do país o Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), no ano de 1989. Desde então, o CFEMEA tem sido ator social fundamental na luta feminista pela garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Trabalhando em articulação com os movimentos feministas e de mulheres e participando de redes e articulações da sociedade civil, vem atuando junto ao Congresso Nacional e Executivo, monitorando as proposições legislativas, fazendo *advocacy* junto às/aos parlamentares, informando os movimentos sociais (principalmente movimentos feministas, de mulheres e de direitos humanos) e contribuindo para as conquistas legais das mulheres. Sem deixar de reconhecer a interligação entre os direitos sexuais e reprodutivos, atualmente tem centrado



sua atuação na consolidação e ampliação dos direitos reprodutivos, cumprindo papel crucial quando em jogo legislação afeta a esses direitos. Além disso, tem estimulado e participado do diálogo com setores médicos e acadêmicos, participando de seminários, debates, conferências nacionais e internacionais sobre o tema.

#### 4- O debate sobre a esterilização e o planejamento familiar

O debate em torno da regulação da fecundidade remonta aos anos de 1970. A partir daí, a **pílula anticoncepcional** e a **esterilização cirúrgica feminina** passam a ser os métodos anti-conceptivos mais usados no Brasil.

Na década de 80, o debate se intensificou com a participação ativa das feministas e com as discussões em torno da Assembléia Nacional Constituinte, conforme vimos anteriormente. Embora a Constituição Federal estabeleça que compete ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício do direito ao planejamento familiar, como a livre decisão do casal e, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas<sup>31</sup>, **a falta de uma regulamentação quanto à esterilização cirúrgica e seu uso indiscriminado gerou profundos debates.**

Até meados de 1990, embora não houvesse tipificação específica, a laqueadura tubária era entendida por muitos como lesão corporal gravíssima. No entanto, havia uma alta demanda pela esterilização no setor privado. Isso explica, segundo Berquó e Cavenaghi (2003), porque a laqueadura era praticada logo após a cirurgia cesariana.

A instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Esterilização em 1991 explicitou os riscos para a saúde das mulheres e, os abusos dessa prática conduzida de forma indiscriminada e clandestina. O debate contribuiu para que o ex-deputado Eduardo Jorge (PT/SP), que se identificava com as propostas feministas, apresentasse o Projeto de Lei 209/91, propondo a regulamentação do planejamento familiar e coibindo o processo de esterilização indiscriminada da população brasileira.

A proposta foi objeto de calorosos embates tanto na Câmara dos Deputados quanto no Senado Federal e, em 1996, o projeto foi aprovado e transformado na Lei nº 9.263/1996, no entanto, com

---

31 Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 7º - 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 desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

veto presidencial exatamente no que se referia à esterilização cirúrgica. À época, o Presidente da República Fernando Henrique Cardoso vetou os artigos 10, 11, o parágrafo único do artigo 14 e o artigo 15. Argumentava que os artigos 10 e 11 contrariavam o interesse público porque a esterilização significava uma “mutilação irreversível” e ainda permitia a esterilização de incapazes, mesmo que mediante autorização judicial, e isso não deixaria de prevenir uma possível violação da integridade física. Ainda argumentava que o parágrafo único do artigo 14 determinava que a esterilização somente poderia ser realizada pelas instituições que oferecem métodos reversíveis. Para o governo seria difícil de cumprir essas exigências face às diferenças entre as instituições, razão pela qual deveria o artigo ser vetado. O artigo 15 determinava as penas em caso de descumprimento do artigo 10. Como o artigo 10 fora vetado, o veto ao artigo 15 era uma decorrência lógica.<sup>32</sup>

O veto presidencial foi combatido pelas feministas e derrubado pelo Congresso Nacional e a Lei foi promulgada novamente em 1997. Em que pese todos os debates e a vigência da Lei, sabe-se que as mulheres continuam enfrentando dificuldades para o pleno acesso à laqueadura.

A chamada **Lei de Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996)**, além de regulamentar o exercício do direito reprodutivo, a partir de uma visão de atendimento integral à saúde, proibiu a utilização de ações políticas para qualquer tipo de controle demográfico e regulamentou a esterilização no País. *A elaboração da lei contou com a participação de feministas que discutiram a necessidade de regulamentar essa prática e pautaram importantes questões no debate, como a necessidade de um prazo para a realização da laqueadura, a autonomia feminina para decidir sobre sua realização e o consentimento esclarecido.*

Atualmente tramitam no Congresso Nacional diversas proposições legislativas propondo alterações na Lei de Planejamento Familiar, principalmente no que se refere à idade mínima para realização da esterilização. Muitas dessas propostas denunciam uma visão controlista sobre o planejamento familiar, o que exige um monitoramento atento do Congresso pelo CFEMEA, com vistas a evitar retrocessos legislativos.

## 5- A luta pelo direito ao aborto

Dentre os direitos reprodutivos, o direito ao aborto é, sem dúvida, o tema mais polêmico e controverso na sociedade brasileira. A descriminalização e legalização do aborto têm sido

---

32 Mensagem de veto 66. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/Mensagem\\_Veto/anterior\\_98/VEP-LEI-9263-1996.pdf](http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/Mensagem_Veto/anterior_98/VEP-LEI-9263-1996.pdf). Acesso em abril de 2009.



uma reivindicação feminista de longa data e objeto de maior enfrentamento moral e ético em nosso país. A importância desse tema para os direitos reprodutivos das mulheres é inegável, merecendo uma discussão à parte. Nesse debate, o papel do CFEMEA na articulação e no monitoramento legislativo revelou-se fundamental para a proposta feminista de descriminalização e legalização do aborto.

Buscando ampliar o leque político de aliados nesse controverso tema, as feministas iniciam um profícuo diálogo com setores médicos, acadêmicos e demógrafos. A Conferência sobre Mortalidade Materna em 1990 e sobre o Aborto em 1991 marcam a constituição de um diálogo que perdura até hoje. A Conferência sobre Mortalidade Materna expressou o compromisso de reduzir a morte materna na gestação, parto e puerpério, de instituir comitês para o monitoramento da mortalidade materna, e de melhorar o sistema de informação demográfica, saúde e serviços. A Conferência sobre o aborto (1991) foi um momento importante para essa discussão, denunciando a morte de mulheres em virtude de abortamentos inseguros e exigindo a descriminalização e legalização do aborto no país.

Segundo Barsterd, no início dos anos 90, os movimentos feministas concentravam o debate sobre o aborto em torno da garantia do atendimento na rede pública de saúde nos casos de interrupção da gravidez já previstos em lei, conhecido como aborto legal.<sup>33</sup> *A luta pelo atendimento dos casos de aborto previstos em lei na rede pública de saúde começou no final dos anos 80, tendo o primeiro serviço sido instalado em 1989, por iniciativa do governo municipal de São Paulo. A implementação desse serviço na rede pública de saúde só foi possível a partir de longa luta dos movimentos de mulheres (Cesar, 1995:45).*

Como lembra Isabel Baltar da Rocha (1996), na década de 1980 os movimentos feministas passaram a participar das discussões no Parlamento sobre o aborto, tornando-se um dos grupos sociais mais atuantes. Estudo realizado pela autora (1996) constatou que no período de 1983-1991, que envolveu três legislaturas, foram apresentadas treze proposições referentes ao aborto. Já no período entre 1991-1995, em apenas uma legislatura, foram apresentadas dezoito

---

33 Segundo o Código Penal brasileiro (Decreto-lei nº 2.848 de 1940):

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

**Aborto necessário**

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

**Aborto no caso de gravidez resultante de estupro**

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.



proposições, em sua maioria favoráveis à descriminalização, evidenciando a intensificação do debate e a forte presença dos movimentos de mulheres. Como dado histórico, comente-se que o primeiro Projeto de Lei sobre a matéria e com influência feminista, foi de autoria da ex-deputada Cristina Tavares (PMDB/PE), em 1983 (Rocha, 1996).

Em 1994, acirram-se as discussões sobre o aborto e o planejamento familiar no Congresso Nacional. Várias campanhas são realizadas pelos movimentos de mulheres, tais como *Mulheres na Revisão Constitucional - Nenhum Direito a menos!*, a *Campanha Nacional pela Vida das Mulheres*, a *Campanha Nacional pela Regulamentação do Atendimento aos Casos de Aborto previstos em Lei na Rede Pública de Saúde* e a *Campanha pelos Direitos Humanos das Mulheres*, todas com a participação ativa do CFEMEA e de outras redes e organizações feministas, tais como Rede Feminista de Saúde, Católicas pelo Direito de Decidir, Articulação de Mulheres Brasileiras, dentre outras.

Em 1995 estava em discussão no Congresso Nacional a Proposta de Emenda Constitucional 25/1995 (PEC 25/95) que propunha incluir na Carta Magna a “*inviolabilidade do direito à vida desde a sua concepção*” defendida pela Igreja Católica. Se aprovada, essa emenda proibiria a realização do aborto em quaisquer circunstâncias, incluindo também o aborto já previsto em lei. Para combater essa investida dos setores conservadores da Igreja Católica, algumas organizações feministas, dentre as quais o CFEMEA e a Rede Feminista de Saúde (RedeSaúde) lançaram a campanha nacional “*Pela Vida das Mulheres - Nenhum Direito a Menos!*” envolvendo inúmeras organizações de mulheres. Ao CFEMEA coube o papel de ponto focal da comunicação da Campanha, informando sistematicamente às organizações de mulheres todo o desenrolar do processo de discussão sobre o aborto no Congresso Nacional (Cesar, 1995:34). O trabalho do CFEMEA envolveu conhecer o posicionamento d@s parlamentares sobre a questão. Foram assim realizadas pesquisas informativas sobre a posição d@s parlamentares, tornando-se um trabalho regular da instituição. *Essa metodologia de monitoramento do debate revelou-se produtiva e eficaz, pois ao final a emenda foi rejeitada pela ampla maioria dos congressistas* (Cesar, 1995).

### Casos de aborto previstos em lei – aborto legal

No que se refere ao abortamento legal, apesar de ser um direito garantido desde o Código Penal de 1940, os serviços no país eram reduzidíssimos e em 1993, apenas três hospitais públicos do país realizavam o procedimento. O projeto de lei nº 20/1991 (PL 20/91), que garante



sua realização na rede pública de saúde, tramita no Congresso Nacional desde 1991<sup>34</sup>. Em 1997, a *Campanha Nacional pela Regulamentação do Atendimento dos Casos de Aborto Previstos por Lei na Rede Pública* reabre o debate sobre a necessidade de garantir o abortamento legal no país. Esse debate conta com a intensa participação de entidades e redes feministas como a Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB), a Rede Feminista de Saúde (RFS), além da União Nacional de Estudantes (UNE), a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

A campanha teve como suporte ações de grande impacto, como os 50 mil cartões-postais contendo a mensagem a favor do atendimento dos casos de aborto previstos em lei na rede pública de saúde e, a solicitação da aprovação do PL 20/91 ao Congresso Nacional. Conforme lembra Guacira Cesar, “centenas de organizações de mulheres se incumbiram de colher assinaturas nos cartões e remetê-los ao CFEMEA que, em conjunto com a RedeSaúde e algumas parlamentares, articulou a entrega dos cartões ao Presidente da Câmara dos Deputados no mesmo dia em que uma Comissão Geral seria instalada para discutir o PL”. (Cesar, 1995).

Durante essa campanha, foram elaborados e distribuídos vários documentos e dossiês que continham importantes informações com o objetivo de sensibilizar e subsidiar parlamentares na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. As articulações dos movimentos de mulheres levaram à instalação de uma Comissão Geral para deliberar sobre o PL 20/91. Ao instalar essa Comissão, o poder Legislativo conferiu ao tema do aborto status de matéria política relevante, prioritária e urgente e isso pode ser considerada uma grande vitória para os movimentos. (Cesar, 1995).

### A luta se intensifica

Ademais, todas essas ações e esforços foram fundamentais para que a defesa do direito ao aborto em caso de estupro e risco de vida da gestante extrapolasse as fronteiras dos movimentos feministas e passasse a ser um debate de toda a sociedade.

Em fevereiro de 2004, os movimentos feministas criam, em Brasília, as Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro, uma articulação política ampla pelo acesso ao aborto legal e seguro, formada por inúmeras redes e organizações feministas. Desde sua criação, as Jornadas vêm buscando e conseguindo apoio de diferentes setores da sociedade para a luta pela legalização do

---

34 Atualmente o Projeto de Lei nº 20/91 está parado, aguardando sua apreciação pelo Plenário da Câmara dos Deputados.

aborto no Brasil, demonstrado a força da articulação dos movimentos de mulheres.

Em julho de 2004, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, convocam e realizam a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), com a participação de quase 2 mil mulheres de todo o país. Na plenária da I Conferência, as mulheres aprovaram, por ampla maioria, a revisão da legislação punitiva do aborto. Durante a realização das conferências estaduais, as diversas organizações e redes dos movimentos de mulheres realizaram um grande trabalho para que essas conferências recomendassem a legalização do aborto, sendo que em 26 das 27 conferências regionais, a recomendação foi aprovada. E, a partir das articulações dos movimentos no processo da I Conferência, a revisão da lei punitiva do aborto compôs as prioridades do I PNPM (Plano Nacional de Políticas para as Mulheres).

Por este motivo, foi criada uma Comissão Tripartite, composta por representantes dos poderes Executivo, Legislativo e sociedade civil para estudar a legislação e as questões relativas à criminalização do aborto no Brasil e indicar uma solução. Essa comissão trabalhou de abril a agosto de 2005 e concluiu seus trabalhos apresentando um anteprojeto de lei que legaliza o aborto no Brasil com prazos definidos, regulamenta seu atendimento e o oferecimento de métodos contraceptivos para uma prática de planejamento reprodutivo.

**Durante o andamento dos trabalhos da Comissão Tripartite, destacou-se a contribuição das feministas, com destaque para as especialistas na área do Direito, subsidiando a construção de uma proposta para a mudança da situação do aborto no país.**

O anteprojeto é entregue, pela Ministra Nilcéia Freire (SPM), à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados, após uma série de articulações que envolveram o Poder Executivo, Secretaria de Políticas para as Mulheres, parlamentares e a sociedade civil, em especial as Jornadas Pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro. A proposta da Comissão Tripartite foi incorporada ao substitutivo ao PL 1.135/91 apresentado pela ex-deputada Jandira Feghali (PC do B/RJ).<sup>35</sup>

---

35 O PL trata da descriminalização do aborto, propondo a retirada do artigo 124 do Código Penal que criminaliza a mulher que realiza um aborto ou que consente que outra pessoa o realize. O substitutivo refere-se a um texto diferente que o parlamentar relator da proposta pode elaborar para contradizer o texto original. Assim, Jandira Feghali, que era a relatora da proposta original na Comissão de Seguridade Social e Família, pôde incorporar no seu texto substitutivo o conteúdo do anteprojeto de lei da Comissão Tripartite. Como ela não foi reeleita, esse texto substitutivo foi arquivado e o texto original do PL 1135 foi entregue a um novo relator que construiria novo parecer. O deputado Jorge Mudalen (DEM/SP) apresentou um texto contrário ao da proposta original e mantinha, dessa forma, a criminalização das mulheres que recorrerem a um aborto fora dos dois casos permitidos. Seu parecer foi aprovado em maio de 2008 na CSSF.



Em 2007 é realizada a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (II CNPM) e novamente as mulheres discutiram e aprovaram a proposta de legalização do aborto, bem como o encaminhamento pelo poder Executivo da proposta produzida pela Comissão Tripartite ao poder Legislativo. No entanto, dessa vez a reivindicação das mulheres não foi incluída no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM).

O ano de 2007 marca também o início de uma nova legislatura no Congresso Nacional (53ª Legislatura), com a entrada de nov@s parlamentares em cena. Essa legislação é marcada pelo forte conservadorismo em relação à atuação dos movimentos sociais e temas relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos sofrem constantes ameaças de retrocessos e dificuldades de avanços. Foram criadas diversas Frentes parlamentares contra o aborto e o discurso fundamentalista religioso cresce e se articula.

No âmbito federal, várias são as propostas (cerca de 40) que propõem de alguma forma retroagir direitos já conquistados e criminalizar as mulheres. A maioria destas é de autoria de deputados filiados a partidos da base governista. São projetos que prevêem desde o agravamento da pena para a prática do aborto, suspensão do fornecimento de anticoncepção de emergência, até a inclusão do aborto no rol dos crimes hediondos, equiparando-o aos crimes de tortura, estupro e tráfico de drogas.

Nesse contexto, em 2008, o Projeto de Lei 1.135/91, que propunha a descriminalização do aborto e que tramitava há 17 anos no Congresso foi rejeitado nas Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF) e Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC) da Câmara dos Deputados. No entanto, a rejeição nas Comissões não significou a perda total da proposição, pois que ainda aguarda a votação de recurso apresentado pelo Deputado José Genoíno (PT/SP) para que possa ser apreciada pelo Plenário da Câmara dos Deputados.

Observa-se também que o Poder Legislativo nas esferas estaduais e municipais têm efetuado tentativas para revogar a Norma Técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, para impedir a realização do abortamento legal e para proibir a distribuição da anticoncepção de emergência. Nesse sentido, no município de Jundiaí (SP) legislação municipal foi sancionada em março de 2008 proibindo a distribuição da anticoncepção de emergência. A Lei municipal foi questionada pelo Ministério Público do Estado e por organizações feministas e considerada inconstitucional pelo Tribunal de Justiça de São Paulo em fevereiro de 2009. A medicação da anticoncepção de emergência voltou a ser distribuída nos postos de saúde de Jundiaí em março desse ano.

Na mesma linha das propostas que buscam retrocessos na legislação e políticas públicas relacionada aos direitos reprodutivos, ao final de 2008, foi assinada a proposta de criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, conhecida como CPI do Aborto. Propõe –se investigar a existência do comércio clandestino de substâncias abortivas e da prática do aborto no Brasil. A criação desta CPI representa mais uma nítida tentativa de criminalizar as mulheres e os movimentos feministas que lutam pela descriminalização e legalização do aborto. Como referência à perseguição das mulheres na idade média os movimentos feministas apelidaram esta Comissão de **CPI da fogueira** e vem denunciando para a mídia o que ela significa.

Diante dessas ofensivas de setores fundamentalistas que propõem verdadeiros retrocessos à legislação e políticas públicas, cresce a importância da atuação atenta e constante realizada pelo CFEMEA, em articulação com os movimentos de mulheres. Como integrante das Jornadas pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro, da Articulação de Mulheres Brasileiras e da Rede Feminista de Saúde dentre outras, vem participando de todas as ações, articulações e debates sobre o tema. Dessa forma, vem informando e discutindo com os movimentos todas as estratégias relacionadas ao Congresso Nacional, o que vem sendo fundamental para a rejeição de propostas que pretendem retirar direitos das mulheres, que por sua vez significa uma importante vitória para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil.

O CFEMEA juntamente com as redes nas quais atua também vem pautando a mídia com argumentos e subsídios pela legalização do aborto e pela realização da autonomia reprodutiva das mulheres. Além disso, vem denunciando o desrespeito à laicidade do Estado brasileiro por diversos/as parlamentares e movimentos contrários à autonomia das mulheres. Essas ações têm contribuído para a sensibilização da opinião pública, que vem discutindo mais sobre o tema.

Por fim, para fortalecer as mobilizações sociais em torno do direito ao aborto, [foi criada e lançada a Frente Nacional pelo Fim da Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto em setembro de 2008](#). Atualmente a Frente nacional está se organizando em todos os estados do Brasil com o objetivo de articular pessoas de diferentes movimentos e setores sociais, para lutar pelo direito ao aborto seguro e denunciar os processos de criminalização das mulheres em curso.

## 6 - Considerações Finais

Ao longo deste trabalho, ficou evidente a forte influência da atuação dos movimentos organizados de mulheres na luta pela criação e implementação tanto da legislação como das políticas



dirigidas à saúde sexual e reprodutiva. Desde a concepção e constituição do SUS (Sistema Único de Saúde), à elaboração e implantação do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), à legislação que envolve os direitos sexuais e reprodutivos, à luta pela descriminalização e legalização do aborto, as feministas têm buscado ampliar e consagrar os direitos das mulheres.

Uma retrospectiva desses 20 anos de luta dos movimentos de mulheres pela garantia dos direitos reprodutivos permite dizer que houve importantes avanços nesse campo. A primeira e mais importante mudança é, sem dúvida, a existência da própria Constituição Federal e seu capítulo sobre os direitos e garantias fundamentais. Igualmente, o reconhecimento da legislação internacional dos direitos humanos e sua incorporação ao ordenamento jurídico nacional em muitos dos aspectos que envolvem os direitos reprodutivos também é um indicativo de progresso. Há vinte anos, a própria utilização da terminologia **direitos reprodutivos** era inovadora. Atualmente, a expressão está consagrada tanto no âmbito jurídico quanto nas políticas públicas. Do mesmo modo, a legislação infraconstitucional também informa conquistas no campo formal dos direitos reprodutivos das mulheres.

No entanto, em que pese os avanços legais e os esforços feministas, o acesso aos serviços públicos de saúde de qualidade e o exercício pleno da autonomia reprodutiva ainda não são uma realidade no país. As mulheres ainda sofrem com a omissão legal, com o preconceito, a discriminação e a fraca atuação dos poderes constituídos na implementação dos seus direitos fundamentais. Para sua total realização impõe-se que o Estado brasileiro cumpra com as determinações constitucionais e internacionais e tome a saúde reprodutiva das mulheres como prioridade.

O Estado Brasileiro tem metas internacionais a cumprir para a melhoria da saúde das mulheres. Os Objetivos do Milênio, especialmente os objetivos 4 (redução da mortalidade infantil), 5 (redução da mortalidade materna) e 6 (combate o HIV/AIDS) relacionam-se diretamente à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Para exemplificar, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir a mortalidade materna em 75% até 2015. No entanto, conforme observamos ao longo desse trabalho, a taxa de mortalidade materna não está diminuindo, o que significa que as políticas públicas precisam ser repensadas.

Do ponto de vista legal, a criminalização do aborto aparece como um dos maiores obstáculos à realização mais ampla dos direitos reprodutivos das mulheres. No que se refere aos demais direitos, dados estatísticos apresentados nesta publicação mostram que, apesar de sua existência formal, eles ainda sofrem para serem implementados. Esse é o caso, por exemplo, do direito ao planejamento reprodutivo ou familiar, da proteção à maternidade, do acesso aos

métodos contraceptivos, da prevenção à contaminação pelo HIV, sem falar dos serviços para o abortamento legal.

Analisando-se a legislação sob a perspectiva da realização dos direitos e de sua efetividade na vida das mulheres, ainda há muito que fazer e um longo caminho a percorrer. A existência desse marco constitucional que estabelece direitos e garantias fundamentais precisa ser aplicado por todos os poderes constituídos: pelo Executivo, quando da elaboração e monitoramento das políticas públicas; pelo Legislativo, quando da elaboração de leis, e pelo Poder Judiciário, na interpretação dessas leis. No entanto, observa-se o descumprimento das normas e uma interpretação jurídica desfavorável aos direitos das mulheres quando em discussão o direito à autonomia reprodutiva, principalmente no caso do aborto e da anticoncepção de emergência. A permanência da norma penal que criminaliza o aborto no Brasil fere os compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro e o direito fundamental à saúde, a liberdade, dignidade e autonomia das mulheres.

Os direitos reprodutivos estão fundados nos princípios constitucionais e se constituem em direitos fundamentais, razão pela qual uma interpretação conforme a Constituição seria, do ponto de vista jurídico, suficiente para a sua afirmação. Igualmente, ao assinar documentos internacionais de direitos humanos, o Estado brasileiro assume a responsabilidade internacional pelo seu cumprimento e responde perante a comunidade internacional pela violação desses compromissos. Assim, há uma dupla obrigatoriedade de dar eficácia aos direitos reprodutivos, uma oriunda da Constituição e outra dos instrumentos internacionais de direitos humanos.

No entanto, sabemos que a existência formal de um direito é importante, mas não é garantia de sua realização material. A efetividade da legislação pertinente aos direitos reprodutivos depende, portanto, de decisão política do governo federal e demais esferas de poder. Além do cumprimento da legislação existente, os governos têm o dever de fiscalizar e de punir os estabelecimentos públicos e privados de saúde que desrespeitam os direitos das mulheres. Assim, a fiscalização de normas emitidas pelo executivo federal é uma condição necessária para o cumprimento da legislação referente aos direitos reprodutivos.

Mais ainda, não basta a existência da legislação e da fiscalização. É preciso investimento significativo em recursos humanos e financeiros, através de capacitação permanente dos servidores públicos, da destinação de recursos orçamentários para o aparelhamento de hospitais e unidades de saúde e, da qualificação das equipes médicas. Só assim as normas – tais como as que visam atendimento humanizado ao parto e em caso de violência sexual - poderão ser respeitadas.



Nesse sentido, a descriminalização e legalização do aborto é medida urgente para a garantia do acesso à saúde das mulheres e redução da mortalidade materna em decorrência de abortamentos inseguros. A magnitude do aborto revela um grave problema de saúde e não um problema policial e, o Estado tem o dever de atuar a partir desse entendimento. O oferecimento em todo o país do serviço de abortamento legal é outro mecanismo para a redução de mortes por aborto inseguro e exercício de direito decorrente da liberdade sexual e reprodutiva. Além disso, a distribuição da anticoncepção de emergência em todos os serviços de saúde, públicos ou conveniados, é uma imposição do direito à saúde e acesso à medicação.

Igualmente, o oferecimento de programas para o aumento do conhecimento das mulheres sobre seus direitos é uma medida importante para o aumento da qualidade dos serviços, do acesso à medicação, aos métodos anticoncepcionais e à informação sobre cuidados com a saúde reprodutiva.

A realização permanente de pesquisas e atualização de dados permite o planejamento das políticas públicas, um investimento mais seguro e informação sobre a saúde das mulheres. Capacitar os serviços de saúde para obter dados confiáveis sobre mortalidade materna, abortamento legal, acesso e qualidade desses serviços, dentre outros, é condição necessária para a afirmação dos direitos reprodutivos das mulheres.

No mesmo sentido, políticas públicas dirigidas especialmente às mulheres negras, lésbicas e aquelas em situação de maior vulnerabilidade social, é medida urgente para a eliminação da discriminação étnico-racial e da lesbofobia nos serviços de saúde e de promoção da saúde sexual e reprodutiva. O oferecimento de métodos anticoncepcionais modernos e acessíveis a todas as mulheres, bem como o direito à informação objetivando garantir o direito de escolha e a redução da esterilização das mulheres deve ser uma política constante no campo da saúde.

Reforçamos a necessidade urgente de maiores investimentos públicos na saúde da mulher, de elaboração de leis em consonância com a Constituição Federal, e da interpretação constitucional dos direitos reprodutivos. Essas são algumas condições inafastáveis para a plena cidadania sexual e reprodutiva das mulheres brasileiras.

Da mesma forma, a fiscalização por parte da sociedade e dos movimentos de mulheres tem se revelado importante mecanismo de controle social que deve ser exercido permanentemente. Apesar de avaliarmos que estamos diante de uma reação conservadora em um contexto reacionário, reconhecemos que os movimentos de mulheres vêm construindo possibilidades de avanços nas questões relacionadas à saúde reprodutiva.



Não podemos deixar de considerar fundamental também o investimento de esforços para eleger pessoas comprometidas com a defesa dos direitos reprodutivos, principalmente da legalização do aborto, contribuindo para alterar a correlação de forças no Legislativo.

Por fim, ressaltamos a importância da ampliação das articulações e mobilizações com outros movimentos sociais e demais setores da sociedade, para contribuir na construção de um debate público amplificado que fortaleça as bases de sustentação e do entendimento de que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, sua legislação e implementação, são políticas que visam fortalecer e aprimorar a democracia.



ANEXO

## CARTA DAS MULHERES AOS CONSTITUINTES, 1987

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, em novembro de 1985, lançou a Campanha Mulher e Constituinte. Desde então, o CNDM percorreu o país, ouviu as mulheres brasileiras e ampliou os canais de comunicação entre o movimento social e os mecanismos de decisão política, buscando fontes de inspiração para a nova legalidade que se quer agora. Nessa Campanha, uma certeza consolidou-se: **CONSTITUINTE PRA VALER TEM QUE TER PALAVRA DE MULHER.**

Para nós, mulheres, o exercício pleno da cidadania significa, sim, o direito à representação, à voz e à vez na vida pública, mas implica, ao mesmo tempo, a dignidade na vida cotidiana, que a lei pode inspirar e deve assegurar, o direito à educação, à saúde, à segurança, à vivência familiar sem traumas. O voto das mulheres traz consigo essa dupla exigência: um sistema político igualitário e uma vida civil não autoritária.

Nós, mulheres, estamos conscientes que este país só será verdadeiramente democrático e seus cidadãos e cidadãs verdadeiramente livres quando, sem prejuízo de sexo, raça, cor, classe, orientação sexual, credo político ou religioso, condição física ou idade, for garantindo igual tratamento e igual oportunidade de acesso às ruas, palanques, oficinas, fábricas, escritórios, assembleias e palácios.

Nesse importante momento, em que toda a sociedade se mobiliza para uma reconstituição de seus ordenamentos, gostaríamos de lembrar, para que não se repita, o que mulheres já disseram no passado:

“Se não for dada a devida atenção às mulheres, estamos decididas a fomentar uma rebelião, e não nos sentiremos obrigadas a cumprir leis para as quais não tivemos voz nem representação” (Abigail Adams, 1776).

Hoje, dois séculos após estas palavras, no momento em que a sociedade brasileira se volta para a elaboração de uma nova Constituição, nós, mulheres, maioria ainda discriminada, exigimos tratamento especial à causa que defendemos.

Confiamos que os constituintes brasileiros, mulheres e homens, sobre os quais pesa a grande responsabilidade de refletir as aspirações de um povo sofrido e ansioso por melhores condições de vida, incorporem as propostas desta histórica Campanha do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

Eis o que nós, mulheres, reunidas num Encontro Nacional, no dia 26 de agosto de 1986, queremos:

## I - Princípios gerais

Para a efetivação do princípio de igualdade é fundamental que a futura Constituição Brasileira:

- 1 - Estabeleça preceito que revogue automaticamente todas as disposições legais que impliquem em classificações discriminatórias;
- 2 - Determine que a afronta ao princípio de igualdade constituirá crime inafiançável;
- 3 - Acate, sem reservas, as convenções e tratados internacionais de que o país é signatário, no que diz respeito à eliminação de todas as formas de discriminação;
- 4 - O reconhecimento da titularidade do direito de ação aos movimentos sociais organizados, sindicatos, associações e entidades da sociedade civil, na defesa dos interesses coletivos.

Leis complementares e demais normas deverão garantir a aplicabilidade desse princípio.

## II - Reivindicações específicas<sup>36</sup>

### Família

A nova Constituição deverá inspirar diversas mudanças na legislação civil, estabelecendo:

---

36 Apresentamos aqui as reivindicações específicas referentes à **saúde** das mulheres, enfrentamento à **violência** e direitos de **família** – esses dois últimos pela interface com os **direitos sexuais e reprodutivos**. A carta completa dispõe sobre outros temas que serão alvo de discussão nas próximas publicações da *Coleção 20 Anos de Cidadania e Feminismo*. A parte sobre **trabalho** das mulheres, por exemplo, consta na publicação que inaugurou a coleção, “Trabalhadoras Domésticas em Luta: direitos, igualdade e reconhecimento”, organizada por Eneida Vinhaes Dultra e Natalia Mori. CFEMEA, Brasília: 2008, disponível no website do CFEMEA: [www.cfemea.org.br](http://www.cfemea.org.br) em Publicações.

- 1 - A plena igualdade entre os cônjuges no que diz respeito aos direitos e deveres quanto à direção da sociedade conjugal, à administração dos bens do casal, à responsabilidade em relação aos filhos, à fixação do domicílio da família, ao pátrio poder;
- 2 - A plena igualdade entre o casal no que concerne ao registro de filhos;
- 3 - A plena igualdade entre os filhos não importando o vínculo existente entre os pais;
- 4 - A proteção da família, seja ela instituída civil ou naturalmente;
- 5 - Acesso da mulher rural à titularidade de terras em Planos de Reforma Agrária qualquer que seja seu estado civil;
- 6 - A maternidade e a paternidade constituem valores sociais fundamentais, devendo o Estado assegurar os mecanismos do seu desempenho;
- 7 - A lei coibirá a violência na constância das relações familiares, bem como o abandono dos filhos menores.

### Saúde

- 1 - O princípio “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, na especificidade “mulher”, deve garantir que as ações de saúde prestadas à população sejam entendidas como atos de co-participação entre todos e o Estado, envolvendo direitos e deveres de ambos.
  - 1.1 - Criação de um Sistema Único de Saúde constituído a partir de uma nova política nacional de saúde e implementado por serviços públicos de saúde coletiva e assistência médica integrados; submetendo-se os serviços privados às diretrizes e controle do Estado;
  - 1.2 - O Sistema Único de Saúde deve ser gerido e fiscalizado pela população organizada, que, através de Conselhos Comunitários, deverá participar das decisões sobre Programas e Financiamentos.
- 2 - Garantia de Assistência Integral à Saúde da Mulher em todas as fases da sua vida, independentemente de sua condição biológica de procriadora, através de programas governamentais discutidos, implementados e controlados com a participação das mulheres.
- 3 - Proibição de toda e qualquer experimentação com mulheres e homens de substâncias, drogas, meios anticoncepcionais que atentem contra a saúde e não sejam de pleno conhecimento dos usuários nem fiscalizados pelo poder público e a população.
  - 3.1 - Fiscalização da produção, venda, distribuição e comercialização de meios químicos e hormonais de contracepção, proibindo a comercialização de drogas em fase de experimentação por empresas nacionais ou multinacionais.

- 4 - Garantia a todos os cidadãos, homens e mulheres, contribuintes ou sujeitos de direito, da igualdade de tratamento em todas as ações da Previdência Social.
- 5 - Será vedada ao Estado e às entidades nacionais e estrangeiras toda e qualquer ação impositiva que interfira no exercício da sexualidade. Da mesma forma, será vedada ao Estado e às entidades nacionais e estrangeiras, públicas ou privadas, promover o controle da natalidade.
- 6 - Será garantido à mulher o direito de conhecer e decidir sobre seu próprio corpo.
- 7 - Será garantido à mulher o direito de amamentar seus filhos ao seio.
- 8 - O Estado reconhecerá à maternidade e à paternidade relevante função social, garantindo aos pais os meios necessários à educação, creche, saúde, alimentação e segurança de seus filhos.
- 9 - Garantia de livre opção pela maternidade, compreendendo-se tanto a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, como o direito de evitar ou interromper a gravidez sem prejuízo para a saúde da mulher.
- 10 - É dever do Estado oferecer condições de acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais, usando metodologia educativa para esclarecer os resultados, indicações, contra-indicações, vantagens e desvantagens, alargando a possibilidade de escolha adequada à individualidade de cada mulher e, ao momento específico, de sua história de vida.

## **Violência**

- 1 - Criminalização de quaisquer atos que envolvam agressões físicas, psicológicas ou sexuais à mulher, fora e dentro do lar.
- 2 - Consideração do crime sexual como “crime contra a pessoa” e não como “crime contra os costumes”, independentemente de sexo, orientação sexual, raça, idade, credo religioso, ocupação, condição física ou mental ou convicção política.
- 3 - Considerar como estupro qualquer ato ou relação sexual forçada, independente do relacionamento do agressor com a vítima, de ser esta última virgem ou não e do local em que ocorra.
- 4 - A lei não dará tratamento nem preverá penalidade diferenciados aos crimes de estupro e atentado violento ao pudor.
- 5 - Será eliminada da lei a expressão “mulher honesta”.
- 6 - Será garantida pelo Estado a assistência médica, jurídica, social e psicológica a todas as vítimas de violência.

- 7 - Será punido o explorador ou exploradora sexual da mulher e todo aquele que a induzir à prostituição.
- 8 - Será retirado da lei o crime de adultério.
- 9 - Será responsabilidade do Estado a criação e manutenção de albergues para mulheres ameaçadas de morte, bem como o auxílio à sua subsistência e de seus filhos.
- 10 - A comprovação de conjunção carnal em caso de estupro poderá realizar-se mediante laudo emitido por qualquer médico, da rede pública ou privada.
- 11 - A mulher terá plena autonomia para registrar queixas, independentemente da autorização do marido.
- 12 - Criação de Delegacias Especializadas no atendimento à mulher em todos os municípios do país, mesmo naqueles nos quais não se disponha de uma delegada mulher.

CONSTITUINTE PRA VALER TEM QUE TER DIREITOS DA MULHER!

## Referências Bibliográficas

ÁVILA, Maria Betânia. **Modernidade e Cidadania Reprodutiva**. *Revista Estudos Feministas*, n.2, 1993, p.382.

\_\_\_\_\_. Sexualidade e “política” na perspectiva feminista. **Sexualidade e Política na América Latina**. Richard Parker. Sônia Correa (Org.). Rio de Janeiro: Abia, 2003, p. 26.

ÁVILA, Maria Betânia. **Reflexões sobre direitos reprodutivos**. Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos, Direitos Humanos: III Seminário Regional. São Paulo: Cladem, 2003.

ÁVILA, Maria Betânia. CORREA, Sônia. **O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos**. Disponível em:

<http://www.geocities.com/catolicas/articulos/dersex/omovim.htm>. Acesso em abril de 2009

BARSTERD, Leila Linhares. **O movimento feminista e a descriminalização do aborto**. *Revista Estudos Feministas*, Vol. 5, N.2, 1997, p.397-402.

BEMFAM: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996 – PNDS. IDB, p.297.

BERQUÓ, E. A esterilização feminina hoje. Apud VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência**. *Rev. Saúde Pública*, 28 (6): 440--8, 1994.

BERQUÓ, Elza. CAVENAGHI, Suzana. **Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária**. *Cad. Saúde Pública* v.19 supl.2 Rio de Janeiro 2003.

CFEMEA. **Incidência Feminista no Processo Orçamentário da União. A experiência do CFEMEA**. Brasília, 2006. Disponível em:

<http://www.cfemea.org.br/pdf/incidenciafeministaprocessoorcamentario.pdf>



CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **Bringing Rights to Bear: an analysis of the Work of UN Treaty Monitoring Bodies on Reproductive and Sexual Rights**. New York: Center for Reproductive Rights, 2002, p.13.

CORREA, Sônia. **PAISM, uma história sem fim**. Revista Brasileira de Estudos Populacionais. Campinas: vol. 10, 1993.

COSTA, Suely Gomes. **Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva**. Revista Estudos Feministas, vol. 10, 2002, p.312.

COSTA, Ana Maria. **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada**. Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

CUNHÃ COLETIVO FEMINISTA. Revista Toques de Saúde: Mortalidade Materna. João Pessoa, 2008, No.6.

DE OLIVEIRA, Guacira Cesar. **Direito ao Aborto em Debate no Parlamento**. Brasília: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e Centro Feminista de Estudos e Assessoria. p. 17. 1995.

FONSECA, Maria Goretti Pereira. SZWARCOWALD, Célia Landmann. BASTOS, Francisco Inácio. **Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997**. Rev Saúde Pública 2002;36(6):678-85.

GROSSI, Miriam Pillar. **Feministas históricas e novas feministas no Brasil**. Antropologia de Primeira Mão. Florianópolis. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal de Santa Catarina.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADAS. **Demografia e Gênero**.

PNAD 2007: **primeiras análises**, vol.3, 2007.



- IPEA - **Relatório Políticas Sociais**, IPEA, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estudo de Mortalidade Materna de Mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na Mortalidade Materna**. Relatório Final. Organização LAURENTI, Ruy et al, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e culturais**, 2008.
- OSIS, Maria José Martins. **PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998.
- PORTELLA, Ana Paula. **Reflexões finais. Sexualidade e Política na América Latina**. Richard Parker. Sônia Correa (Org.). Rio de Janeiro: Abia, 2003.
- PORTELLA, Ana Paula. **O programa de saúde da família e a saúde da mulher**. Jornal da Rede Feminista de Saúde, No. 27, 2005, p.14-17.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê. Aborto: mortes Preveníveis e evitáveis**. Belo Horizonte, 2005.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Jornal. **PAISM, 20 anos depois**. Belo Horizonte, 2005, No. 27.
- ROCHA, Baltar da Maria Isabel. **A questão do aborto no Brasil: o debate no Congresso**. Revista Estudos Feministas. Rio de Janeiro, Vol.4, No. 2, 1996, p.381
- RODRIGUES, Almira. **Advocacy: Uma ação política de novo tipo**. Disponível em: [http://www.cfemea.org.br/publicacoes/artigos\\_detalhes.asp?IDArtigo=6](http://www.cfemea.org.br/publicacoes/artigos_detalhes.asp?IDArtigo=6). Acesso em abril de 2009.
- ROLAND, Edna. **Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil**. Florianópolis: Revista Estudos Feministas, vol.3, No 2, 1995, p. 506-514.

SILVA, Suzana Veleda da. **Inovações nas Políticas Populacionais: O Planejamento Familiar no Brasil**. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona, Nº 69 (25), 2000.

VENTURA Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. São Paulo: 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: UNAIDS. **Aids epidemic update**, 2007.

WHO. Maternal Mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank



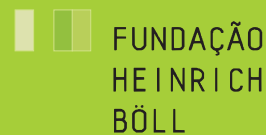


Sobre o uso do símbolo @ no conteúdo desta publicação:

“Neste texto, ..., quando queremos reforçar que determinada informação ou dado se refere a mulheres e a homens, utilizamos o recurso do sinal @ para designar esse conjunto, não incluindo as mulheres no masculino, como é comum se fazer na Língua Portuguesa. Por exemplo, ao escrevermos candidatos para nos referirmos às mulheres e aos homens (...), grafamos a palavra dessa forma, candidat@s, utilizando o sinal @ para designar os universos que incluem mulheres e homens. Assim, deixamos de usar o masculino como sinônimo de humano. (...) Muitas vezes a utilização da @ pode causar estranheza, ou mesmo incômodo. Mas entendemos que essa estranheza é positiva, pois nos tira do lugar comum e nos induz a pensar e, talvez, adotar outras posturas”  
MIGUEL, Sônia. (2000), A Política de Cotas por Sexo: um estudo das primeiras experiências no Legislativo Brasileiro. CFEMEA, Brasília.

Esta publicação, da Coleção que comemora os 20 anos do CFEMEA, apresenta um histórico de lutas dos movimentos de mulheres em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. Nos últimos anos, a construção de leis e políticas sobre essa temática foi resultado do esforço coletivo para avançar nos aspectos da autonomia reprodutiva das mulheres brasileiras. O que foi conquistado até aqui? Que facetas da vida reprodutiva feminina ficaram de fora e precisam de reforço legal? Como as leis e políticas beneficiam diretamente a vida de uma mulher? Mesmo numa democracia, quais mulheres ainda ficam descobertas, desassistidas, esquecidas? Estas são algumas das perguntas sobre as quais este estudo se debruça.

Os elementos informativos aqui presentes visam estimular as reflexões sobre os desafios e servir nas discussões para formulação das estratégias de permanência na luta por melhores condições da saúde reprodutiva das mulheres.



APOIO