
DIREITOS E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL E SISTEMA DE INDICADORES¹

Elaboração

Sônia Corrêa

Paulo de Martino Jannuzzi

José Eustáquio Diniz Alves

1. Introdução

Os direitos e a saúde sexual e reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, em 1994, estabeleceu acordos internacionais que foram assumidos por quase duas centenas de países. Esses acordos foram assumidos e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing), em 1995. Organizações multilaterais, governamentais, não-governamentais e a sociedade civil em geral têm se mobilizado para garantir o cumprimento e fiscalizar a implantação desses acordos. Para tanto, é preciso criar instrumentos de acompanhamento e avaliação das metas e objetivos colocados nas Plataformas de Ação das duas Conferências, promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). O objetivo desse texto é apresentar de maneira resumida um quadro histórico do debate sobre população e desenvolvimento, os principais conceitos sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva. Além disso, apresenta o processo de escolha e a metodologia de um sistema de indicadores de saúde sexual e reprodutiva que permitirá o acompanhamento desses, no Brasil.

2. Antecedentes Históricos

A Conferência do Cairo aconteceu após duzentos anos de debates sobre questões de demografia e economia, tornando-se um ponto de inflexão nas orientações sobre este tema. A Plataforma de Ação da CIPD, resultado de um consenso assinado por 179 países, propiciou uma mudança fundamental de paradigmas: das políticas populacionais *stricto sensu* para a defesa das premissas de direitos humanos, bem-estar social e igualdade de gênero e do planejamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

¹ Trabalho realizado com o apoio do UNFPA-Brasil, no âmbito do Sub-programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Projeto “Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva”, coordenado pela ABEP e IBGE. Rio de Janeiro, setembro de 2003.

As questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos fazem parte da temática mais ampla dos Direitos Humanos e reportam às questões da cidadania moderna, pensadas a partir dos princípios iluministas do século XVIII. Contudo, o caminho até o Cairo foi árduo e marcado por obstáculos e ziguezagues. Ao longo da caminhada, a população foi vista ora como objeto de políticas coercitivas e ora como sujeito de direitos e de políticas cooperativas.

No início do debate, ainda no calor da Revolução Francesa, o Marquês de Condorcet (1743-1794)

apresentou, em 1794, uma posição otimista da relação entre população e desenvolvimento, em que previa uma queda progressiva tanto das taxas de mortalidade, quanto de natalidade e uma relação harmônica entre o crescimento populacional e o progresso socioeconômico. Quatro anos depois, o economista e pastor da Igreja Anglicana, Thomas Malthus (1766-1834) apresentou uma posição pessimista, argumentando que a população tendia, sempre, a crescer mais rápido do que os meios de subsistência. Em consequência, o desenvolvimento e o progresso seriam objetivos utópicos longe do alcance da maioria da população. Malthus não separava a atividade sexual da reprodução e era contra a utilização de métodos contraceptivos e o aborto, concordando apenas com o aumento da idade ao casar e a abstinência sexual fora do casamento, como os únicos meios aceitáveis de limitação da natalidade (ALVES, 2002)².

Segundo Amartya Sen³, Condorcet foi um advogado das políticas cooperativas e, Malthus, um precursor das políticas populacionais coercitivas (Sen, 1995). Todavia, a despeito de polêmicas apaixonadas travadas, entre uns e outros, durante o século XIX, a queda das taxas de mortalidade e natalidade, nos países desenvolvidos, tornaram-se uma realidade na primeira metade do século XX. Os demógrafos deram, a este fenômeno, o nome de Transição Demográfica. As primeiras abordagens da transição demográfica não viam contradição entre população e desenvolvimento, mas sim uma relação de influência mútua, já que o desenvolvimento induziria a redução das taxas de mortalidade e natalidade e as mudanças na estrutura etária e o baixo crescimento populacional, decorrentes deste processo, ajudariam na decolagem do progresso econômico.

Contudo, o arcabouço da teoria da transição demográfica utilizado para analisar o caso dos chamados países do Terceiro Mundo levou a conclusões diferentes. Os primeiros demógrafos que analisaram esta questão, argumentaram que a queda das taxas de mortalidade nos países não industriais, após a Segunda Guerra Mundial, se deu de forma exógena, isto é, devido à importação de tecnologias médicas e sanitárias oriundas dos países industriais. Assim, a queda das taxas de mortalidade, especialmente da mortalidade infantil, teria ocorrido sem a transformação das estruturas sociais e econômicas e, sem estas transformações, as taxas de natalidade tenderiam a continuar elevadas. Desta forma, na segunda metade do século XX, os países com estruturas predominantemente agrárias e rurais tendiam a apresentar elevadas taxas de crescimento demográfico, decorrentes de uma mortalidade em queda num quadro de elevadas taxas de fecundidade.

Os dados estatísticos mostram que, de fato, as décadas de 1950 e 1960 foram aquelas em que o mundo apresentou o maior crescimento demográfico de toda a história da humanidade. Os demógrafos mais pessimistas tomaram estes dados como

² ALVES, J. E. D. A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica. Rio de Janeiro, Texto de discussão, n. 4, ENCE/IBGE, 2002.

³ SEN, Amartya. Population Policy: authoritarianism versus cooperation. New Delhi, International Lecture Series on Population Issues, 1995.

comprovação da “explosão populacional” e como justificativa da necessidade de políticas demográficas que reduzissem a fecundidade, mesmo que de forma coercitiva. Este tipo de preocupação é que fundamenta as análises do pensamento neo-malthusiano. A diferença entre Malthus e o neo-malthusianismo é que, os segundos, aceitam e receitam os métodos contraceptivos como forma de limitação da fecundidade.

Portanto, foi neste ambiente de alto crescimento demográfico e sob a influência do pensamento neo-malthusiano que ocorreram as primeiras Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Foi no desenrolar destas Conferências, situadas em conjunturas internacionais diferentes e sob a influência de múltiplos atores sociais, que se chegou aos conceitos de direitos e saúde sexual e reprodutiva.

3. As Conferências Internacionais de População

Na segunda metade do século XX aconteceram cinco Conferências Mundiais de População: Roma em 1954, Belgrado em 1965, Bucareste em 1974, México em 1984 e Cairo em 1994. Segundo o FNUAP⁴ a preocupação com o binômio população e desenvolvimento tem estado presente desde a Conferência Mundial de População, realizada em Roma em 1954. Esta conferência foi promovida pelas Nações Unidas, em colaboração com a União Internacional para o Estudo Científico da População (IUSSP). Inicialmente esta Conferência tinha um caráter eminentemente científico, entretanto, houve um acalorado debate sobre o papel da população no desenvolvimento. De um lado, os países capitalistas avançados (Primeiro Mundo) defendiam posições neo-malthusianas, argumentando que o alto crescimento populacional poderia ser um entrave ao desenvolvimento econômico. Na Conferência de Belgrado foi feita menção explícita a métodos contraceptivos como a pílula e o DIU, e a esterilização masculina e o aborto legalizado, quando aceitos pela sociedade. Os países não-alinhados do Terceiro Mundo se dividiram entre as três visões existentes: controlismo, natalismo, ou a população concebida como elemento neutro para o desenvolvimento.

Na Conferência de Bucareste, em 1974, a maioria dos países do Terceiro Mundo se alinhou na defesa das teses natalistas sob o argumento de que o crescimento populacional é um sinal de afirmação nacional e que o controle da natalidade seria uma ingerência dos países mais ricos sobre a soberania dos países pobres. A posição defendida pela delegação da Índia - “o desenvolvimento é o melhor contraceptivo” – pode ser tomada como uma síntese das resoluções da Conferência.

Contudo, as preocupações com o “descontrole populacional” voltaram à tona dez anos depois. Segundo Berquó⁵, a posição oficial da Conferência Internacional de População do México (1984), foi pela defesa da estabilização da população mundial, dentro do mais rápido período possível, de maneira a permitir a melhoria do padrão de vida dos países em desenvolvimento. O Brasil foi um dos países que alterou sua posição neste período, apesar de não ter adotado qualquer política explícita de controle da natalidade.

⁴ Página do FNUAP consultada em fevereiro de 2003: <http://www.fnuap.org.br/estrut/serv/cipd/>.

⁵ BERQUÓ, Elza. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: BILAC E.D. e ROCHA, M.I.B. A saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. Campinas, Editora 34, 1998 PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP.

Porém, o debate entre população e desenvolvimento passou a ficar mais complexo com o surgimento de três outros atores e temas que passaram, principalmente após os anos 70, a ter uma presença internacional nas Conferências da ONU: as questões sobre a mulher, o meio ambiente e os direitos humanos. Uma série de Declarações e Instrumentos Internacionais ajudou a preparar as condições para a mudança de paradigmas ocorrido na Conferência de População do Cairo, em 1994.

Não só a questão do Meio Ambiente passou a intermediar o debate entre população e desenvolvimento, mas, também, as desigualdades de gênero passaram a fazer parte das questões populacionais. Foi ficando claro que a população tem dois sexos e que as mulheres eram “cidadãs de segunda classe”, no sentido de estar, em relação aos homens, em piores condições sociais, econômicas e culturais. Segundo Barsted:

“Ao afirmar que os direitos das mulheres são direitos humanos, a Declaração e o Programa de Ação da conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, pela Organização das Nações Unidas, deram alento à introdução da perspectiva de gênero em todas as demais Conferências da ONU da década de 90. Em Viena, as Nações Unidas reconheceram que a promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres devem ser questões prioritárias para a comunidade internacional. Consolidou-se, dessa forma, um longo caminho iniciado em 1948, quando da Declaração Universal dos Direitos Humanos”. (Barsted, 2002, p.87)

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), do Cairo, realizada em 1994, contou com o avanço teórico e de instrumentos internacionais anteriores, mas também se beneficiou da conjuntura favorável, tanto em termos demográficos, quanto políticos. A queda generalizada da fecundidade, no mundo, facilitou a mudança de paradigma, do planejamento familiar para os direitos sexuais e reprodutivos. Por outro lado, o fim da Guerra Fria atenuou as disputas ideológicas e possibilitou um maior fluxo de negociações e a criação de alianças 5 temporárias entre os diversos países presentes. Também teve destaque a forte presença de organizações não-governamentais (ONGs) representando a voz da sociedade civil. A interação entre as agendas cumulativas das diversas Conferência Internacionais da ONU e a presença crescente dos movimentos de mulheres, de ambientalistas e de defensores dos direitos humanos possibilitou que o debate entre população e desenvolvimento fosse colocado em um patamar mais elevado.

A maior vitória da CIPD do Cairo foi tirar o “problema populacional” da perspectiva puramente econômica e ideológica, para colocar as questões relativas à reprodução como fazendo parte da pauta mais ampla de direitos. Apesar das controvérsias, a orientação da Plataforma do Cairo abandonou a ênfase nas políticas públicas voltadas para números agregados e metas de controle da natalidade. Esta reorientação não implicou o abandono de dimensões propriamente demográficas como a migração, o envelhecimento populacional e, também, a desigualdade racial.

Com a realização da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, em Beijing (Pequim) as perspectivas da CIPD do Cairo foram reforçadas e adotou-se uma nova concepção em que combinam-se: a) respeito pelos direitos humanos, incluídos os direitos sexuais e reprodutivos; b) promoção do desenvolvimento humano e do bem-estar, com reforço das políticas de educação, emprego, saúde e respeito ao meio ambiente; c) empoderamento das mulheres e equidade de gênero.

4. Os Significados dos Acordos do Cairo

Segundo Corrêa e Sen (1999),⁶ a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), do Cairo, provocou uma transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos, bem-estar social, igualdade entre os gêneros e, em especial, à saúde e aos direitos reprodutivos. As autoras destacam os seguintes pontos:

- No Capítulo III do Programa de Ação, retoma-se as preocupações expressas na Conferência de Bucareste, em 1974, reconhecendo-se que o direito ao desenvolvimento é universal, 6 inalienável e um componente integral dos direitos humanos fundamentais. Adiciona-se que o desenvolvimento deve levar em conta as preocupações sociais e ambientais, além de tratar do problema da desigualdade intra e inter países, enfatizando a necessidade da erradicação da pobreza entre as mulheres. Ainda define, como objetivos da sustentabilidade, a redução da produção e do consumo não-sustentáveis, o investimento em seres humanos e a segurança alimentar;
- No Capítulo IV, abandona-se a linguagem neutra do status da mulher, que vinha sendo utilizada desde Bucareste, em favor de um reconhecimento explícito das relações desiguais de poder e recursos entre os gêneros. Avança na formulação do conceito de “empoderamento” das mulheres, ao mesmo tempo em que recomenda programas de educação dos homens voltados para um comportamento mais responsável;
- No Capítulo VII, reafirmam-se as definições da OMS acerca de saúde sexual e reprodutiva e definem-se os direitos reprodutivos como o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência. Recomenda-se que os serviços de saúde reprodutiva (incluindo saúde sexual e planejamento familiar) sejam vinculados à atenção básica de saúde, incluindo serviços de aborto seguro (quando legal), além do tratamento das infecções do trato reprodutivo, das doenças sexualmente transmissíveis e da infertilidade; Recomenda, ainda, serviços de saúde materno-infantil e de aconselhamento de homens e jovens sobre comportamento sexual responsável.
- No Capítulo VIII, o aborto inseguro é reconhecido como um grave problema de saúde pública. Afirma-se que as mulheres devem ter acesso a serviços para tratar as complicações decorrentes do aborto inseguro.
- Programa de Ação da CIPD também definiu metas em termos de recursos financeiros voltados para o planejamento familiar, os serviços de saúde reprodutiva, para HIV-aids e a pesquisa e a coleta de dados.
- No capítulo XV, fez-se recomendações sobre parcerias e mecanismos de monitoramento e responsabilidade. Entre elas, duas são parâmetros fundamentais para avaliar o progresso observado deste 1994:
 - Parágrafo 15.8 – Governos e organizações intergovernamentais, em consulta com organizações não-governamentais e grupos comunitários locais e em pleno respeito à sua autonomia, devem integrá-los nas suas tomadas de decisão e

⁶ CORRÊA, Sônia e SEM, Gita, Cairo + 5: no olho da tempestade. Observatório da Cidadania, 1999.

facilitar a contribuição que organizações não-governamentais podem dar em todos os níveis para encontrar soluções para as questões de população e desenvolvimento, em particular no sentido de assegurar a implementação do presente Programa de Ação. Organizações não-governamentais devem desempenhar um papel-chave nos processos nacionais e internacionais de desenvolvimento;

- Parágrafo 15.9 – Os governos devem garantir o papel e a participação das organizações e mulheres no planejamento e implementação dos programas relativos à população e ao desenvolvimento. O envolvimento das mulheres em todos os níveis, especialmente no nível gerencial, é decisivo para se alcançarem os objetivos e implementar o presente Programa de Ação.

5. Marco Teórico-Conceitual

Nos primórdios da demografia, os direitos individuais não eram preocupações incorporadas na análise do “problema populacional”. Os números agregados da população sobrepunham-se e impunham-se aos indivíduos e casais. Ademais, as questões sexual e reprodutiva estavam confinadas ao mundo doméstico e privado, não sendo objetos de políticas públicas. Além disto, autores como Malthus, por exemplo, não separavam *sexo* de *reprodução* e consideravam que o matrimônio seria o resultado de uma atração inexorável entre homens e mulheres, sendo que o casamento envolvia um casal heterossexual, cujo relacionamento tinha finalidade generativa. responsabilidade.

Nas décadas de 1950 e 1960, quando difundiu-se o medo da “explosão populacional”, os formuladores de políticas, influenciados pelo pensamento neo-malthusiano, passaram a defender a disseminação de métodos contraceptivos, mesmo que contrariando os interesses individuais, pois tratava-se de obter resultados coletivos de limitação global da população. Nas décadas seguintes, o pensamento neo-malthusiano ficou mais moderado na medida em que a fecundidade caía no mundo. Quando as pesquisas demográficas passaram a mostrar que o número desejado de filhos (por parte das mulheres e casais) era menor que a fecundidade observada, então, passou-se a dar mais ênfase nas necessidades não atendidas de contracepção.

Por outro lado, o movimento feminista sempre colocou como ponto fundamental a luta pela autonomia, o que implica em um projeto de existência abarcando as diversas esferas da vida, especialmente nos campos da sexualidade e da reprodução. O direito de escolha e a liberdade de decisão nos assuntos sexuais e reprodutivos são pontos centrais que orientam as ações e demandas do movimento feminista no Brasil e no mundo. Assim, toma relevância as questões relativas à saúde integral da mulher e à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso à contracepção e ao aborto seguro. Historicamente, as reivindicações pelos direitos sexuais e reprodutivos têm funcionado como um catalisador para a ampliação de outros direitos.

Nos anos de 1990, a confluência de um ambiente macroeconômico e político favorável e a presença ativa de atores das áreas feminista, ambientalista e de direitos humanos possibilitaram que os avanços teóricos-conceituais fossem transformados em princípios assumidos pela Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo.

5.1. A Questão da Saúde Sexual e Reprodutiva

Apesar de se usar os termos sexual e reprodutiva juntos é preciso ter claro que tratam-se de duas dimensões separadas. A atividade sexual não implica, necessariamente, em reprodução. A reprodução, geralmente, envolve a atividade sexual, mas com as novas técnicas de fertilização in vitro pode haver reprodução sem intercurso sexual.

5.1.1 Saúde Reprodutiva

A questão reprodutiva passou a fazer parte das políticas públicas, inicialmente, não como um direito geral, mas como um ponto específico no âmbito das políticas de saúde. Todavia, o próprio conceito de saúde passou por uma evolução importante nas últimas décadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde, em 1948, da seguinte forma: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição representa um avanço, para a época, na medida em que defini saúde de forma ampla e multidimensional, incluindo a saúde reprodutiva.

Contudo, este conceito ainda sofre a influência do viés biomédico e não incorpora as questões do meio ambiente. Segundo Galvão⁷ (1999), mais recentemente, a OMS desenvolveu uma nova definição de saúde que reconhece os laços entre o indivíduo e seu meio ambiente: *“A habilidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e de mudar ou interagir com o meio ambiente. Logo, saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas”* (p. 167). Neste sentido, a saúde não é somente uma responsabilidade do tradicional setor saúde, mas de todos os setores e instituições que podem influenciar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades.

A partir do conceito mais amplo da OMS, foram definindo-se os conceitos de saúde da criança, saúde da mulher, saúde materno-infantil, etc. Contudo, no Brasil e no mundo, a noção “saúde integral da mulher” foi o conceito utilizado para articular os aspectos relacionados à reprodução biológica e social, dentro dos marcos da cidadania. Segundo Corrêa e Ávila⁸ (2003), a “saúde da mulher” surgiu “como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista da década de 70: ‘Nosso corpo nos pertence’” (p.19). As autoras mostram que a questão da “saúde da mulher” era uma palavra de ordem radical para o seu tempo e que se desdobravam em dois campos. No plano das reivindicações políticas, envolvia demandas sobre o Estado, tais como a discriminação e legalização do aborto e o acesso aos métodos contraceptivos. No plano do atendimento médico, envolvia reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos.

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 1977, o Programa de Saúde Materno-Infantil, que contemplava a prevenção da gestação de alto risco. Mas, somente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, concebia a questão da saúde da mulher de forma integral, não se detendo exclusivamente

⁷ GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. DÍAZ, J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil, São Paulo, Hucitec, Population Council, 1999.

⁸ Corrêa, S, ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org). Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, Editora Unicamp, 2003.

nas questões de concepção e contracepção. Segundo Formiga Filho⁹ (1999), só entre 1985 e 1986 o PAISM iniciou de fato suas atividades, abrangendo: a saúde da mulher durante seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação, atenção a todos os aspectos de sua saúde, incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, no parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de DSTs, assim como de doenças ocupacionais e mentais. Contudo, uma questão polêmica é até que ponto, em termos práticos e teóricos, o PAISM conseguiu incorporar os homens na prática da reprodução.

Na década de 1980, a discussão sobre saúde da mulher e saúde integral da mulher, tanto no Brasil, quanto no mundo, evoluíram para o conceito de “saúde reprodutiva”, o qual foi adotado pela OMS, em 1988. A concepção de “saúde reprodutiva” dá um passo à frente, em relação aos conceitos anteriores, ao incorporar explicitamente os homens na dimensão reprodutiva e incluir a noção de saúde sexual. Desta forma, a saúde sexual e reprodutiva foi definida da seguinte forma na Conferência do Cairo:

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis”.

5.1.2. Saúde Sexual

Na primeira parte da definição sobre saúde reprodutiva da Conferência do Cairo, percebe-se a noção de saúde sexual como sendo parte do conceito de saúde reprodutiva, isto é, a saúde reprodutiva implica que a pessoa (mulher e/ou homem) tenha uma vida sexual segura e satisfatória. Na última parte da definição, entretanto, a saúde sexual é apresentada como uma forma de melhorar a qualidade de vida e as relações pessoais, independentemente das questões relativas à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis.

⁹ FORMIGA FILHO, J.F.N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L. DÍAZ, J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil, São Paulo, Hucitec, Population Council, 1999.

Existe, pois, uma ambivalência no conceito de saúde sexual, que pode ser vista como uma questão subordinada à reprodução ou como uma questão autônoma e importante por si só, ou seja, sem ligação com as questões de concepção e contracepção. Assim, o conceito de saúde sexual pode servir a usos diversos. As duas definições seguintes mostram duas formas de se conceituar saúde sexual:

- a) *“A saúde sexual é parte da saúde reprodutiva e inclui: desenvolvimento sexual saudável; relacionamentos responsáveis e eqüitativos com prazer sexual; e a ausência de enfermidades, doença, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas com a sexualidade”*¹⁰ (Family Care International, 1999);
- b) *“A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações”*¹¹ (HERA, 1999).

5.2. A Questão dos Direitos Sexuais e Reprodutivos

A questão dos direitos sexuais e reprodutivos segue de perto a questão da saúde sexual e reprodutiva, mas tem suas especificidades e sua própria história. Em primeiro lugar, é preciso destacar que a questão dos direitos tem uma dimensão diferente e, às vezes, mais ampla que a questão da saúde, apesar da saúde ser um direito humano fundamental. Na IV Conferência Internacional sobre a Mulher, em Beijing, 1995, se definiu assim:

“Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas a sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de 13 responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências”. (Plataforma de ação, § 96)

5.2.1. Direitos Reprodutivos

Os direitos reprodutivos se opõem, por um lado, a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade e, por outro, a qualquer tipo de imposição natalista que implique a proibição de uso de métodos contraceptivos. Assim, os direitos reprodutivos implicam que toda pessoa tenha a liberdade de escolha para definir como, quando e quantos filhos quer ter (incluindo não ter filho algum, isto é, o direito “não-reprodutivo”), além de poder contrair matrimônio de maneira livre e com o pleno consentimento de ambas as pessoas.

¹⁰ GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. DÍAZ, J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil, São Paulo, Hucitec, Population Council, 1999.

¹¹ HERA, Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: idéias para ação, 1999. HERA – Health, Empowerment, Rights & Accountability. www.iwhc.org/hera

Na Plataforma do Cairo, as questões dos direitos reprodutivos estão definidas da seguinte forma:

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (§ 7.3).

Evidentemente, os direitos reprodutivos são essenciais para que as pessoas, especialmente as mulheres, exerçam seus direitos à saúde, incluindo-se o direito a serviços integrais e de boa qualidade, que assegurem privacidade, ampla informação, livre escolha, confidencialidade e respeito.

O conceito de direitos reprodutivos foi desenvolvido em resposta tanto às questões demográficas, quanto às questões de saúde. No primeiro caso, os direitos reprodutivos se opõem à imposição de metas populacionais, conceptivas e contraceptivas e, no segundo caso, foi um passo à frente em relação ao conceito de saúde integral da mulher. Segundo Corrêa e Ávila (2003)¹²:

“No Brasil, a inflexão da terminologia saúde da mulher em direção ao uso sistemático do conceito de direitos reprodutivos se iniciou em 1984 quando um grupo de feministas brasileiras retornou do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher realizado em Amsterdan 1984 (Corrêa e Reichmann, 1994, Garcia e Moreno, 1994; Corrêa, 1999).. No encontro organizado pelas campanhas ICASC (International Campaign in Abortion, Sterilization and Contraception, Europa) e CARASA (Committee for Abortion Rights and Against Sterilization Abuse, EUA), introduziu-se o termo “direitos reprodutivos”, criado pelas feministas norte-americanas, chegando-se a um primeiro consenso global de que este era um conceito mais completo e adequado (do que saúde da mulher) para traduzir a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres” (pp. 19-20).

Uma questão importante na concepção dos direitos reprodutivos é que eles não se restringem às mulheres, incluindo claramente os homens e suas responsabilidades no processo de reprodução e de regulação da fecundidade.

5.2.2. Direitos Sexuais

O conceito de direitos sexuais é complexo e de desenvolvimento recente. Existem as questões sexuais que estão intrinsicamente ligadas às questões reprodutivas. Por exemplo, a saúde sexual e a saúde reprodutiva estão definidas de forma integrada na Plataforma de Ação do Cairo e de Beijing. Contudo, quando se trata de direitos sexuais e reprodutivos, existem questões, que por sua própria natureza não-reprodutiva, devem ser tratadas de forma separada. O tema dos direitos sexuais traz à cena as questões da

¹² Corrêa, S, ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org). Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, Editora UNICAMP, 2003.

sexualidade e abre a possibilidade de separar sexo de reprodução. Além disto, traz à tona, além da sexualidade individual, as possibilidades da sexualidade não-heterossexual.

Por outro lado, o princípio dos direitos sexuais acompanhou a evolução do conceito de direitos reprodutivos. A bandeira dos direitos sexuais foi colocada como estratégia de barganha durante a Conferência do Cairo, em 1994, mas se tornou um conceito aceito já na Conferência de Beijing, no ano seguinte. Segundo Corrêa e Ávila (2003):¹³

“...o conceito de direitos sexuais tem uma história distinta e, sobretudo, mais breve. Sua formulação inicial se dá, já nos anos 1990, no âmbito dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos, produzindo-se, em seguida, uma sinergia difusa com os segmentos do movimento feminista que consideram a sexualidade como domínio crucial para compreender e transformar a desigualdade entre os gêneros. Nas negociações da CIPD, em 1994, algumas delegações introduziram o termo direitos sexuais como estratégia de barganha para que os “direitos reprodutivos” estivessem garantidos no texto final. E, de fato, o termo seria eliminado do documento final” (pp. 20-21).

Os direitos sexuais fazem parte dos direitos humanos e inclui o direito de viver a sexualidade com prazer. O bem-estar sexual requer a liberdade individual e o respeito mútuo nas relações interpessoais. A equidade de gênero não pode ser alcançada sem respeito aos direitos sexuais e, ambos, são importantes como princípios que fundamentam a luta pela eliminação da violência contra as meninas, adolescentes e mulheres e contra a mutilação genital, o assédio e o abuso sexual, estupro, prostituição, agressões domésticas e escravidão sexual (Hera, 1999).

Segundo a Plataforma de Ação da IV Conferência Internacional sobre a Mulher, de Beijing:

“Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas a sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências” (§ 96).

6. O sistema de Indicadores de Saúde Sexual e Reprodutiva: dos Conceitos às medidas

Com base no marco conceitual e político explicitado nos tópicos anteriores é possível partir para estruturação de um sistema de indicadores para diagnóstico, monitoramento e investigação das questões relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Tal explicitação conceitual/política cumpre um papel fundamental nesse processo de operacionalização do conceito em medidas quantitativas, que é o de garantir maior consistência substantiva e metodológica nas escolhas e opções com relação às dimensões operacionais reapresentadas e os indicadores enfim propostos. Não raro, inverte-se essa regra do Método, definindo-se o conceito a partir das medidas usadas intuitivamente

¹³ Corrêa, S, ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org). Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, Editora Unicamp, 2003.

escolhidas para representar constructos teóricos como Desenvolvimento Social, Qualidade de Vida etc.

Nesse sentido, nunca é demais lembrar que um indicador social é uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático para formulação de políticas. Os indicadores, pois, indicam, se aproximam, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse eleitas a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente. Os indicadores não são substitutivos dos conceitos que os originaram, mas sim instrumentos metodológicos que ajudam a percebê-los empiricamente, permitindo o aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e viabilizando, no campo das Políticas Públicas, o monitoramento dos impactos das ações e programas sobre a realidade social (Carley 1985, Miles 1985, Jannuzzi 2001)¹⁴.

No âmbito desse projeto, a partir das discussões realizadas pelos diversos agentes políticos chamados a participar e da revisão conceitual exposta anteriormente, tomou-se como subdivisões estruturantes do Sistema de Indicadores em Saúde Sexual e Reprodutiva (SISSR), as Condições Gerais de Vida e Saúde da População – ou simplesmente, as Condições Contextuais - e as Condições Específicas de Saúde Sexual e Reprodutiva da População. Não é possível entender ou pretender monitorar os avanços ou retrocessos na questão mais específica, sem que se acompanhe 17 também as condições estruturais, a mudança social ou os impactos gerados pela Política Social e Econômica no país, regiões e localidades.

Assim, no Subsistema Contextual procurou-se privilegiar o acompanhamento de dimensões mais gerais para caracterização da sociedade – aferido através de indicadores como população por raça, sexo e grupos etários, escolaridade, nível de desenvolvimento socioeconômico - dimensões relativas às condições de saúde- monitorado através de indicadores como esperança de vida, mortalidade infantil- e as dimensões relativas às condições de vida a que as mulheres, em particular, estão sujeitas – na forma apreendida por indicadores relativos ao perfil ocupacional, rendimentos etc.

No Subsistema mais específico de monitoramento da Saúde Sexual e Reprodutiva privilegiaram-se seis dimensões operacionais: a primeira, relativa à prevenção da gravidez – acompanhada através de indicadores como nível da fecundidade, uso de anticoncepcionais, gravidez na adolescência -; a segunda, referente às dimensões relativas às condições de prestação de serviços de saúde da gestação ao puerpério – com indicadores de atendimento pré-natal, incidência de aborto, de características do parto, de intensidade e causas de mortalidade materna, de saúde do recém-nascido -; a terceira, voltada ao acompanhamento da prevalência de DST/Aids – com informações sobre casos registrados de doenças ; a quarta, relativa ao acompanhamento da incidência de Doenças do Trato Reprodutivo e suas conseqüências – medidas através de indicadores de exames citopatológicos e mortalidade de homens e mulheres por causas relacionadas ao câncer-; a quinta dimensão, referente ao acompanhamento das Políticas Públicas específicas à área de Saúde Sexual e Reprodutiva – viabilizada através de indicadores institucionais (existência ou não de programas), de recursos financeiros e disponibilidade de

¹⁴ CARLEY, Michael. Indicadores sociais: teoria e prática. Rio de Janeiro, Zahar, 1985.

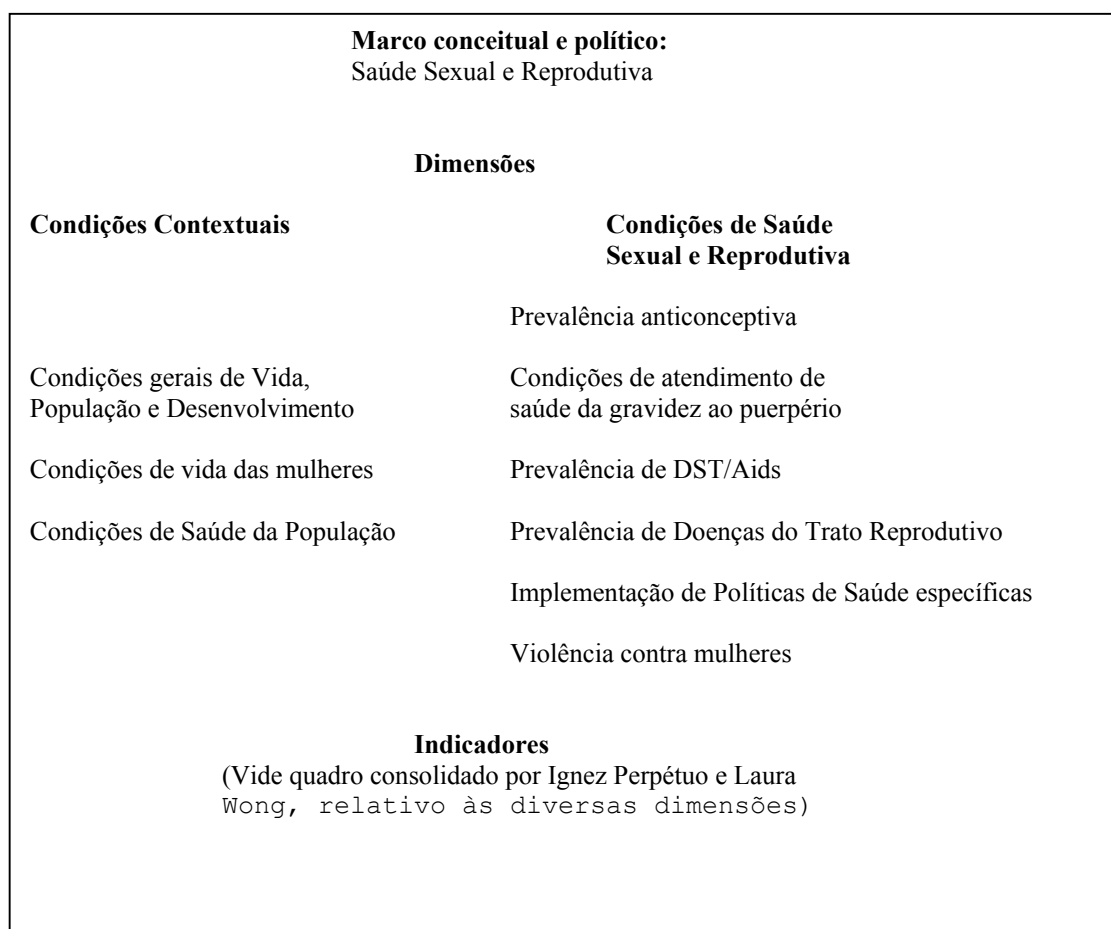
JANNUZZI, P.M. Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fonte de dados e aplicações. Campinas: Alínea, 2001.

MILES, I. Social indicators for human development. New York: St. Martin's Press, 1985.

equipamentos e recursos humanos -; e por fim, a dimensão voltada ao monitoramento da violência contra as mulheres- acompanhada através de indicadores de registros de agressão pelos serviços de saúde e nas delegacias.

A escolha dos indicadores de acompanhamento das dimensões acima apontadas deve se pautar, além da sua relevância para discussão da agenda de SSR, de sua validade em representar o conceito indicado e da confiabilidade dos dados usados na sua construção. Além disso, um indicador social deve ter um grau de cobertura populacional adequado aos propósitos a que se presta, deve ser sensível a políticas públicas implementadas, específico a efeitos de programas setoriais, inteligível para os agentes e públicos-alvo das políticas, atualizável periodicamente, a custos factíveis, ser amplamente desagregável em termos geográficos, sócio-demográficos e 18 socioeconômicos e gozar de certa historicidade para possibilitar comparações no tempo (OMS 1996, Jannuzzi 2001)¹⁵.

Quadro: Do Conceito à Dimensões Operacionais da SSR



¹⁵ OMS. Catalogue of health indicators. Genebra, 1996.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 36 (1):51-72. Jan/Fev. 2002.

Em uma perspectiva aplicada, dado as características do Sistema de Produção de Estatísticas Públicas no Brasil, é muito raro dispor de Indicadores Sociais que gozem plenamente de todas estas propriedades. Na prática, nem sempre o indicador de maior validade é o mais confiável; nem sempre o mais confiável é o mais inteligível; nem sempre o mais claro é o mais sensível; enfim, nem sempre o indicador que reúne todas estas qualidades é passível de ser obtido na escala espacial e periodicidade requerida. Além disso, poucas vezes se poderá dispor de séries históricas plenamente compatíveis de indicadores para a escala geográfica ou grupo social de interesse. Cabe pois uma avaliação das propriedades mais importantes de se garantir na escolha dos indicadores a usar. Nesse sentido, não se deve perder de vista que periodicidade e desagregabilidade são propriedades muito importantes no SSISSR, pelos propósitos de monitoramento e de captação das especificidades locais que o Sistema se propõe.

A lógica de estruturação do SSISSR na forma acima apresentada – dois subsistemas temáticos e nove dimensões operacionais – procura privilegiar um recorte temático que pode auxiliar na organização da base de dados e na estratégia de consulta de informações (na Internet, por exemplo). Contudo, em termos analíticos, uma outra lógica de estruturação pode ser interessante de se usar, dada sua aplicação na Análise e Formulação de Políticas Públicas, em que os indicadores são dispostos segundo a natureza do ente indicado, se recurso (indicador-insumo), realidade empírica (indicador-produto) ou processo (indicador-processo) (Carley 1985)¹⁶. Os indicadores-insumo (input indicators) correspondem às medidas associadas à disponibilidade de recursos humanos, financeiros ou equipamentos alocados para um processo ou programa que afeta uma das dimensões da realidade social. São tipicamente indicadores de alocação de recursos para políticas sociais como número de leitos hospitalares por mil habitantes, número de professores por quantidade de estudantes ou ainda gasto monetário per capita nas diversas áreas de política social. Os indicadores-produto (outcome ou output indicators) são aqueles mais propriamente vinculados às dimensões empíricas da realidade social, referidos às variáveis resultantes de processos sociais complexos, como a esperança de vida ao nascer, proporção de crianças fora da escola ou nível de pobreza. São medidas representativas das condições de vida, saúde, nível de renda da população, indicativas da presença, ausência, avanços ou retrocessos das políticas sociais formuladas. Enquanto os indicadores-insumo quantificam os recursos disponibilizados nas diversas políticas sociais, os indicadores-produto retratam os resultados efetivos dessas políticas. Os indicadores-processo ou fluxo (throughput indicators) são indicadores intermediários, que traduzem em medidas quantitativas, o esforço operacional de alocação de recursos humanos, físicos ou financeiros (indicadores-insumo) para obtenção de melhorias efetivas de bem-estar (indicadores-produto), como número de consultas pediátricas por mês, merendas escolares distribuídas diariamente por aluno, ou ainda homens-hora dedicados a um programa social. Em alguns contextos, os indicadores de insumo e processo costumam ser chamados de indicadores de esforço, e os indicadores-produto de indicadores de resultados. Em outros contextos também se procura diferenciar os indicadores-produto em dois tipos: os indicadores de resultados (relacionados especificamente aos objetivos da política) e os indicadores de impacto (que medem as repercussões em dimensões sociais não diretamente relacionados aos objetivos iniciais da política pública implementada).

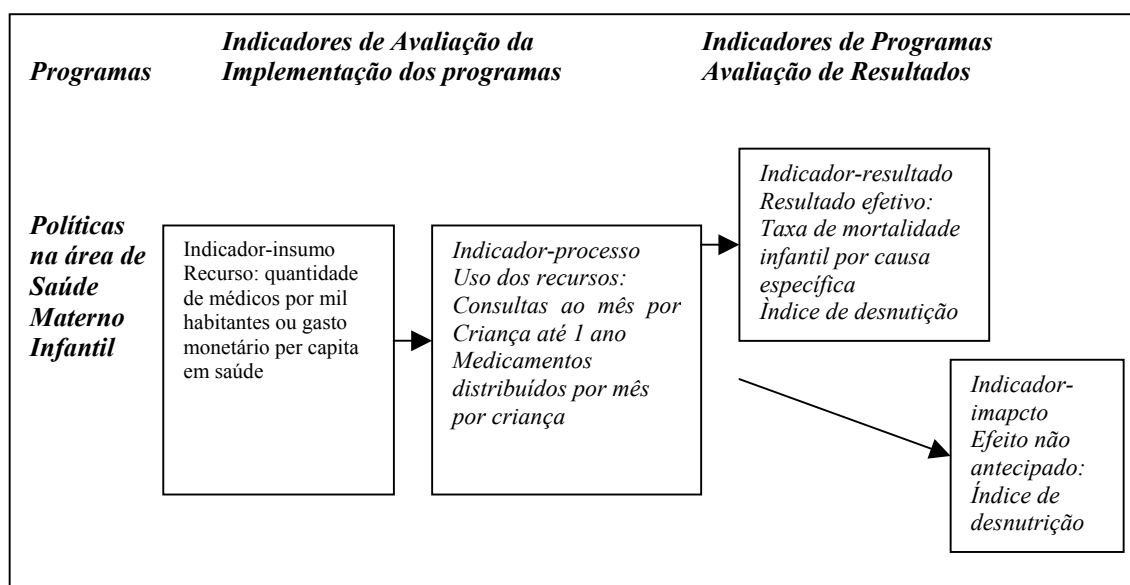
A multidimensionalidade do conceito de SSR, retratada pela complexidade operacional do Sistema de Indicadores proposto, deixa evidente a inviabilidade de dispor de um indicadoresintético que possa expressá-la com validade e consistência. Qualquer sistema de ponderação que viesse a ser usado, qualquer técnica estatística que viesse a ser

¹⁶ CARLEY, Michael. Indicadores sociais: teoria e prática. Rio de Janeiro, Zahar, 1985.

empregado para computar um índice a partir de conjunto tão grande de indicadores estaria certamente empobrecendo a operacionalização do conceito e, pior, dificultando a tarefa de monitoramento dos avanços e retrocessos na questão. Um Sistema de Indicadores tal como o proposto permite acompanhar a evolução das diversas dimensões envolvidas, que não se comportam necessariamente na mesma direção. Permite identificar os esforços em termos da institucionalização de programas, o volume dos recursos financeiros alocados, a disponibilização de equipamentos e de recursos humanos e naturalmente, os resultados concretos obtidos em termos de diagnósticos ou registros de óbitos.

Quadro 2

Exemplo de um modelo de avaliação de políticas públicas de saúde



Isso não significa que não se possa buscar alguns indicadores-síntese para as diversas dimensões. Há mesmo, entre os indicadores que compõe o Sistema, alguns com grande poder de síntese de processos como os indicadores de mortalidade materna, prevalência de DST/Aids, prevalência de uso de anticoncepcionais, proporção de nascidos com baixo peso, etc. Ainda que não retratem a multidimensionalidade do conceito, tais indicadores apontam para algumas de suas nuances mais impactantes e, nesse sentido, podem ser usados como instrumentos de comunicação com a mídia e o público de modo geral.

A comunicabilidade jornalística é, sem dúvida, a propriedade mais importante de um indicador sintético, como tem mostrado o Índice de Desenvolvimento Humano e outras experiências nos estados brasileiros como o IQVU – Índice de Qualidade de Vida Urbana em Belo Horizonte-, o IQM – Índice de Qualidade de Vida Municipal no Estado do Rio de Janeiro- ou o IPRS- Índice Paulista de Responsabilidade Social em São Paulo. O destaque conferido pela mídia, as explicações que as autoridades políticas são levadas a prestar, a instrumentalização que tais propostas conferem ao movimento social – o IDH da mulher, o IDH do negro, por exemplo- parecem garantir legitimidade social e política

de sobra, a ponto de ofuscarem as diversas inconsistências conceituais e metodológicas a que esses indicadores estão sujeitos (Ryten 2000, Jannuzzi 2002)¹⁷.

No âmbito do SISR, vale reiterar, não é necessário construir um indicador síntese para uma ou mais de suas dimensões. É preferível escolher um dentre aqueles de maior confiabilidade, maior desagregabilidade espacial, de atualização mais freqüente, optando pelo princípio lazarsfeldiano de que “mais vale um indicador sabidamente limitado ou enviesado de uma dada dimensão de que um indicador complexo do qual não se sabe exatamente o que indica”.

A operacionalização do marco teórico e da agenda política de acompanhamento das questões em Saúde Sexual e Reprodutiva no Sistema de Indicadores de Monitoramento acima exposto é certamente parcial e não exaustivo. Em primeiro lugar esse sistema privilegia as dimensões julgadas mais relevantes pelo conjunto de pesquisadores e especialistas chamados a participar, ainda que se tenha tido o cuidado de ter garantido a participação da comunidade de pesquisadores, ONGs e técnicos governamentais na área de Saúde. Além disso, o Sistema só explicita as dimensões para as quais existem estatísticas e registros para cômputo de indicadores de monitoramento, na escala geográfica e periodicidade pretendida para os indicadores do mesmo. Mas essas limitações não são específicas desse Sistema de Indicadores em SSR e sim, de qualquer proposta de organização de indicadores referidos a conceitos complexos e de implicações políticas abrangentes.

Se é necessário reconhecer limitações de escopo na construção desse Sistema também é importante salientar sua legitimidade institucional, política e científica, garantida pelas instituições patrocinadoras e participantes, pela pluralidade dos agentes chamados para as discussões, pela explicitação dos conceitos e pela transparência de sua construção metodológica.

¹⁷ RYTEN, J. Should there be a human development index? Statistique, Développement et Dorits de l'Homme Seminar, Montreaux, Setembro, 2000.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 36 (1):51-72. Jan/Fev. 2002.